K.K.T.C

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÖNYELİ BELEDİYESİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Zahide VAROL

SAĞLIK YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2018

K.K.T.C

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÖNYELİ BELEDİYESİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Zahide VAROL

SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Metin ATEŞ

LEFKOŞA

2018

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Jüri Başkanı): Prof. Dr. Metin ATEŞ

(Danışman):Prof. Dr. Metin ATEŞ

Üye:Prof. Dr. Sevinç YÜCECAN

Üye:Prof. Dr. Osman SAKA

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukardaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hüsnü CAN BAŞER

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince önerileri ve desteği için tez danışmanım sayın Prof. Dr. Metin ATEŞ'e,

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde önerileri, destekleri, sabrı ve anlayışı için sayın Prof. Dr. Osman SAKA'a,

Tezin değerlendirilmesinde önemli katkılarda bulunan sayın jüri üyeleri Prof. Dr. Osman SAKA ve Prof. Dr. Sevinç YÜCECAN'a,

Çalışma süresince sabır ve anlayışları için tüm çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans ve tez döneminin her türlü zorluğunu birlikte yaşayıp atlattığım, her zaman yanımda olan, yardım ve desteklerini esirgemeyip anlayış gösteren başta Ebru İNECİ olmak üzere tüm can dostlarıma,

Çalışmamda gerekli izinleri vererek ve verilerin toplanması için bana imkan sağlayan Gönyeli Belediyesine ve Gönyeli'de ikamet eden araştımaya gönüllü olarak katılan yaşlılarıma,

Sevgilerini, desteklerini, dualarını hiç eksik etmeyerek herzaman yanımda olan canımdan çok sevdiğim Anas DARWİCH'e

Çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan sevgili ailem annem Feray VAROL, babam Mahmut VAROL ve kardeşim Fahriye VAROL'a

Adlarını buraya sığdıramadığım tüm sevdiklerime,

Teşekkürlerimi sunarım.
Zahide VAROL

ÖZET

VAROL ZAHİDE, Gönyeli Belediyesine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2018.

Bu araştırma Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek ve bu bireylere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin yaşam kalitesi düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla 120 katılımcı ile gerçekleşmiştir.Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Anket Formu ve 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği incelendiğinde ölçekte toplam 15 soru bulunmaktadır. 1 en iyi değeri ifade ederken 5 en kötü değeri ifade etmektedir. Bu durumda total skor olarak en iyi yaşam kalitesine sahip birey 15 puan alacak iken, en kötü yaşam kalitesine sahip bireyler 75 puan almaktadır. Çalışmada verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştıma sonucunda katılımcıların %57.1'inin kadın, %69,2'sinin ilkokul ve altı eğitim almış veya hiç eğitim almamış olduğu, %65.8'inin evli olduğu bulunurken, %22.5'inin ise ev hanımı ve %31.7'sinin eşiyle birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları değerlendirildiğinde, erkeklerin kadınlara göre, eğitim durumu yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre, evli bireylerin dul bireylere göre, emekli aylığı alanların devletten sosyal yardım alanlara göre ve eşiyle birlikte yaşayan bireylerin yalnız yaşayan bireylere göre yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek bulunup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). 65 yaş ve üzeri bireylerin genel olarak yaşam kalitesi ortalamaları 24.09±8.11 olarak belirlenmiştir. Bu durumda Gönyeli Belediyesine bağlı 65 yaş ve üzeri bireylerin total skor ortalaması 15 puana yakın olduğundan, yaşam kalitesinin iyi olduğunu söylenebilmektedir. Bu çalışmada Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeyleri hakkında önemli bilgiler verilmektedir ve yeni çalışmalar için öncül olabileceği düşünülmektedir. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili

yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirleyen bu çalışmayı çeşitli yönlerden destekleyecek ve eksik yönlerini tamamlayacak daha fazla araştırma ve çalışmalar planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşam Kalitesi, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

VAROL ZAHİDE, A Research on the Determination of the Quality of Life of Registered Elderly People in Gönyeli Municipality, Near East University, Health Sciences Institute, Health Management Program, Master Thesis, Nicosia, 2018.

The aim of this study is to determine the health related quality of live and effect of demografic characteristics on quality of life. Partipicats are > 65 years old and they registired in Gönyeli municipality (n:120). Datas were collected by quastionnaire form and 15-D health-related qualit of life scale. Number (n), percentage (%), mean, standart deviation (SD), One Way (ANOVA) anlaysis used to evalution datas. % 57.1 of partipicants were female, %69.2 had primary or lower education level, % 65,8 were married, % 22.5 were house wives and % 31.7 lived with their husbands when the 15-D scares were examined in terms of gender anda marital status, there was significant difference in quality of life between male and female, especially married females ($p<0,05$). The mean of 15D score was 24.09 ± 8.11 points. There is 15 question in 15-D. 1 represents best an 5 worst value so the worst score of 15-D is 75. 24.09 ± 8.11 was the mean score. It means this partipicants quality of life was good. In this study, important information about the health-related quality of life of 65 year old and older people registered with Gönyeli Municipality is given and it is thought that it may be a pioneer for new studies. More research and studies should be planned to support this study, which will determine the relationship between health-related quality of life levels of elderly individuals aged 65 years and older, and to complement their deficiencies.

Keywords: Elderly, Quality of Life, Health Related Quality of Life

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ONAY SAYFASI i
TEŞEKKÜR ii
ÖZET iii
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ vi
SİMGELER VE KISALTMALAR ix
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
TABLOLAR DİZİNİ xii
1. GİRİŞ 1
1.1. Kurumsal Yaklaşımlar ve Kapsam 1
1.2. Amaç 2
1.3. Hipotez 2
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramı 4
2.2. Yaşlanmanın Sınıflandırılması 5
2.2.1. Biyolojik Yaşlanma 5
2.2.2. Psikolojik Yaşlanma 6
2.2.3. Fonksiyonel Yaşlanma 6
2.2.4. Sosyal Yaşlanma 6
2.2.5. Ekonomik Yaşlanma 7
2.3. Yaşlı Bireylerin Özellikleri 7
2.3.1. Fiziksel Değişim Özellikleri 7
2.3.2. Psikolojik Değişim Özellikleri 7

2.3.3. Toplumsal Değişim Özellikleri 8

2.4. Dünya'da, Türkiye'de ve Kıbrıs'ta Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler 8

2.4.1. Dünya'da Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler 8

2.4.2. Türkiye'de Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler 10

2.4.3. Kıbrıs'ta Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler 11

2.5. Yaşlılık Döneminde Karşılaşılan Sorunlar 14

2.5.1. Psiko-sosyal Sorunlar 14

2.5.2. Sosyal İlişkilerle İlgili Sorunlar 14

2.5.3. Ekonomik Sorunlar 15

2.5.4. Bakım sorunu 15

2.5.5. Sağlık Sorunları 15

2.5.6. Yaşlı İhmali ve İstismarı 16

2.5.7. Beslenme Sorunları 16

2.6. Yaşlanma ile Beraber Görülme Sıklığı Artan Sağlık Sorunları 17

2.7. Çeşitli Ülkelerde, Türkiye'de ve Kıbrıs'ta Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri 20

2.7.1. Çeşitli Ülkelerde Yaşlılara Yönelik Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri 24

2.7.2. Türkiye'de Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri 27

2.7.3. Kuzey Kıbrıs'ta Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri ... 33

2.8. Yaşam Kalitesi 36

2.9. Yaşam Kalitesi'nin Tarihçesi 38

2.10. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi 40

2.11. Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık 41

2.11.1. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Belirleyen Unsurlar 42

2.11.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar 44

2.12.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Yaşlılıkla İlişkisi 45
3. GEREÇ VE YÖNTEM 46
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi 46
3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi 47
3.2.1. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği 47
3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi 47
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 48
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu 48
4. BULGULAR 49
5. TARTIŞMA 81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 88
7. KAYNAKÇA 91
EKLER 109
Ek 1. Anket Formu 109
EK 2. Gönyeli Belediyesi Onay Formu 115
EK 3. Etik Kurul Onay Formu 116

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BM: Birleşmiş Milletler

DPÖ: Devlet Planlama Örgütü

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBM: Gündüz Bakım Merkezi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

IFSW: Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği

K.K.T.C: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

KHV: Kardiyovasküler Hastalıklar

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

mmHg: milimetre cıva

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

OP: Osteoporoz

SD: Standart Sapma

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

STÖ: Sivil Toplum Örgütü

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Üİ: Ürinerinkontinans

vd: ve diğerleri

x̄: Ortalama

YADES: Yaşlı Destek Programı

YHM: Yaşlı Hizmet Merkezi

YK: Yaşam Kalitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.4.1.1. 2017 ve 2050 Yıllarında ve Dünyanın Yaşlı Nüfusunun Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı (%) 10

Şekil 4.1. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Düzenli Kullandıkları İlaç Miktarı Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Skorunun Karşılaştırılması 65

Şekil 4.2. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Total Skor Ortalamalarına Göre Doktora Ulaşım Dağılımları 70

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.4.1.1. 2010 ve 2015 Yılları Arasında Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi ve 60 Yaş Üstü Bireylerin Cinsiyete ve Bölgelere Göre Dağılımı (%) 9

Tablo 2.4.3.1. Kuzey Kıbrıs'ta Yapılan Nüfus Sayımlarında 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı (%) 12

Tablo 2.4.3.2. İlçe,Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Sürekli İkamet eden Nüfus 13

Tablo 2.7.2.1. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevleri 29

Tablo 2.7.2.2 Özel Huzurevleri,Azınlıklara ve Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri 29

Tablo 2.7.2.3. Diğer Bakanlıklara ve Belediyelere ait Huzurevleri 30

Tablo 2.7.2.4. Türkiye'de Bulunan Yaşlı Hizmet Merkezleri 30

Tablo 2.7.2.5. Yaşlılık Yardımından Faydalanan Yaşlı Sayısı ve Yardım Tutarı 32

Tablo2.11.1.1. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Belirleyicileri 43

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımları (%) 49

Tablo 4.2. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Cinsiyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 51

Tablo 4.3. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin BKİ Sınıflandırmasına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 52

Tablo 4.4. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 54

Tablo 4.5. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Medeni durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 55

Tablo 4.6. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Daha Önce Yaptıkları Mesleklerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 57

Tablo 4.7. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Birlikte Yaşantılarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 58

Tablo 4.8. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sosyal Güvencelerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 60

Tablo 4.9 : 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Gelir Sağlama Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 62

Tablo 4.10. 65 Yaş ve üstü Bireylerin Düzenli Olarak Kullandıkları İlaç Miktarı Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 63

Tablo 4.11. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Kaldıkları Yerden Memnun Olma Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 66

Tablo 4.12. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Yaşam Memunuiyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 67

Tablo 4.13. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Doktora Ulaşım Durumuna Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 69

Tablo 4. 14. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Hizmeti Memuniyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 71

Tablo 4.15. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması 72

Tablo 4.16. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 73

Tablo 4.17. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Yaş Arasındaki İlişki 73

Tablo 4.18. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Eğitim Duruma Göre Karşılaştırılması 74

Tablo 4.19. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması 74

Tablo 4.20. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Gelir Arasındaki İlişki 75

Tablo 4.21. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Daha Önceki Çalışma Duruma Göre Karşılaştırılması 75

Tablo 4.21. (a) Bireylerin Daha Önceki Çalışma Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları 76

Tablo 4.22. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması 77

Tablo 4.22. (a) Bireylerin Gelir Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları 77

Tablo 4.23. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birlikte Yaşantı Durumuna Göre Karşılaştırılması 78

Tablo 4.23. (a) Bireylerin BirlikteYaşantı Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları 78

Tablo 4.24. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bireylerin Kullandıkları İlaç Miktarına Göre Karşılaştırılması 79

Tablo 4.24.(a) Bireylerin Kullandıkları İlaç Miktarı Arasında 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Post Hoc Sonuçlarına Göre Farklarının Anlamlılıkları 80

"BİR MİLLETİN YAŞLI VATANDAŞLARINA VE EMEKLİLERİNE KARŞI TUTUMU, O MİLLETİN YAŞAMA KUDRETİNİN EN ÖNEMLİ KISTASIDIR. MAZİDE MUKTEDİRKEN BÜTÜN KUDRETİYLE ÇALIŞMIŞ OLANLARA KARŞI MİNNET HİSSİ DUYMAYAN BİR MİLLETİN İSTİKBALE GÜVENLE BAKMAYA HAKKI YOKTUR"

Mustafa Kemal ATATÜRK

1. GİRİŞ

1.1. Kurumsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Demografik değişim adı verilen bu kavram 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının giderek artması şeklinde ortaya çıkmaktadır (*Rakıcı ve Yılmaz,* 2016, s. 65). Nüfusun yaşlanması, yaş yapısının değişerek o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı nüfusun göreceli olarak artmasıdır (*Günsoy ve Tekeli,* 2015, s. 39-40). Nüfusun hızlı yaşlanmasının nedenleri arasında; sağlık alanındaki hızlı gelişmeler, enfeksiyon ve hastalıklara bağlı ölümlerin azalması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, ailelerin az sayıda çocuk sahibi olması, insanların hayat standartlarının artması, çalışma ve emeklilik şartlarının değişmesi, sosyal sigorta sistemlerinin gelişmesi ve ekonomik standartların yükselmesi gibi nedenler gelmektedir (*Çelebi ve Yüksel,* 2014, s. 182). Yaşlı bireyler bu dönemde daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemini bir arada göğüslemeye çalışmakta, bütün bunların sonucunda da sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta ve hastanelerde daha uzun süre kalmaktadır. Kronik hastalıklar ve engellilikteki dramatik artışlar sonucu ile günümüzde uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri vb.) duyulan gereksinim oldukça fazladır (*Mutlu,* 2012, s. 21). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik ve fiziksel değişimler, bireylerin birtakım faaliyetlerini kısıtlamakta ya da gerçekleştirmelerini engelleyerek kendilerini mutsuz hissetmelerine sebep olmakta ve özellikle sağlık açısından yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (*Altuntaş ve Kayıhan,* 2015, s.2). Ayrıca yaşlılık döneminde işitme kaybı, osteoartrit, görme ile ilgili sorunlar, alzheimer ve diğer demans tipleri, iskemik kalp hastalıkları yaşlı bireylerin

yaşam kalitelerini yakından etkilemektedir. Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında, yaşlılık dönemi gelmektedir. Yaşlılık döneminde bireysel özelliklerin olumsuzluğu, fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivite düzeyinin azalması, hareket yeteneğinin gerilemesi, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe sebep olan diğer koşul ve durumlar yaşam kalitesini azaltmaktadır (*Sözen,* 2014, s. 21-22). Yaşam kalitesi; bireylerin psikolojik durumlarını, fiziksel sağlığını, bağımsızlık düzeylerini, sosyal ilişkilerini, inançlarını ve çevreyle etkileşimlerini içermektedir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik ulusal düzeyde önlemlerin alınması, gelecekte ülkelerin yaşlı bakımıyla ilgili yüklerinin azaltılması açısından önem taşımaktadır (*İlhan ve diğerleri*, 2016, s. 57). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik düzenlemelerin yapılabilmesi için öncelikle yaşlıların yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda araştırma, Gönyeli belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, Gönyeli belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek, bu bireylere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin yaşam kalitesi düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır. Kıbrıs'ta 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitelerine ilişkin yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırma ile literatürdeki bu boşluğa katkıda bulunmaya çalışılmaktadır.

1.3. Hipotez

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri cinsiyete göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri yaşa göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri eğitim durumlarına göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri medeni durumlarına göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri aylık gelire göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri daha önceki çalışma durumlarına göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri gelir sağlama durumuna göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri birlikte yaşantı durumuna göre değişiklik gösterir.

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri kullandıkları ilaç miktarına göre değişiklik gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramı

Zaman faktörüne bağlı olarak gerçekleşen, birbirine benzer olmakla birlikte bazı yönleri ile ayrılan süreçleri ifade etmek için yaşlanma ve yaşlılık olguları kullanılmaktadır. İnsan organizmasının geriye dönüşü olmayan bir biçimde yıpranmaya ve işlevlerinin bozulmaya başlaması yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan bireylerin fiziki ve ruhsal yetilerinin bir daha geri gelmeyecek şekilde kademeli olarak kaybetme hali ise yaşlılık olarak nitelendirilmektedir. Bu durumda yaşlanma bir süreç, yaşlılık ise gerçekleşen bir durum olarak ifade edilebilmektedir (*Aykaç ve Yertüm*, 2017, s. 169-170).

'Yaşlı' kavramı türkçemizde yaşı ilerlemiş "ihtiyar" anlamında kullanılmaktadır. Yaşlılık, yaşlanmadan dolayı hayatını kaybedenler hariç, ölümden önceki son yaşam evresidir. Önü alınması mümkün olmayan yaşlılık, kronolojik, biyolojik, ve sosyal yönleri ile çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir (*Özcan*, 2010, s. 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı 'Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması' olarak tanımlamıştır (*DSÖ,* 2017).

Toplumda yaşlı denilince; bakıma muhtaç, yürüme güçlükleri olan, mutsuz, değişime kapalı, yalnız ve sosyal ilişkileri zayıflamış kişiler akla gelebilmektedir. Yaşlılığın tecrübe ve bilgelik gibi olumlu yönleri göz ardı edilerek devamlı yaşlılık ile ilgili olumsuzluklara vurgu yapılmakta, aktif ve sağlıklı yaşlılık süreci geçiren çok sayıda yaşlı değerlendirme dışı tutulmaktadır. Yaşlı bireylerin, bu olumsuz değerleri benimsemeleri bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve hayatlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (*DPT*, 2007).

Günümüzde yaşlı nüfusun giderek hızlı bir şekilde artması, dünyada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, Birleşmiş Milletler (BM)'in, Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (IFSW)'nin, Geriatri ve Gerontoloji Birlik/Dernek gibi kurum ve kuruluşlarının ve bilim insanlarının yaşlılık alanına artan bir ilgi göstermesini sağlamıştır (*Önal Dölek,* 2011, s. 1). Aynı zamanda bu artış uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, yoksulluk, engellilik, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksinimi; yaşlı

sorunları ve yaşlılık hizmetlerinin tüm yönleri ile yeniden ele alınmasını ortaya çıkarmıştır (*Çetin*, 2009, s. 61).

Geçmişten günümüze kadar yaşlanma sürecininin anlaşılmasına yönelik çalışmaların artması ise yaşlılığı sosyal, psikolojik ve biyolojik yönden ele alan multidisipliner bir bilim dalı olan gerontolojiyi meydana getirmiştir (*Oğuz,* 2007, s. 6). Yaşlanma bilimine gerontoloji, yaşlıların sağlık problemlerinin tanı ve tedavisi ile ilgilenen tıp dalına ise geriatri denilmektedir (*Hoca,* 2016, s. 1). Bugün yaşlı nüfusta yaşanan artışla bağlantılı olarak geriatri bilimi yaygınlaşmaya başlamakta ve önemi giderek artmaktadır (*Kızılarslanoğlu,* 2013, s. 139).

Toplumların yaşlanması kavramı, yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavramlardandır. Doğum oranlarındaki azalma, tıp, bilim ve teknolojide yaşanan gelişmeler bu süreçteki temel taşı oluşturmaktadır. Diğer yandan sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte yaşam beklentisinin yükselmesi, her yıl yaşlı nüfus sayısının artması ile sonuçlanmaktadır (*Kutsal,* 2009, s. 1).

Bireyin rol ve statü kayıpları yaşadığı, fiziksel gücün azaldığı, yeti yitimlerinin arttığı, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, bedenin dış çevreye uyumunun ve stresörlere direncinin zayıfladığı, immün yetmezlik nedeniyle hastalıklara yatkın olduğu pek çok dejeneratif ve kronik hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönem olarak hem sağlık sistemini hem de sosyal ve ekonomik sistemleri ilgilendiren çok sektörlü ve çok disiplinli bir hizmeti gerektiren yaşlılık dönemi, bir toplum sağlığı sorunudur (*Terakye ve Güner,*1997, s. 96).

Yaşlılık ruhsal bedensel ve toplumsal açıdan birçok değişikliği içinde barındıran karmaşık bir olaydır. Kimlere yaşlı denileceği, tartışmaya açık bir konudur. Bedensel ve zihinsel gerilemeler yaşlılığın en önemli belirleyicisidir. Ancak birçok yaşlı hayatının son yıllarını tecrübe ve çevre desteği ile açıklarını kapatarak nispeten rahat geçirebilmektedir (*Bekaroğlu ,*1991, s. 2).

2.2. Yaşlanmanın Sınıflandırılması

2.2.1. Biyolojik Yaşlanma

Kalıtsal etmenlerin etkisiyle oluşan, bireyin fizyolojisi ve anatomisinde meydana gelen değişikliklere biyolojik yaşlanma denir (*Köroğlu ve Köroğlu,* 2015, s. 814).

Diğer bir tanımla; yumurtanın döllenmesinden başlayıp yaşla beraber kişinin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimler biyolojik yaşlanma olarak adlandırılır (*Oğuz,* 2007, s. 6). Örneğin, doksan yaşındaki yaşlı bireyin yirmi yaşındaki gençle kıyaslandığında iç organlarında, işitmesinde, görmesinde, yürümesinde, duruşunda gerilemenin ve sorunların meydana gelmesi biyolojik yaşlanmayı ifade etmektedir (*Güleç,* 2011, s. 25).

2.2.2. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma, yaşlılık döneminde bireylerin geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri kapsamaktadır (*Aslan ve Hocaoğlu*, 2017, s. 53). Yaşlanmaya bağlı olarak kişilerin davranışsal bağlamda uyum yeteneklerinde birtakım değişikliklerin meydana geldiği görülmektedir. Bu değişiklikler esas olarak psikolojik yaşlanmayı meydana getirmektedir. Bireylerin kendilerini bu döneme uygun olarak hazırlamaları ve yaşlanacaklarını bilmeleri psikolojik yaşlanmayı engelleyemese bile, üzerindeki olumsuz anlamı biraz da olsa kaldırabilir niteliktedir (*Taşkesen Gönüllü,* 2017, s. 10).

2.2.3. Fonksiyonel Yaşlanma

Zihin ve bedenin tüm organları yaşın ilerlemesiyle birlikte kayıplar yaşamaya başlamaktadır. Fizyolojiyle fonksiyonlar ise birbirlerine bire bir bağlantılıdır. Organ fonksiyonlarının aynı yaş grubundaki diğer insanlara göre, bir takım değişik faktörlerin etkisiyle daha fazla yetenek ve işlevsel gücünü kaybetmesi fonksiyonel yaşlanmanın göstergesidir. Örneğin, yaşlanmaya bağlı olarak mide bağırsak sisteminin daha yavaş çalışması bireyin iştahın azalmasına neden olacaktır. Birey yaşlandıkça cinsel fonksiyonlardaki yavaşlama da bu bağlamda değerlendirilmektedir (*Yahyaoğlu,* 2013, s. 34).

2.2.4. Sosyal Yaşlanma

Sosyal yaşlanma, birey açısından toplumdaki aile hayatının, sosyal ilişkilerin, çalışma hayatının, rollerinin ve görevlerinin çeşitlenerek değişmesidir (*Güleç,* 2011, s. 26). Bireyin sosyal yapı içinde aile ve arkadaşlarıyla, çalışma alanında, dini ve

politik gruplar gibi örgütlenmelerde sosyal rollerinin ve ilişkilerinin değişmesi de sosyal yaşlanma olarak adlandırılmaktadır (*Danış,* 2015, s. 20). Kısaca, bireyin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişimidir (*Şanlı,* 2012, s. 3).

2.2.5. Ekonomik Yaşlanma

Özellikle yaşlılık döneminde emekliliğin de etkisiyle değişen gelir düzeyinin, kişinin yaşam biçiminde meydana getirdiği değişiklikler, ekonomik yaşlanmayı ortaya çıkarmaktadır. Özetle ekonomik yaşlanma; bireyin çalışma yaşamına son verdikten sonraki yaşam süreci olarak ifade edilmektedir (*MEB,* 2011).

2.3. Yaşlı Bireylerin Özellikleri

2.3.1. Fiziksel Değişim Özellikleri

Yaşlılık beraberinde bir takım sorunlar ve fizyolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir; kan damarları, sinirler, vücut derisi ve diğer biyolojik dokular elastikiyetini kaybeder, damarlarda sertlik, eklemlerde dejenerasyon meydana gelir, iskelet yapısı bozulur, kemikler incelir ve kırılganlaşır. Refleksler ve hormonal aktiviteler yavaşlar. Genel dolaşım sisteminde meydana gelen bozulmalardan dolayı birçok sağlık problemi yaşanır. Azalan kan basıncı, zihinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkileyip, kas ve diğer vücut organlarının etkinliğini azaltır. Ayrıca tüm bu yaşanan değişimler yaşlılıkla beraber birçok hastalık gibi felç ve kalp krizi riskini de arttırmaktadır (*Danış*, 2015, s. 26).

2.3.2. Psikolojik Değişim Özellikleri

Bireylerde yaş ilerledikçe psikolojik açıdan da değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılarla genç nesiller arasındaki mesafenin açılması ve eskiye olan özlemin gittikçe artması yaşlılığın ilk belirtisidir. Yaşlı bireyler, değişen dünyaya ayak uydurmakta zorluk çekmekte, eskiye özlem duymakta aynı zamanda eski alışkanlıklarını devam ettirmede ısrarcıdırlar (*Yerli,* 2017, s. 1283). Yaşlılıkta

rastlanan psikolojik değişkenlerden bazıları; eskiye aşırı bağlılık, yeniliklere uyum sağlayamamak ve yeniliklerden korkmaktır (*Eyüboğlu ve diğerleri,* 2012, s. 20).

2.3.3. Toplumsal Değişim Özellikleri

Yaşlanma sürecinde meydana gelen fizyolojik değişimler sonucunda bedensel fonksiyonlar yavaşlamakta ve bu durum kişilerin yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır. Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde hızlı kentleşme, eğitilen kişi sayısı ve süresindeki artış, kadının çalışma hayatına katılması, geniş ailenin çekirdek aileye geçmesi gibi faktörler ailedeki yaşlı bireylerin çeşitli toplumsal sorunlar yaşamasına yol açmaktadır (*Bulduk,* 2014 s. 55). Yaşlı bireyler açısından aile, başlıca psikolojik ve toplumsal nitelikli destek sistemidir. Aile içinde anne ve baba rolü olan yaşlı bireyin, bu rolünün değişmesi ile birlikte büyükanne ve büyükbaba rolünü alması yaşlı bireyin ailede kendini fazla bir kişi olarak görmeye başlamasına neden olabilmektedir (*MEB,* 2011).

2.4. Dünya'da, Türkiye'de ve Kıbrıs'ta Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler

2.4.1. Dünya'da Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler

Dünya'da ölüm rakamlarının ve doğum oranlarının düşmesi, eğitim, teknoloji, sağlık alanındaki gelişmeler, insan ömrünün uzamasına ve yaş gruplarının değişimine neden olmuştur (*Kahrıman*, 2014, s. 10).

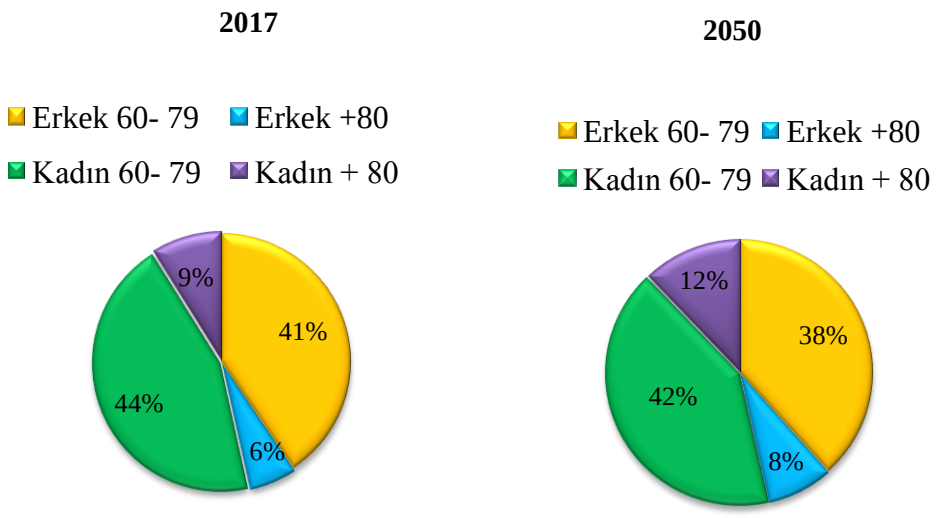
20. yüzyıl, dünya nüfusunun yaş yapısında meydana gelen değişim nedeniyle insanlık tarihinde bir dönüm noktası olmuş ve yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ciddi oranlarda artmıştır. Dünyanın birçok bölgesindeki doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin gözlemlenmesi, beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması dünya genelindeki yaşlı nüfus artışının nedenlerini oluşturmaktadır. Rakamlarla incelendiğinde ise, 2010 yılında tahminen dünyada 65 yaş ve üzeri 524 milyon yaşlı birey bulunmaktaydı. 2050 yılında bu sayının 1.5 milyar olacağı tahmin edilmekte ve gelişmiş ülkelerdeki yaşlı popülasyonun az gelişmiş ülkelere göre daha fazla olacağı öngörülmektedir (*WHO,* 2011).

2010 yılında yapılan araştırmalarda dünyada yaşlı nüfusun artış hızının (%2.1) genel nüfus artış hızından (%1.2) daha fazla olduğu belirtilmiştir. 2050 yılında ise on bir ülkenin nüfus artış hızının azalması sonucu, bugün sahip olduğu nüfusun altına düşeceği öngörülmektedir (*Mandıracıoğlu,* 2010, s. 40).

Tablo 2.4.1.1. 2010 ve 2015 Yılları Arasında Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi ve 60 Yaş Üstü Bireylerin Cinsiyete ve Bölgelere Göre Dağılımı (Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfusu Olası Revizyonu, 2017).

	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (%)				**60 Yaş Yaşam Beklentisi (%)**			
	İki Cinsiyet	Kadın	Erkek	Cinsiyet Farkı	İki Cinsiyet	Kadın	Erkek	Cinsiyet Farkı
Dünya	**70.8**	73.1	68.6	4.6	**20.3**	21.6	18.8	2.9
Afrika	60.2	61.9	58.6	3.3	16.8	17.5	16.0	1.6
Asya	71.8	73.8	69.9	3.9	19.5	20.7	18.2	2.5
Latin Amerika	74.7	78.0	71.4	6.6	21.8	23.4	20.1	3.3
Avrupa	77.2	80.7	73.7	7.0	22.1	23.9	19.9	4.0
Kuzey Amerika	79.2	81.5	76.8	4.7	23.5	24.9	21.9	3.0

2010-2015 yılları arasında yapılan bir grup araştırmada Afrika, Asya, Latin Amerika ve bazı Afrika ülkelerinde kadınların erkeklere oranla daha uzun yaşadıkları görülmüştür (Tablo 2.4.1.1). Dünya'da doğuşta beklenen yaşam süresi kadınlarda %73.1 olurken erkeklerde ise bu oran %68.6'dır. 60 yaş yaşam beklentisi ise kadınlarda %21.6 iken erkeklerde düşüş göstererek %18.8 olmuştur. Her iki cinsiyette baktığımızda ise bu oranın %20.3 olduğu görülmektedir (*United Nations,* 2017).



Şekil 2.4.1.1. 2017 ve 2050 Yıllarında, Dünyanın Yaşlı Nüfusunun Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı.

Kaynak: Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfusu Olası Revizyonu, 2017.

2017 yılında kadınlar, 60 yaş ve üzerindeki küresel nüfusun % 53'ünü, 80 yaş ve üzeri nüfusun ise %6' sını oluşturmaktadır. Şekil 2.4.1.1 incelendiğinde önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun cinsiyet dengesinin küresel düzeyde değişmemesi beklenmektedir. Yapılan projeksiyon araştırmalarına göre, 2050 yılında 60 yaş ve üzerindeki kadınların dünya nüfusunun %54'ünü oluşturacağı öngörülmektedir. Erkeklerin ortalamasının artması ve kadın yaşlı nüfusunun yavaş yavaş ilerlediği düşünülürse 80 yaş ve üstü kişiler arasındaki cinsiyet dengesinin daha da eşit hale geleceği söylenebilmektedir (*Birleşmiş Milletler*, 2017).

2.4.2. Türkiye'de Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru gelişmiş ülkelerde doğum hızları azalmış ve yaşam beklentisi artmıştır. Bu değişimle toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranı artmış ve genç nüfusun oranı azalmıştır. Türkiye'de ise beş yaş altı çocuk ölümlerinin ve kadın başına düşen doğum sayısının önemli ölçüde azalmasının nedeni; Cumhuriyet'in ilanından günümüze kadar gelen süreçte ekonomik, sosyal ve

sağlık alanlarında yaşanan olumlu gelişmelerdir. Böylece Türkiye'nin de demografik bir dönüşüm sürecine girdiği görülmektedir (*Günsoy ve Tekeli*, 2015, s. 41-42). 2012 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %7,1 iken, 2016 yılında %8,2'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %56,1'ini kadın ve %43,9'unu erkek nüfus oluşturmuştur (*TUİK,* 2016).

Türkiye'de yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il 2016 yılında %18,1 ile Sinop olmuştur. Sinop'u %16,5 ile Kastamonu ve %15,4 ile Çankırı izlemiştir. Türkiye'de 100 yaşın üzerinde en fazla yaşlıya sahip ilk üç il ise sırasıyla İstanbul, Şanlıurfa ve Ankara iken, en az yaşlıya sahip ilk üç il sırasıyla Ardahan, Bilecik ve Bayburt olmuştur (*TÜİK*, 2016).

Günümüzde yaşlı nüfus oranının Türkiye'de yüksek olmadığı görülmektedir. Ancak önemle üstünde durulması gereken konu Türkiye'deki yaşlanma hızıdır. Avrupa ülkelerine oranla Türkiye iki kat hızlı yaşlanmaktadır. Bu durum gerek sosyal hizmetler gerekse yaşlı istihdamı gibi yaşlılara yönelik sosyal politikalar konusunda Türkiye'nin hazırlıksız yakalanmasına sebebiyet vermektedir (*Çuhadar ve Lordoğlu,* 2016, s. 63).

2.4.3. Kıbrıs'ta Yaşlılığa İlişkin Demografik Değişimler

Kuzey Kıbrıs'ta ilk nüfus sayımı 1996 tarihinde yapılmıştır. Bu sayımın yapılmasından on yıl sonra Kıbrıs'ta 2006 tarihinde yeni bir nüfus ve konut sayımı gerçekleştirilmiştir. 2006 nüfus sayımının ardından 2011 tarihinde yeni bir nüfus sayımı yapılması kararlaştırılmıştır ve 2011 yılında yapılan nüfus sayımı sonucunda Kuzey Kıbrıs'ta ilçe ve cinsiyete göre sürekli ikamet eden toplam nüfusu 286 bin 257 bulunmuştur (*DPÖ*,2011).

Kuzey Kıbrıs'ta 1978 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus 13 bin 896 iken, 1996 yılında 13 bin 942 olmuştur. 2006 yılında yapılan nüfus sayımında ise 65 yaş ve üzeri nüfus, 18 bin 718 ulaşmıştır (Tablo 2.4.3.1.) Son olarak Kuzey Kıbrıs'ta 2011'de en son yapılan nüfus sayımında yaşlı popülasyon ciddi şekilde artış göstererek 23 bin 258 bulunmuştur (*DPÖ*,2017).

Tablo 2.4.3.1. Kuzey Kıbrıs'ta Yapılan Nüfus Sayımlarında 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı (Devlet Planlama Örgütü, İstatistik Yıllığı, 2017).

Nisan 1978				15 Aralık 1996			
Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın	Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın
65-69	**4,730**	2,175	2,555	65-69	**4,971**	2,266	2,705
70-74	**4,178**	1,999	2,179	70-74	**3,941**	1,806	2,135
75+	**4,988**	2,370	2,618	75+	**5,030**	2,183	2,847

30 Nisan 2006				4 Aralık 2011			
Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın	Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın
65-69	**6,703**	3,094	3,609	65-69	**8,261**	4,042	4,219
70-74	**4,970**	2,295	2,675	70-74	**6,091**	2,754	3,337
75+	**7,045**	2,907	4,138	75+	**8,906**	3,705	5,201

Kuzey Kıbrıs'ta ilçe, yaş grubu ve cinsiyete göre sürekli ikamet eden nüfus incelendiğinde; Lefkoşa bölgesinde 65 yaş ve üzeri popülasyon 7 bin 33 iken, Gazi Mağusa' da 5 bin 93, Girne'de 5 bin 653, Güzelyurt'ta 3 bin 203 ve İskele'de ise 2 bin 279 olmuştur. Ayrıca Tablo 2.4.3.2 incelendiğinde, Kuzey Kıbrıs'taki 65 yaş üzeri yaşlı popülasyonda kadın nüfusunun erkeklere oranla daha fazla olduğu söylenebilmektedir (*DPÖ*,2011).

Tablo 2.4.3.2. İlçe, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Sürekli İkamet eden Nüfus (K.K.T.C. Devlet Planlama Örgütü, 2011).

	Lefkoşa			Gazi Mağusa		
Yaş Grubu	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
65-69	**2,435**	1,171	1,264	**1,870**	919	951
70-74	**1,889**	885	1,004	**1,255**	563	692
75-79	**1,307**	569	738	**950**	422	528
80-84	**788**	303	485	**616**	231	385
85+	**614**	230	384	**402**	149	253

	Girne			Güzelyurt		
Yaş Grubu	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
65-69	**2,189**	1,107	1,082	**1,047**	492	555
70-74	**1,573**	730	843	**790**	321	469
75-79	**995**	463	532	**643**	264	379
80-84	**554**	253	301	**439**	183	256
85+	**342**	131	211	**284**	106	178

	İskele			GENEL TOPLAM		
Yaş Grubu	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
65-69	**720**	353	367	**8,261**	**4,042**	**4,219**
70-74	**584**	255	329	**6,091**	**2,754**	**3,337**
75-79	**477**	216	261	**4,372**	**1,934**	**2,438**
80-84	**313**	111	202	**2,710**	**1,081**	**1,629**
85+	**185**	75	110	**1,827**	**691**	**1,136**

2.5. Yaşlılık Döneminde Karşılaşılan Sorunlar

Yaşlılık döneminde yaşlı bireylerin karşılaştıkları bir takım sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlardan bazıları; psiko-sosyal sorunlar, sosyal ilişkilerle ilgili sorunlar, ekonomik sorunlar, bakım sorunu, sağlık sorunu, beslenme sorunu ve yaşlı istismarıdır.

2.5.1. Psiko-sosyal Sorunlar

Yaşlanma ile bireyin iç dünyasına dönmesinin sebebi, dış dünya üzerindeki kontrol ve etkisinin azalmasıdır. Yaşlılık döneminde iç dünyasına dönen yaşlı bireyin en yaygın psiko-sosyal sorunları arasında; kuşak çatışması, rol ve statü değişimi, unutkanlık, uykusuzluk, korkular ve boş zamanlarını değerlendirememesi yer almaktadır (*Önal Dölek,* 2011, s. 27). Kuşak Çatışması; iki kuşak arasında toplumun tümünü içine alan ve sonraki kuşak boyunca devam eden anlaşmazlık türüne denir. Burada, toplumun yetişkin kuşağı ile genç kuşağı arasında yaşanan uyuşmazlıktan bahsedilmektedir. Toplumun yaşlı bireyleri sürekli olarak kendilerini ifade edemediklerinden gençlerin kendilerini anlamadığından ve gençleri anlamadıklarından yakınmaktadırlar (*Canatan,* 2008, s. 65).

2.5.2. Sosyal İlişkilerle İlgili Sorunlar

Çevresiyle, yakınlarıyla ve toplumla kurulup sürdürülen iletişimin yok olması yaşlılığın en önemli sorunlarındandır. Bu kayıp, yaşlı bireyin çevresinde bulunan çocuklarının veya eşinin desteğinin, ilgisinin azalması ya da birey tarafından bu biçimde yorumlanması şeklinde soyut düzeyde olabileceği gibi çocukların evden ayrılması, eşinin ölümü, şeklinde somut düzeyde de olabilmektedir. Bir bireyin kişiliğinin gelişmesinde ve olumlu benlik imgesinin oluşmasında sosyal ilişkiler oldukça kritiktir. Sosyal ilişkiler sağlıklı bir yaşlılık dönemi için daha da önemli hale gelebilmektedir; çünkü yaşlanmayla beraber azalan sosyal çevre, yaşlı bireyin içine

kapanmasına sebep olup yaşlı bireyi yalnızlığa sürükleyebilmektedir (*Softa ve diğerleri,* 2016, s. 2).

2.5.3. Ekonomik Sorunlar

Ekonomik sorunlar, yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sorunlardan biridir. Yaşlı bireyler kötü ekonomik koşullardan dolayı bu dönemde sosyal ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşanılan ülkenin ekonomik düzeniyle ilişkili olarak hayatın giderek pahalılaştığı, emeklilik veya ailede para kazanan kişinin ölümü gibi durumlarda gelirin azalması sonucunda yaşlı bireylerin geçimlerini sağlamaları zorlaşacaktır (*Kurt ve diğerleri,* 2010, s. 34).

2.5.4. Bakım sorunu

Herhangi bir fiziksel ya da psikolojik nedenle yardıma ve bakıma muhtaç olan yaşlı bireylere aile fertlerinden biri, arkadaş çevresi ya da yardımcılar bakmaktadır. İş hayatına son vermek zorunda kalmak ve sıradan işlerini bile bir başkasının yardımı olmadan yapamamak ile bakıma muhtaçlık, çoğu yaşlı birey için yaşamın sonu olarak görülebilmektedir. Bakım sorunu sadece bir kesimi veya kişiyi değil, genel olarak toplumu ilgilendirir niteliktedir. Bakım sorunu yaşlılar açısından değerlendirildiğinde yıllarca özgürce ve bağımsız bir yetişkin olarak hayatını devam ettirmiş olan bir yaşlı bireyin artık kendi hayatını destek olmadan sürdürebilecek durumda olmaması başlı başına bir trajedidir (*Taşkesen,* 2017, s. 79-80).

2.5.5. Sağlık Sorunları

Yaşlanma beraberinde bir takım sağlık problemlerinide getirmektedir. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %80'inden fazlasında kronik veya sürekli bir fiziksel rahatsızlığın yanında birkaç hastalık bir arada görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin ortalama olarak 3.5 hastalığa sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlanma ile beraber görülme sıklığı artan sağlık sorunlarının başında ise demans, alzeimer, idrarı tutmada zorlanma, görme bozuklukları, işitme bozuklukları, yetersiz

beslenme, osteoporoz, yürüme bozuklukları ve sık düşme, bası yaraları, uyku bozuklukları, osteoartroz (kireçlenme) gelmektedir (*Danış,* 2015, s. 33).

2.5.6. Yaşlı İhmali ve İstismarı

Yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış, genel olarak yaşlı istismarı olarak adlandırılmaktadır. İstismar ekonomik, bedensel, psikolojik olabilmekte ve ihmale de dönüşebilmektedir (*Akdemir ve diğerleri,* 2008 s. 69-70). Bireyi yiyecek, ısınma, giyecek, ilaç, tıbbi cihaz gibi temel gereksinimlerinden mahrum etmek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak ya da reddederek kişiye duygusal, fiziksel sıkıntı ve acı vermek, yakınları tarafından yaşlının ihmali olarak adlandırılırken, kendi kendini ihmal ise, yaşlı kişinin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir biçimde, tek başına yaşama davranışını belirtmektedir (*Gülen ve diğerleri,* 2013 s. 396). İstismar ve ihmale sebep olan durumların başında yaşlılık dönemindeki sosyo-kültürel ve fiziksel değişimlerin yanında ekonomik koşullardaki kötüleşme, yaşlı bireyin kurumda veya evde yeterince desteklenememesi gelmektedir (*Yeşil ve diğerleri,* 2016, s. 128).

2.5.7. Beslenme Sorunları

Beslenme, yaşlılığa bağlı hastalıkların önlenmesinde, geciktirilmesinde ve tedavi edilmesinde etkin bir rol oynamaktadır. Fonksiyonel durumun sürdürülmesi ve sakatlıklardan korunma açısından yeterli ve dengeli beslenme, yaşlılar için çok önemli bir yere sahiptir (*MEB,* 2012). Yalnız yaşayan yaşlı bireylerin hazır yiyecekleri seçmesi, besinlerini hazırlayamamaları, alışverişlerini yapamamaları ve sürekli ilaç kullanmaları beslenme sorunlarına sebep olurken, fiziksel aktivitenin tamamen azalması ve yaşlı bireylerin birbirlerine bağımlı olarak yaşamaları da yaşlı sağlığını negatif yönde etkilemektedir (*Sönmez ve diğerleri*, 2007, s. 34). Yaşlı bireylerin beslenme sorununun başında malnütrisyon gelmektedir ve malnütrisyon sorunu yaşlılarda yaygın olarak görülmektedir (*Özer ve Kapucu,* 2013 s. 2). Yaşlılık döneminde yanlış gıdaların fazla veya dengesiz alımı da söz konusudur. Bunun sonucunda ise yaşlılarda diabetes mellitus, kanser ve diğer kronik hastalıklara

rastlanabilinmektedir. Ayrıca obezite de yaşlılık döneminde en önemli dengesiz beslenme sorunları arasında yer almaktadır (*Aslan ve diğerleri,* 2008 s. 11).

2.6. Yaşlanma ile Beraber Görülme Sıklığı Artan Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile beraber insan vücudunda bazı değişiklikler ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda da bazı sağlık sorunları meydana gelmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda yaşlılarda en çok görülen sağlık sorunlarının, hareket sistemi ile ilgili sorunlar ve görme ve işitme problemleri gibi fizyolojik değişimlerin yol açtığı sorunlar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sorunların yanında yaşlılarda görülen hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi daha ciddi sağlık problemleri de yer almaktadır. Tüm bu sağlık sorunları insan ömrünü kısıtlarken diğer yandan da yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (*Bilir,* 2004, s. 4).

Yaşlılık dönemini diğer yaş gruplarından ayıran en önemli özelliklerden birisi kuşkusuz hastalıkların sıklığında ve çeşidindeki değişimlerdir. Organizmanın daha kolay ve şiddetli hastalanmasına neden olan etkenlerin arasında yaşlanma yer almaktadır. Çalışmanın bu bölümde yaşlanma ile beraber görülme sıklığı artan hastalıklardan bazıları tanımlanmıştır (*MEB,* 2011).

Hipertansiyon: 65 yaş ve üzeri bireylerde sistolik kan basıncının 140mmHg'nın veya diastolik kan basncının 90 mmHg'nın üzerinde olması yaşlıda hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin yarısından fazlası için hipertansiyon ciddi bir sağlık problemidir. Hipertansiyon prevalansı, Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmalarına göre, 60-69 yaş grubunda %70, 70-79 yaş grubunda %76, 80 yaş ve üzerinde ise %79.7'ye erişmektedir (*Kolcu ve Ergün*,2017, s. 17).

Diabetes Mellitus (Diyabet): Diabetes Mellitus, hiperglisemi ve yüksek kan şekeri ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (*Chentli ve diğerleri,* 2015, s. 744-752). Yaşlılarda morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinde biri diyabettir. Yaş ilerledikçe diabetes mellitus prevalansı artmakta ve gelişmiş ülkelerde kesin bir oran olmamakla birlikte 65 yaşın üzerinde en az %20 oranında diyabetli kişiye rastlandığı

belirtilirken, bazı toplumlarda bu oran %40'a kadar çıkmaktadır (*Yıldırım,* 2007, s. 27).

Osteoporoz (OP): Yaşlanma, osteoporoz oluşumu için önemli bir risk faktörüdür. Düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikromimarisinin bozulması sonucu kemik kırılganlığında ve kırık riskinde artış ile karakterize olan yaşlılarda en sık görülen metabolik kemik hastalığı osteoporoz olarak adlandırılmaktadır (*Özişler ve diğerleri*, 2015, s. 70).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Ölümlerin %30'undan Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bütün kalp-damar sistemi hastalıkları sorumlu tutulmaktadır. Tüm ölüm nedenleri arasında kalp damar hastalıkları birinci sırada yer almaktadır. 70 yaş üzerindeki bireylerin her yıl kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) ölenlerin yarısından fazlasını oluşturması dikkate alındığında, ileri yaş ile KVH ilişkisinin önemi ortaya çıkmaktadır (*İkitimur,* 2017, s. 32).

Kanser: Hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve artması ile meydana gelen genetik ve çevresel koşulların etkisi altında olan kompleks hastalığa kanser denilmektedir (*Baykara,* 2016, s. 154). Yaşlı nüfus arttıkça kanser insidansı da artmaktadır ve yaşın ilerlemesi ile gerçekleşen hücresel ve moleküler değişimler kansere yatkınlığa sebep olmaktadır. Tüm dünyada toplum sağlığını tehdit eden en önemli problemlerin başında kanser gelmektedir (*Demircioğlu ve Bilgin*, 2017, s. 103).

Demans: Merkezi Sinir Sisteminin (MSS) hasarlanmasıyla oluşan bilinç bulanıklığı, deliriyum olmaksızın birden çok kognitif alanın bozulduğu ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği ve eski düzeyde sürdürülemediği, doğal seyri açısından kalıcı ve sıklıkla da ilerleyici klinik tablo, demans olarak tanımlanmaktadır (*Keskin ve diğerleri,* 2016, s. 77). Yapılan çalışmalar sonucu dünyada demanslı yaşlı sayısının 2030 yılında 63 milyona ve 2050'de ise 114 milyona çıkacağı öngörülmektedir (*Kurban ve diğerleri,* 2010, s. 35).

Alzheimer: Bellek kaybına yol açan nörodejeneratif bir hastalık olan alzheimer, bellek ve düşünme becerilerini ve hatta basit işleri yerine getirebilme yeteneğini bile yavaşça ortadan kaldıran ilerleyici, geri dönüşü olmayan beyin bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (*Soner ve Aykut,* 2017, s. 376). Bunamaların ise %50-60'ını

alzheimer oluşturmaktadır. Ayrıca alzehemir genellikle 65 yaş civarında ortaya çıkmakta ve yavaş yavaş ilerlemektedir (*Kaptanoğlu,* 2015, s. 55).

Konstipasyon: Hastanın bağırsak fonksiyonlarında anormallik hissetmesi genellikle konstipasyon olarak adlandırılmaktadır. Hastalar az sayıda dışkılamayla beraber bu durumu alt karın bölgesinde rahatsızlık, gerginlik ve şişkinlik olarak ifade etmektedir. Konstipasyon, her şeyden önce bir hastalık değil, kişiden kişiye değişen ve farklı şekillerde yorumlanan subjektif bir semptomdur (*Bengi ve diğerleri,* 2014, s. 72). Konstipasyon yaşlılarda rastlanan sindirim sistemiyle ilgili bu dönemde en sık karşılaşılan yakınmalardandır. Ayrıca konstipasyon, yaşlının yaşam kalitesini bozmakta ve önemli düzeyde ekonomik kayba (hastane yatışı, sık hekime başvurma, ileri tetkik) neden olmaktadır (*Tufan ve Akın,* 2015, s. 95).

Ümmin Sistem Yetersizliği: İmmün sistem, öncelikle hastalık yapan yabancı organizmaların vücuda girmelerini engellemekte veya girmiş ise vücuda girdikleri yerde yutmaya çalışmakta, yayılmalarını engellemekte ya da geciktirmeye çalışmaktadır (*MEB*, 2011). Yaşlanma ile genel olarak, immün sistem fonksiyonları baskılanmaktadır. Bu durum, enfeksiyonlara karşı hassasiyetin artmasına ve sonucunda ise morbidite ve mortalite oranlarındaki artışa neden olmaktadır (*Tiftik ve diğerleri,* 2012, s. 1).

Üriner İnkontinans: Üriner İnkontinans (Üİ), bireylerin istemsiz olarak idrarını kaçırmasıdır. İdrar kaçırma, yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli geriatrik sendromlardan birisidir. Yaşlanma ile üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerle birlikte komorbiditelerin fonksiyonel ve kognitif bozuklukların varlığı, kullanılan ilaçlar Üİ gelişimini kolaylaştırmaktadır (*Varlı ve diğerleri,* 2009, s. 49).

Görme Bozuklukları: Göz, yaşlanma sürecinden en erken etkilenen duyu organıdır. Yaşa bağlı doğal bazı değişiklikler görme duyusunu etkileyebileceği gibi, yaşlanma ile birlikte meydana gelen ciddi hastalıklar da gözü etkileyebilmektedir. Yaş ilerledikçe yaşlı bireylerin düzenli olarak göz muayenelerinin yapılması önem taşımaktadır. Çünkü pek çok göz hastalığı yaşlılık döneminde başlangıçta bulgu

vermeksizin kendini göstermekte ve erken teşhis edildikleri takdirde sebep olacakları zarar en aza indirilebilmektedir (*Altınel ve Akçakaya*, 2013, s. 110).

İşitme Bozuklukları: Tüm işitme sistemi yaşla birlikte değişime uğramaktadır. Yaşın ilerlemesiyle işitme duyarlılığının azalması artış göstermektedir. Normal konuşmayı duymada zorlanma, insanların ne söylediğini anlamak için yüzlerine dikkatle bakma, insanlara söylediklerini tekrarlatma ihtiyacı hissetme, televizyon ve radyonun sesini aşırı açma, konuşurken karşıdaki insanın fısıldadığı hissi, kulakta enfeksiyon, ağrı veya çınlamanın uzun süre devam etmesi, duymaya çabalarken yorgunluk ve rahatsızlık hissi, telefonla konuşurken bir kulağın daha iyi duymaması gibi sorunlar günlük hayat içinde genellikle yaşlılarda karşılaşılan sorunlar olarak özetlenebilir (*Erdoğan,* 2016, s. 26-28).

2.7. Çeşitli Ülkelerde, Türkiye'de ve Kıbrıs'ta Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri

Diğer yaş dönemlerine göre yaşlılık döneminde, hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal ve fiziksel koşullar ön plana daha çok çıkmaktadır. Bu sebeple bu dönemde verilen sağlık hizmetlerini sosyal hizmetlerden bağımsız düşünmek imkansızdır (*Gökçekoca ve Baharlıetiler,* 1999, s.1). Sosyal hizmetin bakış açısı gerontolojinin bakış açısı ile benzerlik göstermektedir. Yaşlı bireylerin sosyal yaşama katılımlarının sağlanması, üretkenliklerini sürdürebilmelerine ortam sağlanması, kendilerini çeşitli alanlarda geliştirme ve eğitim alma gibi sosyal içerikli koruyucu önlemler sosyal hizmetin kapsamı içerisindedir. Bugün kendi kendine yeterli olabilmenin sağlanmaya çalışılması, aktif ve sağlıklı yaşam tarzının sürdürülmesine ilişkin programların geliştirilmesi ve çeşitli destek programlarının oluşturulması yaşlı bireylerin psikolojik gelişimleri için programların yapılması mümkündür (*Yazıcıoğlu*, 2007, s. 137-138). Çeşitli ülkelerde Türkiye'de ve Kıbrıs'ta yaşlılara yönelik verilen hizmetlerin bazıları aşağıdaki gibidir;

Hospis Bakımı (Hospice Care): Hospis Bakımı, yaşlı bireylere yönelik dünyada var olan en temel hizmetlerden bir tanesidir. Hospis bakımı veren kuruluşlar, her yaşta

ölümü beklenen kişiye huzurlu, rahat ve onurlu bir ölüm yaşatmak üzere inşa edilmiştir. Palyatif bakım ile hospis bakım benzerlik göstermektedir. Fakat palyatif bakım, kişinin tıbbi, duygusal, ruhani ve diğer fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması için çalışmaktadır. Hospis bakımı ise tektir. Ölümcül hastalığı bulunan hastalar ve aileleri için bir bakım felsefesidir (*Önal Dölek,* 2012, s. 95).

Palyatif bakım: Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemlerle karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak giderilmesi ya da önlenmesi yollarını arttıran yaklaşım palyatif bakım olarak isimlendirilmektedir (*Akçiçek ve diğerleri,* 2013, s. 12).

Dinlendirme Bakımı: Yaşlılara bakım vermekte olan bireylerin tükenmişlik ve stresini azaltmak açısından bireyleri dinlendirmek ve kendilerine zaman ayırmalarını sağlamak için düzenli ve geçici bakım hizmetine dinlendirme bakımı denir. Ayrıca hemşireler ve yaşlı bakımı alanında uzmanlaşmış kişiler dinlendirme bakım hizmetinde yer almaktadır (*Koçer ve Uysal*, 2008, s. 124).

Emekliliğe Hazırlık Programı: Bu programın amacı, bireylerin emeklilik dönemine ilişkin olumlu tutum ve düşünceler geliştirmelerine, onların finansal, psiko-sosyal ve fiziksel yönden emekliliğe uyum sağlamalarına, emeklilik döneminde de üretken ve mutlu bireyler olmalarına yardımcı olmaktır (*Çakır ve diğerleri,* 2015, s. 224).

Yaşlı Bakımevi: İngilizce anlamı‘nursing home’ olan, öz bakım ve günlük yaşam gereksinimlerini yerine getirmekte güçlük çeken yaşlı bireylere yönelik yirmi dört saat esasına dayalı fiziksel destek ve küçük çaplı tıbbi bakım hizmeti veren kurum, yaşlı bakım evi olarak tanımlanmaktadır. Şifa yurdu olarak da isimlendirilen bakım evlerinde öz bakımını yapamayan, bağımlı ve bakıma muhtaç yaşlı bireyler kalmaktadır (*Danış,* 2015, s. 48).

Dinlenme Evleri (Rest Home): Yaşlı bireylerin sağlıkları bozulup, fiziksel hareketleri kısıtlandıkça tek başına bağımsız yaşamaları zorlaşmakta ve yaşlı konuk evlerinden başka ortamlara gereksinim duymaktadırlar. Bu ortamlar dinlenme evleri olarak adlandırılan kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Yaşlı ve güçsüzlüğü nedeniyle yaşlı bireylerin yalnız yaşayamaması durumunda barınma, yeme-içme,

ihtiyaçlarını karşılayan, sosyal yaşam olanaklarını sağlayan, yaşlılara toplu hizmet veren yatılı kurum, dinlenme evleri olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca buralarda yaşlıların ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetleri (ilaç tedavisi, yarabakımı, rehabilitasyon) verilmektedir (*Koçer ve Uysal,* 2008, s. 124).

Gündüz Bakım Merkezi (GBM): Kurumsal bakım merkezlerine gidişi geciktiren, sağlıklı ve güvenli bir ortam olmasının yanında sosyal katılımı da sağlayan gündüz bakım merkezi, maliyeti düşük bir hizmet modelidir. GBM, evinde yalnız yaşayan, kendisine bakamayan ya da bakıma muhtaç yaşlı bireylere ev dışında güvenli bir ortamda hizmet sunmaktadır. Özellikle de GBM, kronik hastalığı bulunan yaşlıların aile bireylerinin bakım yükünün azaltılmasına önemli katkı sağlamaktadır (*Oğlak*, 2011, s. 121-122).

Yaşlı Kulüpleri: Yaşlı bireyi alıştığı yaşam ortamından ayırmadan gereksinimlerinin karşılanması, yaşlı kulüplerinin amaçlarındandır. Evinde yaşamını sürdüren yaşlı birey, yaşadığı yere yakın bir yaşlı kulübüne gündüz saatlerinde gitmekte ve uzman kişilerin destek ve gözetiminde akranlarıyla beraber vakit geçirmektedir. Yaşlı bireyin çeşitli ihtiyaçlarıda burada karşılanmaktadır. Böylece yaşlı birey hem ev yaşantısından kopmamış hem de evde yalnız kalma ve bazı ihtiyaçların karşılanmaması gibi risklerden korunmuş olmaktadır (*Altan ve Şişman*, 2003, s. 22).

Yaşlı Köyleri: Bazı yaşlı bireyler için yalnızca akranlarıyla birlikte aynı yerde bulunma sosyal yaşam aktiviteleri üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Yaşlı köyleri, uzun yıllar çalışma hayatı ve emeklilikten sonra kendilerine doğal ve sakin bir ortam arayan diğer yaş gruplarıyla, toplumda ortak yaşamdan kaynaklanan sorunlardan uzaklaşmak isteyen yaşlıların tek kat müstakil ev ya da küçük kulübelerde akranlarıyla birlikte şehir merkezinden uzak, sınırları belirli, korumalı bir ortamda yaşamları sürdükleri küçük köylerdir (*Danış,* 2015, s. 51).

Akut Bakım Hizmetleri ve Sub Akut Bakım Hizmetleri: Kronik hastalığı bulunan ve tıbbi tedavi gerektiren yaşlı bireye sunulan hizmetler, akut bakım hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Akut bakım hizmetleri hastanelerin geriatrik ünitelerinde yer almaktadır. Bunun yanında günümüzde tek başına geriatri hastaneleri ile de karşılaşılmaktadır. Bu kurumlarda disiplinler arası anlayış içinde geriatri üzerine özel eğitim almış meslek elemanları çalışmaktadır. **Sub-akut bakım hizmetleri** ise ayrı

bir birim içinde, bazı bakım evlerinde sunulabilinmektedir. Çoğunlukla kısa süreli tıbbi ve hemşirelik bakımı gerektiren (kronik hastalıklar, post-operatif dönem gibi) yaşlı bireyler bu birimde tutulmaktadır. Aynı zamanda yaşlılar burada rehabilitasyon hizmetleri de almaktadır. Yaşlının en kısa sürede evine ya da yaşlı bakım evine dönmesini sağlamak bu hizmetin amacını oluşturmaktadır (*Önal Dölek,* 2012, s. 73).

Bellek Klinikleri: Demans ve alzheimer 65 yaş ve üstü bireyleri tehdit eden önemli sağlık sorunudur. Bellek klinikleri tam da bu noktada öne çıkan bir diğer hizmet modelidir. Demans kelimesinin getirmiş olduğu damgadan kurtulmak için bellek kliniği terimi kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu kliniklerin yalnız demanslı yaşlı bireyler için değil, belirgin bellek sorunu olan kişiler için de uygun olduğu söylenebilmektedir. Birçok bellek kliniğinde medikal, nöropsikolojik ve psikiyatrik değerlendirmenin yapılabileceği gibi laboratuvar testleri ve nöro görüntülemenin yapılacağı imkanlar da mevcuttur. (*Öz,* 2013, s. 4).

Yaşlı Apartmanları: Yalnız yaşamak zorunda kalan ve kurum bakımını istemeyen yaşlı bireylerin toplum içinde güvenli ve korumalı bir ortamda yaşamalarına yardımcı olabilecek diğer bir hizmet modeli ise yaşlı apartmanlarıdır. Yerel yönetimlerce hizmete sunulan modellerdir. Bu apartman sistemi, yaşlının kendi gereksinimini kendisinin karşıladığı, yaşadıkları dairelerin dışında ortak bir kullanım alanının olduğu, kendilerine destek amaçlı bu apartmanlarda çalışacak olan görevli personel için ayrılmış hizmet dairelerinin bulunduğu denetimli ve güvenlikli dairelerin bir arada yer aldığı sistemdir (*Sevil,* 2005, s. 159–160).

Güçsüzler Yurdu: Herhangi bir sosyal güvencesi, bakacak kimsesi ve gidecek yeri olmayan yoksul yaşlı ve diğer yaş grubundaki bireylere devlet desteğiyle bakım veren yatılı sosyal hizmet kurumu olarak adlandırılan güçsüzler yurdu, daha çok kimsesiz kadınlar, fakirler, engelliler gibi bakıma muhtaç kişilerin toplu halde bakıldığı asgari düzeyde hizmet sunan sistemdir (*Danış ,*2015, s. 48).

Evde Bakım: Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın devamlılığının etkin şekilde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve desteklemek amacını güden bakım sistemi, evde bakım hizmeti olarak adlandırılmaktadır (*Altuntaş ve diğerleri,* 2010, s. 154). Sağlık hizmetlerinde

bakımın devamlılığını sağlayan önemli bir model, evde bakım modelidir. Evde bakım hizmetleri; yaşlı, engelli, kronik hastalığı bulunan ya da iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama uyum sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan kişinin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve ailelere verilen psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri kapsamaktadır (*Taşdelen ve Ateş*, 2012, s. 23).

Huzurevi: Muhtaç yaşlı bireyleri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu bireylerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini gidermek amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşuna huzurevi denir (*Şenol ve Erdem,* 2017, s. 35).

Yaşlı Dayanışma Merkezleri: Bu merkezlere kayıtlı olan yaşlı bireyler için sohbet ve eğlence toplantıları düzenlenmekte, psikolojik danışmanlık, çeşitli konularda rehberlik, refakatçı temini, el becerilerine yönelik aktiviteler ve basit sağlık yardımları gerçekleştirilmektedir. Ayrıca yaşlı dayanışma merkezleri yaşlıların bir araya gelerek ortak ilgilerini ve sorunlarını paylaşabilmelerine, problemlerine beraber çözüm yollarını aramalarına, zamanlarını aktif şekilde geçirebilmelerine, yalnızlık duygusundan kurtulmarına ve gerektiğinde destek hizmeti almalarına fırsat sunmaktadır (*Delialioğlu*, 2009, s. 110).

Geriatri Gündüz Hastaneleri: Geriatri gündüz hastaneleri**,** 65 yaş ve üzeri bireylere sağlanan bir sağlık hizmetidir. Bu hastanelerin toplu aktiviteler için büyük bir alana, yaşlı bireyler için uygun tuvaletlere, banyolara ve günlük aktiviteleri kolaylaştıracak imkanlara sahip olması gerekmektedir. Doktor, hemşire, fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog ve iş uğraşı terapisti geriatri gündüz hastanelerinde görev alabilmektedir (*Önal Dölek,* 2011, s. 75-76).

2.7.1. Çeşitli Ülkelerde Yaşlılara Yönelik Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri

Yaşlı bireylere yönelik bakım hizmetleri ve bu kapsamda sosyal politika uygulamaları, **Avrupa'da** yaşlı nüfustaki artış ve yaşlı bireylerin yalnız yaşama ve muhtaç konumda olmaları sonucunda artan bir biçimde ilgi ve önem kazanmaya

başlamıştır. Avrupa Birliği'nde bu çerçevedeki hizmetler, "Ulusal sağlık hizmetleri" ve "Sağlık sigortası sistemleri" olarak iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Ulusal sağlık sisteminde, tek bir örgütsel bütünlük ve plan çerçevesinde, bütün nüfusu kapsayan ve vergilerle finanse edilen bir bakım hizmeti sağlanırken; sağlık sigortası sisteminde, bir dizi sosyal sigorta fonu yoluyla farklı mesleki gruplar üzerinde ve esas olarak primlerle finanse edilen bakım hizmetleri sunulmaktadır (*Taşcı,* 2010, s. 186-187). Sosyal sigortalar sistemi, bir devletin ne kadar gelişmiş olursa olsun bu devlette meydana gelen olağanüstü ve plan dışı bazı sosyal problemler karşısında yetersiz kalabilmektedir. Sosyal devletin bu gibi durumlarda sosyal güvenlik sistemi içinde diğer sosyal güvenlik yöntemlerini devreye koyması önem kazanmaktadır. Almanya bu gereksinimini Federal Sosyal Yardım Kanunu'nun sağladığı ve genellikle belediyeler tarafından yapılanan sosyal dairelerin mali ve idari denetimi altında yürütülen kamusal destek ve sosyal yardım programlarıyla karşılamaktadır. Fakat bireylerin kamusal sosyal yardım programlarından faydalanabilmeleri için, genel olarak sosyal ve maddi açıdan muhtaç durumda olmaları gerekmektedir. 01.01.1995 tarihinde, Almanya'da bu hususta ilk mevzuat düzenlemesi yapılmıştır. Bu tarihten itibaren 'Bakım Sigortası' ortaya çıkmıştır. Bakım hizmetlerini ise yemek hazırlamak, yemek yemek, yıkanmak, çamaşır ve bulaşık yıkamak gibi alışılmış ve yaşamın devam ettirmesi için gerekli olan günlük olağan ve sürekli devam eden eylem ve işlerde fiziksel, zihinsel veya ruhsal bir engeli sebebiyle yardıma muhtaç olan bireylere verilen hizmetler oluşturmaktadır. Bakıma muhtaç kişinin sosyal güvenlik ve gelir durumuna göre ayni ve nakdi yardımlar da bakım güvencesi kapsamında yer almaktadır. Almanya'da Sosyal Yardım Kanunu'na göre "hastalık ve ya sakatlıktan dolayı yardım ve bakım görmeksizin hayatını idame ettiremeyen" kişiler, bakıma muhtaç kişilerdir (*Şahin,* 2015, s. 60). Almanya'da bu bağlamda yaşlı bireylerin kanun çerçevesinde bakım hizmeti alma bakımından güvencelere sahip olduklarından söz edilebilinmektedir (*Taşcı,* 2010, s. 186).

ABD'de geriatri hastaneleri, hastanelerde geriatri bölümleri, yaşlılara hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve bakım yurtları mevcuttur. Burada hastane-bakım yurdu işbirliğinin gerçekleşmesi tedavi planının başarılı olmasına imkan sağladığı için bakım yurtları kanunen hastane başhekimliğine bağlanmaktadır. Yaşamını yaşlı birey evinde sürdürüyor ise evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır (*Şahin,* 2015, s.

61). Bu tür sağlık hizmetleri **İngiltere'de** çok gelişmiştir. Burada bölge bakım servisi, ihtiyaç duyulduğunda doktor sağlamakta ve hastaya tıbbi bakım hizmetini evinde sunmaktadır. Geriatrik uzun ve kısa tedavi hizmeti veren hastaneler ve bununla birlikte pek çok hastanede geriatri birimleri bulunmaktadır. Bu hastanelerin bazılarında psiko-geriatrik ve rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. İngiltere'de geriatri hastanelerinin yanında geriatri alanında uzmanlaşmış hekimler ev ziyaretleri de yapmaktadırlar. Bakım yurtları ise kronik hastalığı bulunanlar, hastalık ve tedavileri için uzun süre yatakta kalmaları gerekenler ve hastanelerde gerekli ameliyatları geçirenler ya da tıbbi bakım aldıktan sonra uzun bir nekahat dönemine ihtiyacı olan bireylerin kalacakları kurumlardır. Genel olarak İngiltere' de bakım yurtları, kronik hastalığı bulunan yaşlı kişilerin bakıldıkları yerlerdir ve bu yapılanmaların çoğu hastanelerin uzantısı olarak hizmet vermektedir (*Aydın,* 2005, s. 3).

Bakım hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunda kurumsal bakım hizmetleri yerine evde bakım hizmetleri **Almanya, Hollanda, Danimarka gibi Kuzey Avrupa** ülkelerinde tercih edilmektedir. Evde bakım hizmetinin tercih edilmesinin temel sebepleri ise bireylerin evlerinde bakımdan daha mutlu olmaları ve evde bakım masraflarının kurumsal bakım harcamalarına göre daha düşük düzeyde olmasıdır. Sosyal güvenlik sistemini vergilerden ayırdıkları sosyal güvenlik paylarıyla karşılayan Hollanda, Danimarka, İsveç, Birleşik Krallık gibi ülkelerde bakım hizmetleri kapsama dahil edilmiştir. Genel vergilerden finanse edilen sistemde bireyin gelirine ve bakıma muhtaçlık durumuna göre ücretli, ücretsiz ya da kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir. Bu yerlerde, bakım hizmetlerinde yerel yönetimler daha aktif görevler üstlenmektedirler. **Avusturya, Belçika, Fransa** gibi sosyal güvenlik finansmanının primlerle sağlandığı ülkelerde bakımla ilgili sağlık giderleri hastalık sigortası kapsamındadır. Fakat hizmetlerin bir kısmı ise vergilerden karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri harcamalarına değinildiğinde ise **OECD ülkelerinde** ortalama %8 civarında olduğu görülmektedir. Milli gelirin %2-3'ü sosyo-ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde sosyal bakım harcamaları için kullanılmaktadır. Sağlık ve sosyal bakım maliyetlerinin yüksek olması ve giderek artması karşısında kamu ve özel finansman yoluyla sağlık hizmetlerini de kapsayan karma bir sosyal bakım güvence sistemine doğru gidilmektedir (*EYH, 2013,* s. 10).

2.7.2. Türkiye'de Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri

Yaşlılara uygulanan hizmet programları **Türkiye'de** dünyadaki programlar kadar çeşitli olmasa bile bu programlar huzurevleri, yaşlı bakım merkezleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı dayanışma merkezleri tarafından yürütülmektedir (*Mancılık* ,2015, s. 25).

Toplumda herkese yönelik olarak sağlığı geliştirmeyi ve korumayı amaçlayan sağlık hizmeti, hastalık durumunda kişilere yönelik teşhis, tedavi, takip ve rehabilitasyonu uygulamalarını kapsamaktadır. Bu doğrultuda yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetleri zaman zaman kendilerine özgü nitelikler bulundurmakta ve bu nitelikler dikkate alınarak planlanmaları önem kazanmaktadır. Yaşlılık sürecinde yaşlı bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma şeklini ve sıklığını belirleyen etmenler; yaşlının kendine yönelik algısı, sağlık ve hastalık kavramlarına bakış açısıdır. Genel nüfus içindeki yaşlı bireylerin artışı ve diğer toplum kesimlerine göre daha fazla sağlık hizmeti tüketme ihtiyacı, hem kurumsal olarak tıbbın hem de bireysel olarak sağlık profesyonellerinin yaşlılara yönelik ilgisinin artmasına sebep olmuştur. Diğer yaş gruplarına göre, 65 yaş ve üzerinde olan kişiler sağlık kurumlarına daha çok başvurmaktadır. Yaşlılar ile daha genç erişkinler arasında hem hastalık süreci hem de sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından dikkat çeken farklılıklar bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin genç erişkinlere göre daha sık hastalandığı, daha fazla sayıda kronik hastalık ya da rahatsızlıkla yaşamak zorunda olduğu, hizmet almak için sağlık merkezlerine daha çok başvurduğu, sağlık kurumunda daha uzun süre bakım ve tedaviye daha fazla gereksinim duyduğu görülmektedir (*Can,* 2011, s. 21-22).

Yaşlı bireylere sunulan hizmetlere bakıldığında Türkiye'de iki alanda yürütülmektedir. Bu hizmetler; sağlık hizmetlerini de içinde bulunduran sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik hizmetleridir. Yaşlılara yönelik hizmetlerin önemli bir bütününü, belirli bir süre çalıştıktan sonra emeklilik aylığını almaya hak kazanmış kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanması oluşturmaktadır (*Arpacı,* 2005, s. 126-127). Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminden bahsedildiğinde ilk olarak akla sosyal sigorta sistemi gelmektedir. Sosyal sigortalarda bahsedildiğinde ise emeklilik sistemi veya

yaşlılık sigortası çağrışım yapmaktadır. Bu doğrultuda Türkiye'de yaşlılık/emeklilik sigortasından bahsetmek aslında bir bakıma sosyal güvenlik sistemini ifade etmektedir. Temelde belirli bir süre çalıştıktan sonra emeklilik aylığına hak kazanma ve sonucunda sosyal güvenliğinin sağlanması bu sisteme göre söz konusu olmaktadır. Bu durum ise; Anayasa'nın 60. ve 62. maddelerinin bir şartı ve "Sosyal Devlet" ilkesinin bir gereği olarak ifade edilmektedir (*DPT*, 2007).

Türkiye'de yaşlılara verilen hizmetler kapsamlı olarak incelendiğinde, yaşlı bireylere verilen sosyal hizmetlerin; huzurevleri, güçsüzler yurdu, yaşlı bakım evleri, yaşlı dayanışma merkezleri yoluyla sunulmakta olduğu bilinmektedir. Hizmetleri, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın vermekte olduğu hizmetler, sosyal güvenlik hizmetleri, özel sektörün, belediyelerin ve sivil toplum örgütlerinin vermekte olduğu hizmetler biçiminde ayırmak mümkündür.

633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlı bireylere yönelik hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları;

• 2001'de yürürlüğe giren Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği,

• 2008'de yürürlüğe giren Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği,

• 1987'de yürürlüğe giren Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik,

• 2008'de yürürlüğe giren, Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir (*T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,* 2014).

Türkiye'de bulunan huzurevleri ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın sunduğu hizmetlerin ağırlık noktasında bulunmaktadır. Özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylere, huzurevleri bünyesinde yer alan özel bakım bölümleri ile sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde hizmet verilmektedir (*Önal Dölek*, 2012, s. 96).

Türkiye'de Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı huzurevleri TÜİK 2015 verilerine göre toplamda 131 tanedir. Tablo 2.7.2.1'de ise Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı huzurevlerinin kapasitesine doluluk oranlarına ve bakılan kişi sayısına yer verilmiştir (*TUİK*, 2015).

Tablo 2.7.2.1. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevleri (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015).

	Huzurevi Sayısı	**Kapasite**	**Bakılan Kişi Sayısı**	**Doluluk Oranı (%)**
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevleri	131	13,391	12,202	91,1

TÜİK 2015 verilerine göre, dernek ve vakıflara ait 28 huzurevi bulunmaktadır. Azınlıklara ait huzurevleri ve özel huzurevlerinin sayısına, kapasitesine, bakılan kişi sayısı ve doluluk oranlarına Tablo 2.7.2.2'de yer verilmiştir (*TUİK*,2015).

Tablo 2.7.2.2. Özel Huzurevleri, Azınlıklara ve Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015)

	Huzurevi Sayısı	**Kapasite**	**Bakılan Kişi Sayısı**	**Doluluk Oranı (%)**
Dernek ve Vakıflara ait Huzurevleri	28	2324	1626	70,0
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508	355	69,9
Özel Huzurevleri	163	9061	6342	70,0

Türkiye'de diğer bakanlıklara bağlı toplam kapasitesi 570 olan toplam da 2 huzurevi varken, belediyelere ait toplam kapasitesi 2013 olan 21 ayrı huzurevi bulunmaktadır. Diğer bakanlıklara bağlı ve belediyelere ait huzurevlerinde bakılan kişi sayısı ve doluluk oranı Tablo 2.7.2.3'te gösterilmektedir (*TÜİK*, 2015).

Tablo 2.7.2.3. Diğer Bakanlıklara ve Belediyelere ait Huzurevleri (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015).

	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Kişi Sayısı	Doluluk Oranı (%)
Diğer Bakanlığa Bağlı Huzurevleri	2	570	566	99,3
Belediyelere ait Huzurevleri	21	2 915	2041	70,0

Tüm bunlara ek olarak 2013 yılında Türkiye'de toplam beş adet olmak üzere yaşlı hizmet merkezi bulunmaktadır. Bu hizmet merkezleri ve bu merkezlerde bulunan üye sayısı Tablo 2.7.2.4'teki gibidir (*T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,* 2014).

Tablo 2.7.2.4. Türkiye'de Bulunan Yaşlı Hizmet Merkezleri (T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014)

Yaşlı Hizmet Merkezleri (YHM)	Erkek	Kadın	Toplam
Ankara Emek YHM	37	172	209
Çanakkale YHM	190	23	213
İzmir Nebahat Dolman YHM	75	362	437
Eskişehir YHM	14	5	19
Kırıkkale Gün Işığı	181	7	188
TOPLAM	**497**	**569**	**1066**

Türkiye'de yaşlılara hizmet sunan kuruluşlar arasında belediyeler de bulunmaktadır. 1930 yılında yürürlüğü giren 1580 Sayılı Belediye Kanunu ile ilk kez kamu kuruluşu olan belediyelere bakıma muhtaç bireylerin korunması yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi isimleri ile yatılı yaşlı kurumları açılmıştır (*Barış ve Genç*, 2015 s. 44). Türkiye'de emeklilere ve yaşlılara sağlık, barınma, boş zamanı değerlendirme, beslenme ve ulaşım gibi bir takım hizmetleri belediyeler sunmaktadır (*Arpacı,* 2005, s. 130). Bu çerçevede belediyeler, yardıma muhtaç olan yaşlı bireylerin barınması için huzurevi yapmak, ücretsiz muayene ve ilaç yardımında bulunmak, gıda, yakacak, ev temizliği hizmetlerine destek olmak, belediye otobüslerinden indirimli ya da ücretsiz faydalanmalarını sağlamak gibi görevleri yerine getirmektedir. Kültürel ve ekonomik anlamda gelişmiş belediyeler ise seminer ve poliklinik hizmetleri, nakdi yardım, aşevinden evlere yemek dağıtımı, ambulansla evden sağlık hizmeti vermekte bunların yanında sinema ve tiyatro etkinlikleri, özel gün kutlamaları, davetlere katılım programları düzenlenmektedir (*T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,* 2015).

Türkiye'de muhtaç yaşlıların sosyal güvenliği '2022 sayılı 1977 yılında yürürlüğe giren "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'a göre ekonomik yoksunluk içinde bulunan; on sekiz yaşından büyük engelli bireyler ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu on sekiz yaşını tamamlamamış engelli yakını bulunan Türk Vatandaşlarına aylık bağlanmaktadır' şeklinde sağlanmaktadır. Bu politika "Sosyal Devlet" anlayışının bir örneğini oluşturmaktadır. Bu anlamda sosyal güvenlik sistemi hem muhtaç engellileri hem de muhtaç yaşlıları ilgilendirmektedir. Tablo 2.7.2.5'te TÜİK 2016 yılı verilerine göre, 2012 yılından 2015 yılına kadar bu aylıktan yararlanan yaşlı sayısı gösterilmektedir. Engelli Aylığı ya da 65 yaş aylığı üç aylık olarak verilmektedir. Aylığın miktarı özür oranına göre değişmektedir. Aylık alanların devlet hastanelerinde tedavileri kanuna göre ücretsiz yapılmaktadır (*T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,* 2014).

Tablo 2.7.2.5. Yaşlılık Yardımından Faydalanan Yaşlı Sayısı ve Yardım Tutarı

Yıl	Toplam Yaşlı	Yaşlılık Yardımından Faydalanan Yaşlı	Yardım Tutarı	Yaşlı Başına Düşen Ortalama Yardım Tutarı
2012	5,682,003	829,853	1,051,306,550	1,267
2013	5,891,694	690,071	991,335,998	1,437
2014	6,192,962	629,590	1,009,195,602	1,603
2015	6,495,239	601,793	1,275,183,231	2,119

Sağlık hizmetleri toplumun tam olarak katılımı ile kişiler ve aileler için ulaşılabilir, uygulanabilir, bilimsel ve toplumca kabul edilebilir, toplum ve ülke tarafından karşılanabilir bir maliyeti olan hizmetler olmalıdır (*Koçer ve Uysal,* 2008, s. 123). Bu doğrultuda Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerine (aile hekimliği) bakıldığında hastayı süreç içerisinde bir bütün olarak değerlendirmekte, hastanın sağlık sorunlarını daha iyi yönetmektedir. Birinci basamakta uzun vadeli hasta hekim ilişkisi geriatrik yaş grubu tarafından oldukça önemsenmekte ve yapılan çalışmalar zorunlu haller dışında yaşlı bireylerin aile hekimlerini değiştirmediklerini ortaya koymaktadır (*Tırpan,* 2010, s. 103).

Birinci basamak sağlık hizmetleri görevlerinden olan koruyucu bakımın amaçları ise, yaşlı bireylerde yaşa bağlı olarak değişiklik göstermektedir. 65-74 yaş grubunda yer alan yaşlılar için bu amaçlar; fiziksel, mental ve sosyal işlevlerini en üst düzeyde sürdürmelerini sağlamak, kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan sorunları en aza indirmektir. Bağımsız olarak yaşama yeteneğini sürdürmek, kronik durumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve aktivite kısıtlılığını, mental sıkıntıları azaltmak ve hastalıkların terminal evresinde hasta ve aileye emosyonel destek sağlamak ise 75 yaş ve üstü yaşlı bireylere sunulacak amaçlar olarak sıralanmaktadır. Yaşlılık döneminde sorunlarının belirlenmesi, izlenmesi ve çözüm yolunda daha iyi şartlar oluşturulması için yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin sağlam temellerde kurulması önem arz etmektedir. Ayrıca kayıtların doğru ve güvenilir

olması, yaşlı bireylerin başlıca ölüm nedenlerinin belirlenmesi ve koruyucu uygulamaların geliştirilmesi açısından da önemlidir. Sağlığın geliştirilmesi konusunda birinci basamağın alması gereken önlemlerin amacı herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, yaşlının genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmek olmalıdır (Kahveci ve diğerleri, 2015, s. 221). Birinci basamakta kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve taramalarının (kanser, kronik, gebe loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapılması yine aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları arasında bulunmaktadır (*Girginer,* 2011, s.100) .

Son yıllarda gelişen tıp ve yaşlanan dünyamız geriatrinin ayrı bir tıp disiplini olarak ortaya çıkmasına gereksinim gösterirken, yaşlı hastalar birinci basamak sağlık sunumunda gittikçe artan oranda yer almaktadır. Türkiye'de aile hekimliği, yaşlı nüfusta yapılan iki ayrı çalışmada ilk başvurunun yapıldığı kurum olarak bulunmuştur (*Tırpan,* 2010, s.103).

2.7.3. Kuzey Kıbrıs'ta Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri

Kuzey Kıbrıs'ta yaşlılara sunulan hizmetler incelendiğinde ise 2006 yılında çıkarılan yasayla birlikte bir adet özel huzurevi ve altı adet hizmet veren bakım evlerinin sorumlulukları düzenlenmiştir. Hizmetlerin yasaya uygun olarak yürütülmesi açısından özel huzurevleri Sosyal Hizmetler Dairesinin denetimi altına alınmıştır (*Konuşur,* 2014, s. 15).

K.K.T.C.'de yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumu devlet tarafından yürütülmektedir. Kurumsal hizmetler kapsamında yaşlılara yönelik devlete ait huzurevi ve rehabilitasyon merkezi, bakımevleri ve özel huzurevleri yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). 65 yaş üzeri bireylerde; yatalak olmamak, devamlı ya da yatarak tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyaç duymamak, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyaçlarını gidermesine engel olacak sakatlığı ya da bulaşıcı bir hastalığa sahip olmamak, ruhsal sağlığı yerinde olmak, uyuşturucu madde kullanmamak, tuvalet, yeme, içme gibi günlük yaşam aktivitelerini bağımlı olmadan yapabilecek durumda olmak koşulları huzurevine kabul edilirken aranmaktadır. Ekonomik yönden yoksunluk içinde olan kendisine yasal olarak

bakmakla sorumlu yakını bulunmayan ya da yasal olarak sorumlu yakını olup da ekonomik yönden güçlü olmayan yaşlılar, huzurevine ücretsiz olarak kabul edilip hizmet almaktadır. Ekonomik gücü yerinde olup sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilmektedirler. Ancak, huzurevinde ücretli olarak kalmaktayken sonradan ortaya çıkan olağanüstü bir sebeple gelir ve varlıklarını kaybedenler ve kendilerine yasal olarak bakmakla sorumlu yakını olmayanlar ücretsiz olarak kalmaya devam etmektedir (*Huzurevi Yasası,* 71/1989).

Kuzey Kıbrıs'ta yaşlı ve bakıma muhtaç kimsesiz bireylere hizmet verme amacını hedefleyen Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi ise ilk önce Kronik Hastalıklar Hastanesi adı ile Gönyeli'de 1988 yılında faaliyet göstermeye başlamış, 2004 yılında yeniden yapılandırılıp Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi olarak adlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi'ne bağlı olan merkezde aynı zamanda bakıma ihtiyaçlı hastaların moral ve motivasyonlarını artırmaya yönelik piknik, gezi, müzikli eğlence ve çeşitli faaliyetler düzenlenmektedir (*K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı,*2010).

Son yıllarda Kuzey Kıbrıs'ta belediyelerin büyük bir kısmı tarafından yaşlı bireylerin bakımına yönelik bir takım faaliyetler yürütmektedir. Örneğin**;** Gönyeli belediyesinin yaşlılara hizmet birimi üyelerine düzenli periyotlarda evde sağlık kontrolleri, bahçe temizliği, ev bakımı, geziler, acil ihtiyaçların giderilmesi vb. hizmetler sunmaktadır (*Gönyeli Belediyesi*, 2016). Tüm bunlara ek olarak Kıbrıs'ta bulunan belediyeler ev ziyaretleri, yaşam bulgularının takibi, psiko-sosyal değerlendirme, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, kuaförlük hizmetleri, geziler, anneler günü, babalar günü, yaşlılar haftası ve doğum günü kutlamaları gibi faaliyetlere de yer vermektedir (*Konuşur,* 2014, s. 2).

Yakın geçmişte, Kıbrıs Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi ve Lefkoşa Türk Belediyesi Sağlık Şubesi işbirliğinde Nisan 2014 tarihinde 'Yerinde Sağlık Hizmeti Projesi' uygulamaları başlamıştır. Yerinde Sağlık Projesi isimli bu uygulama sağlık hizmetlerine farklı nedenlerde erişemeyen bireylere bu hizmetleri onlara ulaştırarak yerinde sağlık hizmeti vermek ve koruyucu sağlık hizmetlerini ülkenin tüm bireylerine ulaştırmak amacıyla uygulamaya konulmuştur. Kapsamında ise öncelik, riskli bölgeler ve risk altında olan gruplara verilmiştir. (*Kıbrıs Sağlık Bakanlığı,* 2014). 2016 yılında Kıbrıs Sağlık Bakanlığı eğitim çalışmalarını hayata

geçirmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, toplumun acil durumlara müdahale edebilmeleri için gerekli ilk yardım sertifika programlarını yapmak, meme kanserinden korunmak, erken tanı koyabilmelerini sağlamak ve tarama yöntemlerinden haberdar olmalarını sağlamak seminerler vermek, yaşlı bireylerin sağlığı ve yaşlıya bakım konusunda çeşitli belediyelerle işbirliği yaparak evde bakım kursları düzenlemek, çocuklarının kanser farkındalığını artırmak ve kanserden korkmalarını önleyip vücutlarındaki en ufak değişikliği bile fark etmelerini sağlamak amacıyla çeşitli eğitim programları düzenleyerek bu eğitimlerin yürütülmesi ve organizasyonunun yapılması hususunda çalışmalar planlamıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda 2016 yılında evde bakım hizmetleri 8 bin 324 kişiye ulaştırılmıştır (*Sağlık Bakanlığı,* 2016).

Kıbrıs'ta bulunan on bölgede evde bakım hizmetleri yerel yönetimler ile beraber yürütülmektedir. Bu hizmetlerin verilmesi ile ilgili herhangi bir protokol bulunmamakta iken, 2016 yılında Gazimağusa Belediyesi ile ilk protokol imzalanmıştır. Kuzey Kıbrıs'ta bulunan Dipkarpaz, Yenierenköy ve Mehmetçik Belediyeleri ile ise bugün protokol imza aşamasına varılmıştır. Tüm bu gelişmelere ek olarak evde bakım hizmeti konusunda Lapta Belediyesi'nden gelen talep doğrultusunda 2017 yılında sertifika programı planlanmıştır. Ayrıca bu konu ile ilgili diğer belediyelerden gelen taleplerin değerlendirilip programlanacağı Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmıştır. (*K.K.T.C Sağlık Bakanlığı*,2016).

Kuzey Kıbrıs'ta sosyal güvenlik sistemi ise primlerle finanse edilen sosyal sigortalar ve vergilerle finanse edilen sosyal yardım ve hizmet programlarından oluşmaktadır. Kuzey Kıbrıs'ta çok ayaklı bir sosyal güvenlik sisteminden söz etmek mümkündür. Kendi işinde çalışanlar ve memurlar ile işçiler için farklı kapsamda ve yükümlülüklerle sosyal güvence ve sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan K.K.T.C. vatandaşlarının giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Kişinin uyruğuna ve sosyal güvencesine bakılmaksızın tüm acil sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Kamu sağlık kurumlarına başvuran hastalar ise ücret ödeme bakımından tam ücretli kategori, indirimli ücretli kategori ve ücretsiz kategori olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde KKTC'de, hastalar birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvurduklarında sigortalı olsalar bile belli miktarlarda ödeme yapmak zorundadır (*K.K.T.C-FOKUS,* 2010).

Ülkeden ülkeye yaşlı nüfusa yönelik hizmet sunumu farklılık göstermektedir. Toplumda sağlık politikaları ve sosyal politikaların şekillenmesinde yaşlı popülasyonundaki artış önem arz etmektedir (*Şahin ve diğerleri,* 2016, s. 65). Ülkeler yaşlı politikalarını sosyo-ekonomik düzey, sosyo-kültürel özellikler, yaşlı nüfus payı, yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları gibi pek çok etmene bağlı olarak oluşturmaktadır (*Yılmaz ve diğerleri*, 2013, s. 106).

Bugün doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına neden olmuştur. Artık bir sağlık girişiminin başarısı halsizlik ve yeti yitimi ile sadece o hastalığın yol açtığı ağrı değil, aynı zamanda bireyin psikolojik, bedensel ve sosyal iyilik durumu ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu durum ise yaşanılan yılların niteliği konusunu ön plana çıkarmış ve niteliğin en üst düzeyde olmasını hedefleyen "yaşam kalitesi" kavramının, toplumların ulaşmayı hedeflediği bir tanım haline gelmesini sağlamıştır (*Saygun ve Eser*, 2012, s. 66).

2.8. Yaşam Kalitesi

Kalite; bir insanın, nesnenin veya yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu ortaya koyan, bireyin başka şeylerden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen özelliği olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile, bir kimsenin entelektüel ve moral alandaki doğasını belirleyen nitelik özelliği kalitedir (*Perim*, 2007, s. 9). Yaşam kalitesi ise bireyin kendini geliştirmesi, bireysel yaşantısını zenginleştirmesi ve hedeflerine ulaşması ile ilgilidir. Yaşamdan alınan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi, kişilerin değerler ve kültür sistemi içinde kendi durumlarını algılayış şekli olarakta tanımlanabilmektedir. Yaşam kalitesi bireylerin fiziksel fonksiyonlarını, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkilerini, psikolojik durumlarını, çevreyle etkileşimlerini ve inançlarını kapsamaktadır (*Ekelik Gülgün,* 2014, s. 17-18). Günümüzde yaşam kalitesi kavramı günlük yaşamda ve tıp uygulamalarında sıkça kullanılan ve karşılaşılan bir kavramdır ve bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların belirgin bir şekilde arttığı görülmektedir (*Beğli,* 2016, s. 14).

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte kelime olarak araştırmacılar tarafından bireysel algı, yaşam doyumu, iyilik ve refah olarak

tanımlanmıştır. Ayrıca yazarlar yaşam kalitesinin değerleri temel alan ve dinamik, değişken, ölçümü yapılan içeriğe bağlı olarak değişim gösterdiğinden söz etmiştir. Bu kavramın tanımı yapılırken cevap, tahmin, ölçme, deneyim, değerlendirme gibi kişiye ve ilgili bireye özgü sözcüklere yer verilmiştir (*Ercan,* 2010, s. 8). Geniş bir kavram olan yaşam kalitesi kavramı; kişinin psikolojik durumu, fiziksel sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki özelliklerden etkilenmektedir (Karahan, 2016, s. 26). Ayrıca bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda iyilik algısı ile beraber yaşamından aldığı doyumu da kapsamaktadır (*Özer,* 2010, s. 27).

Yaşam kalitesinin bugüne kadar farklı birçok tanımı yapılmıştır. Fakat yaşam kalitesi kavramının evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımının olmadığını söylemek mümkündür. Bu durum ise kavramın tanımlanmasının ne kadar güç olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu doğrultuda tanım olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına başvurmanın doğru olacağı düşünülmektedir. Yaşam kalitesini Dünya Sağlık Örgütü "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" şeklinde tanımlamaktadır (*Özdemir,* 2015, s. 21). Bireylerin yaşam doyumu, mutluluğa ve memnuniyete ulaşması bu tanımların ortak noktasıdır. Yani kişi yaşadıklarından ne kadar memnun olur ise yaşam kalitesi de olumlu yönde etkilenecek ve artacaktır (*Kıvanç,* 2016, s. 10). Yaşam kalitesi kavramı, farklı insanlar için değişik anlamlar ifade etmektedir. Bireysel olarak ise sağlık, refah ve mutluluk tanımlarını içermektedir (*Kabadayı,* 2006, s. 17).

Yaşam koşulları düzeldikçe mükemmelliğe ulaşmak ve mükemmeli yakalamak arzusu neredeyse insanoğlunun var oluşuna kadar uzanmaktadır. Yaşantımızın nerdeyse her anında bu kavramla (politik ve ekonomik söyleşilerde, gazetelerde,televizyonlarda vb.) sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesi kavramının yaşanan ekonomik krizler, çevre kirliliği, büyük kent yaşamının problemleri olan yığılma, kalabalık ile sağlık sorunlarından eğitime kadar yaşamın pek çok alanı ile ilgili olduğunu söyleyebilmekteyiz (*Dilek,* 2008, s. 17). Tüm bu bilgilere ek olarak yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin dört ana alanda belirlendiği ifade edilmektedir. Bu alanlar (*Acar,* 2017, s. 19):

1-Kişisel içsel alan (inançlar, değerler, arzular, sorunlarla başa çıkma kişisel hedefler)

2-Kişisel sosyal alan (gelir durumu, toplumun tanıdığı olanaklar aile yapısı, iş durumu)

3-Dışsal doğal çevre alanı (su kalitesi, hava gibi)

4-Dışsal toplumsal çevre alanıdır (sosyal ve dini kurumlar, kültürel, toplumsal olanaklar, güvenlik, ulaşım, alışveriş, okul, sağlık hizmetleri gibi).

Sonuç olarak; bireylerin yaşam standartları, kazançları, isteklerine ulaşabilmeleri, mutlulukları, bağımsızlıkları, güvenlikleri, eğitimleri, yaşadıkları çevre, sağlıklı olmaları, kültürleri ve eğlenceleri gibi birçok faktör yaşam kalitesini belirleyen faktörler arasında yer almaktadır. Sağlığın ise genel yaşam kalitesi alanlarının önde gelen boyutlarından biri olduğu ve yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşam kalitesinin çoğunlukla sağlıkla ilişkilendirildiği görülmüştür (*Oğuz,* 2016, s. 5)

2.9. Yaşam Kalitesi'nin Tarihçesi

Yıllarca, kaliteli yaşamın ne olduğu filozofların tartışma konusu olmuştur. Mutluluğun, doyumun bir türü olduğu günümüzden 2000 yıl önce ifade edilmiştir. Bu ifade ise günümüzdeki yaşam kalitesi kavramını da kapsamaktadır. İlk dönemlerde mutluluk yalnızca başarı anlamında kullanılırken; bu kavram antik ve orta çağda bireyin en yüksek derecede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak algılanmıştır. 1900'lü yıllarda Taylor muayene ve düzeltme ile uzmanlaşmayı sağlarken, 1930 ve 1050 yıllarında ilk olarak Shewhant ve sonrasında Deming verimlilik çalışmalarıyla devam etmiştir. Bununla birlikte Deming, Juran ile birlikte planlama üstünde çalışmış ve sonraki yıllarda da Crosby ve İshikawa önleme ve insana yatırımın önünü açanlardan olmuştur. Sosyologlar tarafından iyi bir yaşama sahip olma anlamında kullanılmış olan yaşam kalitesi kavramı, hızlı bir şekilde sağlık bakım sistemi içinde de kullanılmaya başlanmıştır (*Gümüş,* 2017, s. 333).

1960'lı yıllara bakıldığında ise yaşam kalitesi kavramı kaynağını Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşanan siyasal olaylardan almış ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bunun günlük yaşama yansıması ise ekonomi ve sosyoloji alanlarının içinde olmuştur (*Yavuzçehreve Torlak,* 2008, s. 26). Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak iktisadi alanda ortaya çıkmıştır. İktisatçılar daha sonra yaşam kalitesini ekonomik yaşam düzeyi olarak incelemişlerdir. 1970'li yıllardan sonra ise kavram, sosyal bilimlere doğru ilerlemeye başlamıştır. Böylece yaşam

kalitesi kavramı yaşam biçimi olarak kullanılmaya başlanmıştır (*Kıvanç,* 2016 s. 11). Eğitim, gelir, sağlık ve barınma gibi yaşamsal faaliyetlerle yakından ilişkili olması bu amaçla kullanılmasının nedeni olarak gösterilmiştir. Ekonomistlerde Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında ilk kez bir gösterge olarak yaşam kalitesini kullanmışlardır (*Aktepe Coşar,* 2016, s. 21).

Yaşam kalitesiyle ilişkili yayınlar tıp kaynaklarında 1960'lı yıllarda ön plana çıkmaktadır. Bu yıllarda öncelikle insanlar temel, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamışlardır. Psikolojik ihtiyaçlarına sıra gelmesiyle psikologların yaşam doyumu boyutu 1970'li yıllarda gündeme gelmiştir. Psikoloji alanında 1970'li yıllarda yaşam kalitesi çalışmalarına önem ve ilgi artmış, psikologlar yaşam kalitesinin gelir, barınma gibi objektif durumların ötesinde gelir ve barınma durumundan, doyum bulup bulmama ile ilgili olduğunu ortaya koymuşlardır (*Demirkıran,* 2012, s. 19). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konulu ilk iki bilimsel makale ise 1960 tarihli Long'un "Yaşamın Kalitesi ve Kantitesi Üzerine" isimli makalesi ile 1966 yılında yayınlanan Elkington'un "Tıp ve Yaşam Kalitesi" isimli makaleleridir (*Edisan ve Kadıoğlu,* 2012 s. 77). Yaşam kalitesi kavramı, 1970'li yıllardan sonra da hemşirelik ve tıp alanında üzerinde çalışılan bir kavram olmuştur (*Kartal,*2016, s. 23). Bu doğrultuda yaşam kalitesini konu alan çalışmaların 1960'lı yıllardan günümüze kadar giderek arttığı belirtilmektedir (*Edisan ve Kadıoğlu,* 2012, s. 77).

Yaşam kalitesinin sosyal bilimlerde kullanılmasından etkilenen tıp bilimi,klinik karar vermenin kolaylaştırılması, sınırlı sağlık kaynaklarının dağılımı, bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesi amaçları ile çeşitli hastalık durumlarında farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğinin karşılaştırılmasında ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi araştırmaları yapmaktadır. Sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar son 20-25 yıldır tedavi yöntemlerinin hasta bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini deneme ve bireylerin iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan bir uğraş göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir olma çabaları sonuç vermekte ve giderek sağlık, ekonomi, toplumsal ve benzeri boyutlar bu araçların kapsamında bulunmaktadır (*Ekelik Gülgün,*2014, s. 16-17). Özetle yaşam kalitesi kavramı geçmişte felsefe ve sosyoloji alanında kullanılmış,

bugün ise popüler sinema, mimarlık, müzik, psikoloji ve sağlık alanında yaygın olarak kullanılmaktadır (*Erdoğan,* 2013, s. 13).

2.10. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Günümüzde sağlık alanındaki gelişmelerle yaşam süresi uzamış ve buna bağlı olarak sağlık bakımının amacı ise kişinin yaşam süresini uzatmak yerine bağımsızlığını, bilgi ve becerisini artırarak kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak olmuştur (*Karahan,* 2016, s. 26). Yaşam kalitesi kavramı genel olarak geleneksel işlevsellik ve sağlık kavramlarının tamamlayıcısı olarak görülmektedir (*Küpeli ve Yağcı Küpeli,* 2015, s. 369).

1948 yılında, DSÖ'ü sağlığı; 'yalnızca hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali' olarak tanımlamamıştır. Yaşam kalitesi kavramının sağlığa ilişkin iyilik halini ölçülebilmesi ile sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında önemi giderek artmıştır (*Ercan,* 2010, s. 9). Özellikle 20. yüzyılın son yarısından sonra Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) kavramı daha da önem kazanmaya başlamış ve sağlıkla ilgili çalışmalarda ulaşılan veri ve tedavi sonuçlarının değerlendirmesinde sıklıkla kullanılmıştır (*Beğli,* 2016, s. 15). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesi için geliştirilmiştir (*Yıldırım ve Hacıhasanoğlu,* 2011, s.64). Bireyin sağlık durumu, yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir. Bu sebeple günümüzde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının üzerinde önemle durulduğunu söyleyebilmekteyiz (*Yalın,* 2011, s. 5).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK), hasta bireyin sağlığından memnuniyeti ile ilgili öznel algısı olarak tanımlanmaktadır (*Eser ve diğerleri,* 2008, s. 410). Diğer bir tanımla SİYK, bir hastalığın ve tedavinin hasta bireyde oluşturduğu etkilerin hasta birey tarafından algılanışı olarak ifade edilmekte ve aynı zamanda YK'nin hastalıklar ile etkilenen yönünü içeren çok boyutlu bir kavram olarak ta kullanılmaktadır (*Yalın,* 2011, s. 32).

Yaşam kalitesinin bireyin yaşamıyla ilgili olan tüm iç ve dış etmenlere dair bir iyilik halini yansıttığı kabul edilmektedir. Sağlık ise iç etmenlerden en önemlisidir. Günümüzde ise sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin (SİYK) ölçeklendirilebilmesine yönelik birçok çalışma yapılmaktadır (*Reşadiyeli,* 2017, s.

33). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bütüncül olarak bir alt bileşenidir. Bu nedenle kavramlar birbirleriyle yakından ilişkilidir (*Ercan,* 2010, s. 9). Yaşam kalitesi ve SİYK kavramları bir görüşe göre birbirlerinden ayrılarak ele alınmalı iken, diğer bir görüşe göre ise aslında yaşam kalitesinin tüm boyutlarının SİYK'ni de belirlediği ve bu kavramların birbirlerinden ayırmanın imkansız olduğu ifade edilmiştir. Örneğin; gelir düzeyi, politik ortam, sosyal olanaklar, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde kullanılırken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde ayrı düşünmek genellikle bizi hataya uğratmaktadır. Çünkü bu maddelerin bir çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (*Acar,* 2017, s. 19). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; iki bileşeni bulunan iyilik durumudur. Bu bileşenlerden birincisi ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik durumunu temsil eden günlük faaliyetleri sürdürebilme kabiliyetidir. İkincisi ise işlem görme ve hastalıkların kontrol edebilme düzeyiyle birlikte hasta tatminidir. Kısaca, hasta bireyin hem içinde yaşamını sürdürdüğü kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem de kendi beklentileri, hedefleri, standartları ve kaygıları açısından yaşamındaki durumuyla ilgili algısıdır. Çoğunlukla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kriterleri tedavinin olumlu yönlerinin değerlendirilmesi, sağlık programları ve istatistiksel değerlendirme çalışmalarında kullanılmaktadır (*Kıvanç,* 2016, s. 12).

Teknolojinin ilerlemesiyle bugün sağlık alanında ciddi biçimde gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmelerle beraber kişilerin kronik hastalıkları bulunmasına rağmen teknolojinin ilerlemesine bağlantılı olarak daha uzun süre yaşama fırsatına sahip olmuştur. Bireylerin hastalıklarının arasındaki tedavi farklarındaki en önemli ayırım ise yaşam kaliteleri ve bunların hastalıkları üzerine etkisidir. Yaşam kalitesi, bu sebeple her yaş grubu birey için önem taşımaktadır (*Ahad,* 2016, s. 40-41).

2.11. Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık

Bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve yaşadıkları çevreden etkilenen karmaşık bir yapıya sahip olan yaşam kalitesi kavramı bireyin yaşamı ve işi, aile ve yakın akrabaları ile ilişkileri, kendi sağlığı, diğer yakın ilişkilerde bulunduğu insanların sağlığı, ekonomik durumu, konut, din, sosyal yaşam ve boş zaman aktivitelerine ilişkin tatminin subjektif değerlendirmesini yansıtan çok yönlü bir kavramdır (*Kanlıkara,* 2016, s. 254).

Teknolojik gelişmelere bağlantılı olarak dünyada yaşam süresinin uzaması, yaşlı popülasyonda artışa ve beraberinde ise yaşlılık kavramının önemine dikkat çekmiştir. Yaşlı bireylerin ev ve aile durumları, çalışma durumları, yaşamdan aldıkları zevk, sosyo-demografik özellikleri, engellilik, sağlık durumları, yaşadıkları mekan ve çevre gibi özellikler yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdir. Sadece yaşlılara özgü olmayan bu durumlar yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemlidir (*Aslan,* 2009, s. 3). Kronik hastalıklar ve engellilik yaşam süresi arttıkça doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu durum ise yaşlı kişilerin yaşam kalitelerine doğrudan etkide bulunmaktadır. Bunun yanında yakın kaybı, emeklilik süreci ile oluşan ekonomik kayıplar ve sosyal izolasyon yaşlıların sağlık ve yaşam kalitelerini dolaylı olarak etkilemektedir (*Öner,* 2014, s. 16).

Yaşlı kişilerin yaşam kalitesini gösteren çeşitli ögeler bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin ekonomik ve sosyal güvencesinin olması, güvenli ve konforlu bir ortamının sağlanması, itibar görmesi ve bunun yanında bireyselliğine saygı duyulması gerekmektedir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ise yaşlı ve diğer yaş grubundaki bireylerde hastalığın bulunmamasının yanında bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini içermektedir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kavramında birbiriyle ilişkili üç boyut bulunmaktadır. İlk olarak sosyal boyut, bireyin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne düzeyde ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını içermektedir. Bireyin enerji tüketerek günlük işlerinin ne kadar yerine getirebildiğini algılaması, fiziksel boyut ile ilgilidir. Psikolojik boyut ise anksiyete, depresyon, korku, kızgınlık ve mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları kapsamaktadır (*Bakar*, 2012, s. 3- 4).

2.11.1. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Belirleyen Unsurlar

Yaşlılar için yaşam kalitesi belirleyicileri; sosyal çevre, fiziksel/toplumsal çevre, yaşam biçimi, kişisel özellikler, sosyo-ekonomik faktörler, demografik özellikler, klinik durum, sağlık bakımı olarak sekize ayrılmaktadır. Konu ile ilşkili bilgiler Tablo 2.11.1.1'de detaylı olarak gösterilmektedir (*Kalınkara,* 2016, s. 258).

Tablo 2.11.1.1. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Belirleyicileri (Kalınkara, 2016, s. 258).

Sosyal çevre	Yaşam Alanları, Gizlilik, Sosyal Ağ, Sosyal Destek, Evlilik Durumu,Yaşam Olguları.
Fiziksel/Toplumsal Çevre	Konut Ünitesi-Fiziksel Düzenleme, Yaşlıların Kaynakları, Güvenlik, Yaşlılar İçin Toplanma Alanları, Eğlence Fırsatları, Ulaşım Fırsatları.
Yaşam biçimi	Egzersiz, Diyet Beslenme, Sigara İçme, Alkol Kullanımı, Manevi Pratikler, Aktivitelere Katılım.
Kişisel özellikler	Başa Çıkma Yeteneği, Değişime Uyum Yeteneği, Arkadaşlık, Yaşlanmaya Karşı Tutum.
Sosyo-ekonomik Faktörler	Çalışma Durumu, Ekonomik Durum, Gelir Meşguliyet.
Demografik Özellikler	Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Irk, Etnik Köken.
Klinik Durum	Medikal ve Mental Koşullar, Algısal Sınırlamalar, Fiziksel Bozulmalar
Sağlık Bakımı	İlaç Tedavileri, Prosedür, Terapiler, Bilgi Sağlama, Sağlayıcılarla İlişkilerin Biçimi, Tedavi Rejimi.

Yaşlıların foksiyonlarını korumak, bağımsız olmalarını sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmek temel hedefler içinde yer almaktadır. İleri yaştaki bireylerin cinsiyeti, günlük yaşam aktiviteleri, genel sağlık durumu, kronik hastalıkların sayısı ve kan basıncı kontrolü yaşam kalitesinin belirleyicileri olarak bulunmuştur. Fonksiyonlar ve fiziksel durumlarındaki küçük değişiklikler yaşlı birey ve bakıcılarının yaşam kalitesinde önemli farklılıklar oluşturmaktadır. Yaşla birlikte ağrı sıklığı da artma eğilimindedir. Bunun sonucunda oluşan fonksiyonel kısıtlılık, uyku bozukluğuna ve yaşam tatmininde azalmaya sebep olmakla birlikte bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir (*Kalınkara,* 2016, s. 259).

Yapılan çalışmalarda birden fazla boyutu olan yaşam kalitesinin ileri yaşla birlikte bozulmaya yatkın olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşlanma ile beraber meydana gelen fiziksel yetersizlikler, kronik hastalıklar, bilişsel bozukluklar ve ağrıların yanında emeklilikten sonra gelirin azalması, beslenme, bakım, yalnızlık, sosyal izolasyon, ayırımcılık, ihmal ve istismar ve yakınların kaybı gibi yaşlılık döneminde

oluşan bir takım sorunlar yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesinde önemlidir (*Yağcıoğlu,* 2013, s. 16).

2.11.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar

Yaşam kalitesinin birçok bileşeni mevcuttur. Bu bileşenler; sağlıklı bir çevre, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, fırsat ve cinsiyet eşitliği, temel ve yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) yerine getirebilme, saygınlık ve güvenlik olarak sıralanabilmektedir. Bireyin 'ben kaliteli bir yaşam sürüyorum' duygusuna, bu bileşenlerin birinin yokluğu bile zarar vermektedir. Yaşam kalitesi için 'sürdürülebilirlik' hem bir ön koşul hem de onun ayrılmaz bir parçasıdır. Yaşam kalitesi ve kalitedeki iyileşme hangi düzeyde olursa olsun sürdürülebilir olmalıdır. Aksi halde kalite düşecek ve durum gelecek kuşaklar için daha kötü olacaktır. Yaşam kalitesi bireylerin sosyal, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sağlanmaktadır (*Yücel*, 2008, s. 19).

Kişinin yalnızca onun öznel yaşam niteliğinden yola çıkarak yaşam kalitesini tespit etmek, mümkün olmamaktadır. Bireyin yaşam kalitesini belirlenirken içinde yaşadığı toplumdaki sosyal sistemler ile olan ilişki ve etkileşimini de göz önünde tutulmalıdır. Çünkü; insan biyo-psiko-sosyal boyutu olan, kültürel bir varlıktır. Birey davranışları ile çevresini etkilediği gibi içinde olduğu çevresel sistemlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle objektif ve sübjektif göstergelerin her ikisindende, yaşam kalitesini belirlerken faydalanılmaktadır. Eğitim, sosyal güvenlik ve ulaşım sistemleri, milli gelir, istihdam oranları, sosyal ve fiziksel çevre, tasarruf ve yatırımlar, beslenme biçimleri, güvenlik, sosyal olanaklar, boşanma ve suç oranları, serbest zaman değerlendirme olanakları, makro ekonomik göstergeler, yaşam düzeyi, yaşam koşulları, kentleşme oranı ve **sağlık** literatürde en sık karşılaşılan objektif yaşam kalitesi göstergelerindendir (*Yağcıoğlu,* 2013, s. 14-15).

2.12. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Yaşlılıkla İlişkisi

Kronik hastalıklar sebebiyle birçok yaşlı birey sağlık sorunları ve engellilik ile karşılaşmakta ve sonucunda ise yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenmektedir (*Kutsal ve Eyigör,* 2012, s. 49).

Yaşam kalitesi kavramı yaşlı kişinin olgu ve olaylara ilişkin öznel yorumunu kapsamaktadır. Kişilerin sağlık koşulları konusundaki algı ve değerlerinde sahip olduğu öznellik, kişilerin hayat hikayelerinin farklı olmasına sebebiyet vermektedir (*Görgün Baran,* 2008, s. 87). Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bozan faktörler arasında ise kronik hastalıklar, ağrılar, fiziksel yetersizlikler, bilişsel bozukluklar, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yer almaktadır (*Altay ve diğerleri,* 2016, s. 182).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üstü 633 kadın 431 erkek olmak üzere toplam 1064 yaşlı birey oluşturmaktadır. Örneklem hacminin hesabında yanılgı olasılığı 0.05 olarak alınarak, toplam 1064 kişiden 120 kişilik bir örnekleme ulaşılması gereği hesaplanmıştır. Yaşam kalitesi yönünden cinsiyetin önemli bir faktör olduğu yaklaşımı ile, evrendeki bireylerin kadın ve erkek oranı eşit olmadığı da göz önüne alınarak cinsiyete göre tabakalama yapılmıştır. Bu amaçla kadın ve erkekler ayrı ayrı listelenip numaralandırılmıştır. Örnek seçimi belediyenin hane halkı kayıtlarından yapılacağı için sonraki adım olarakta Sistematik Örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik örneklem gereği seçim aralığı 1064/120 sonucu yaklaşık 9 olarak hesaplanmıştır. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak kadın ve erkek listeleri için başlangıç değeri belirlenip bu değerden başlanarak, bu değere gelene kadar her 9 denekten birisi alınıp cinsiyete orantılı olarak toplam 120 kişi seçilmiştir. Araştırma Mayıs - Haziran 2018 tarihleri arasında 70 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplam 120 kişi ile gerçekleşmiştir. Yapılan anket çalışmasında deneklerin verdiği yanıtların tutarlı olup olmadığı ise ön test-son test yöntemiyle incelenmiştir. Yapılan kappa istatistiklerine göre ön test ve son test tutarlılık ilişkisi yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili bilgiler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Ölçekte Bulunan Soruların Kappa Değeri ve p Değeri

Sorular	Kappa Değeri	P Değeri
Doktora Ulaşım Durumu	0.86	**p<0.001**
Hareket kabiliyeti	0.94	**p<0.001**

3.2.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan tüm bireylerden genel ve ilgili bilgiler araştırmacı tarafından düzenlenen 'Genel Bilgiler' ve '15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği' olmak üzere iki ana bölümden oluşan anket formu kullanılarak "Teke Tek Yüz Yüze Görüşme Yolu ile Bilgi Toplama" ve "Konuyla İlgili Belgeler/Yayınlar Yoluyla Bilgi Toplama" yöntemleri ile elde edilmiştir. Çalışmada ayrıca "İstatistiksel Analiz Yöntemi" ve "Durum ya da Aksiyon Araştırması Yöntemi" kullanılmıştır.

3.2.1. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sintonen ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaşam kalitesi anketi 15 alt boyuttan oluşan genel sağlığa ilişkin bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Yaşam kalitesi anketi; hareket, görme, işitme, solunum, uyku, yemek yeme, konuşma, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu ve belirtileri, depresyon, sıkıntı, canlılık ve cinsel aktiviteyi sorgulamaktadır. Her soru 5 şıktan oluşmaktadır. Ankette birey şıklardan birini seçmekte ve puan hesaplanmaktadır. 1. şık en üst (en iyi) 5. şık en alt (en kötü) seviyeyi belirtmektedir. Dolayısı ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru 15 puan olan bireylerde yaşam kalitesi yüksek iken, total skoru 75 olan bireylerde yaşam kalitesi düşmektedir. Özetle; Total skor ortalaması yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi düşük iken, total skor ortalaması düşük olan bireylerin yaşam kalitesi yüksek olacaktır. Ölçek Akıncı ve arkadaşları tarafından Türkçe ye çevrilmiş ve Türk kültürüne uyarlanmıştır (*Akinci ve diğerleri,* 2005, s. 57).

3.3.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18.0 İstatistik Paket Programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel verilerin tanımlayıcı ölçütleri; aritmetik ortalama (x), standart sapma (S), ortanca ve alt-üst değerleri saptanmıştır. Verilerin dağılım özelliklerine göre parametrik ya da parametrik olmayan testlerle ilişki belirleyen istatistikler kullanılmıştır. Elde edilen nitel veriler veya nitel veriye dönüştürülmüş

bazı nicel veriler, sayı ve yüzde olarak belirtilerek uygun hipotez testleri uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri araştırmaya katılan Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin görüşleri ile sınırlıdır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik yönden değerlendirilmesi Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu (YADÜBADEK) tarafından yapılmış ve etik açıdan uygulanabilirliğine karar verilmiştir (EK 3).
Araştırmanın tanımlayıcı boyutundaki verilerinin toplanabilmesi için Gönyeli Belediyesinden gerekli yasal yazılı izin alınmıştır (EK 2). Araştırma kapsamına alınan belediye kayıtlı yaşlı bireylerden araştırmaya katılımı hususunda sözlü izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1'de bireylerin sosyodemografik ve ekonomik durumlarına göre dağılımları gösterilmektedir. Yarıdan fazlası (%58,3) kadın olan katılımcıların %41,7'si ise erkektir. Bireylerin eğitim durumu incelendiği %69,2'sinin ilkokul ve altı eğitim almış veya hiç eğitim almamış, %30,8'inin orta okul ve üzeri eğitim almış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Medeni durum incelendiğinde katılımcıların %65,8'i evli iken, %34,2'sinin dul olduğu saptanmıştır. %56,7'si memur, %11,7'si işçi, %9,2'si serbest meslek, %22,5'i ev hanımı olan bireylerin şuanki çalışma durumları sorgulandığı zaman %2,5'inin tam gün ücretli, %0,8'inin tam gün ücretsiz, %3,3'ünün yarım gün ya da belli bir süre ücretli çalıştığı, büyük bir kısmının ise (%93,3) çalışmadığı gözlemlenmiştir. Bireylerin %60'ı eşleri ile, %31,7'si tek başına, %8,3'ü ise diğer aile üyeleri ile yaşamaktadır. Büyük bir kısmı (%72,5) emekli aylığı ile gelir sağlamaktayken, %4,2'si çalıştığı iş yerinden maaş almakta, %10'u devletten sosyal yardım almakta ve %13,3'i diğer gelir kaynakları ile yaşamını sürdürmektedir.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımları

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	**50**	**41,7**
Kadın	**70**	**58,3**
Toplam	**120**	**100**
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	**83**	**68.2**
Ortaokul ve üzeri	**37**	**30.8**
Toplam	**120**	**100**

Tablo 4.1'in devamı

	n	%
Meslek		
Memur	**68**	**56,7**
İşçi	**14**	**11,7**
Serbest meslek	**11**	**9,2**
Ev hanımı	**27**	**22,5**
Toplam	**120**	**100**
Medeni Durum		
Evli	**79**	**65.8**
Dul	**41**	**34.2**
Toplam	**120**	**100**
Şuanki Çalışma Durumu		
Tam gün ücretli çalışanlar	**3**	**2,5**
Tam gün ücretsiz çalışanlar	**1**	**0,8**
Yarım gün ücretli çalışanlar	**4**	**3,3**
Çalışmayanlar	**112**	**93,3**
Toplam	**120**	**100**
Birlikte Yaşantı Durumu		
Evde yalnız	**38**	**31,7**
Eşiyle	**72**	**60**
Diğer aile üyeleri ile	**10**	**8,3**
Toplam	**120**	**100**
Gelir Sağlama Durumu		
Emekli aylığı	**87**	**72.5**
Çalışıyor	**5**	**4.2**
Diğer Gelir	**16**	**13.3**
Devlette Sosyal Yardım	**12**	**10**
Toplam	**120**	**100**

65 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyete göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırması Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2 incelendiğinde erkeklerin, görme kabiliyeti, hareket kabiliyeti, işitme kabiliyeti, yemek yeme durumu, konuşma kabiliyeti, rahat bozukluğu,

canlılık, sıkıntı ortalamaları kadınlara göre daha düşük bulunmuş, ancak aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Erkeklerde solunum, boşaltım, uyku durumu, normal aktiviteler, depresyon, zihinsel fonksiyon, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları incelendiğinde ise kadınlara göre düşük olduğunu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu söyleyebilmekteyiz (p<0.05). Sonuç olarak çalışmada, cinsiyet ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınlara göre 65 yaş ve üstü erkeklerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Cinsiyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet		
Bölümler		**Kadın (n=70)**	**Erkek (n=50)**	**p**
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.64 ± 0.97	1.36 ± 0.74	0.087
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.78 ± 0.81	1.62 ± 0.98	0.092
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.61 ±0.80	1.42 ±0.60	0.260
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.57 ± 0.79	1.26 ±0.48	**0.021***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.71 ± 0.74	1.48 ± 0.70	**0.050***
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.24 ±0.66	1.10 ± 0.46	0.105
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.34 ±0.61	1.14 ± 0.35	0.051
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.48 ±0.79	1.20 ±0.53	**0.015***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.62 ± 0.99	1.28 ± 0.67	**0.044***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.70 ± 0.80	1.20 ± 0.45	**0.000***
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.71 ± 0.66	1.58 ± 0.78	0.134
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	

Tablo 4.2'nin devamı

Bölümler		Cinsiyet		
		Kadın (n=70)	Erkek (n=50)	p
Depresyon	X̄ ± SD	1.57 ± 0.82	1.20 ± 0.45	**0.007***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.57 ± 0.80	1.40 ± 0.75	0.123
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.57 ± 0.82	1.36 ± 0.59	0.198
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.74 ± 1.69	2.96 ± 1.64	**0.015***
	Ortanca	5.00	3.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	25.90 ± 8.81	21.56 ± 6.26	**0.002***
	Ortanca	24.00	20.00	
	Alt-Üst	15.00-58.00	15.00-52.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.3'te 65 yaş ve üstü bireylerin Beden Kütle İndeksine göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları incelendiğinde boşaltım ve uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken (p<0.05), diğer değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 4.3. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin BKİ Sınıflandırmasına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		BKİ			
		Normal (n=34)	Hafif Şişman (n=61)	Şişman (n=25)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.67±1.12	1.37±0.75	1.68±0.85	0.186
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-4.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.91±1.02	1.55±0.78	1.84±0.89	0.131
	Ortanca	2.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.70±0.87	1.42±0.61	1.56±0.76	0.201
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.50±0.66	1.36±0.73	1.56±0.65	0.412
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-5.00	1.00-3.00	

Tablo 4.3'ün devamı

Bölümler		BKİ Normal (n=34)	Hafif şişman (n=61)	Şişman (n=25)	p
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.82±0.84	1.50±0.69	1.52±0.58	
	Ortanca	2.00	1.00	1.00	**0.044***
	Alt-Üst	1.00-4	1.00-3.00	1.00-3.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.35±0.73	1.09±0.53	1.16±0.47	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	0.131
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-3.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.38±0.65	1.21±0.45	1.20±0.50	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	0.269
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.41±0.70	1.22±0.62	1.64±0.81	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	**0.045***
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-4.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.67±1.14	1.39±0.82	1.44±0.58	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	0.321
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-3.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.61±0.69	1.34±0.60	1.68±0.94	
	Ortanca	2.00	1.00	1.00	0.070
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.70±0.71	1.50±0.71	1.76±0.72	
	Ortanca	2.00	1.00	2.00	0.551
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.55±0.78	1.32±0.67	1.44±0.71	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	0.319
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.58±0.82	1.36±0.75	1.70±0.79	
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	0.118
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-4.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.50±0.82	1.45±0.69	1.52±0.77	
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	0.932
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.55±1.72	3.36±1.71	3.36±1.75	
	Ortanca	5.00	4.00	4.00	0.851
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	26.02±10.17	22.60±6.88	25.08±7.32	
	Ortanca	22.500	21.000	24.000	0.113
	Alt-Üst	15.00-52.00	15.00-58.00	15.00-41.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.4' te 65 yaş ve üstü bireylerin eğitim durumlarına göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Bireylerin eğitim durumu ve 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları karşılaştırıldığında orta okul ve üzeri eğitim kişilerde hareket kabiliyeti, görme kabiliyeti, yemek yeme durumu, konuşma kabiliyeti, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, cinsel aktivite ve total skor ortalamasının ilkokul ve altı eğitim almış veya eğitim almamış bireylere göre daha düşük olduğu saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Sonuç olarak ise ortaokul ve üzeri eğitim almış kişilerin, ilkokul ve altı eğitim almış veya hiç eğitim almamış kişilere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

		Eğitim Durumu		
Bölümler		**İlkokul ve Altı (n=83)**	**Ortaokul ve Üzeri (n=37)**	**p**
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.67±0.97	1.18 ±0.56	**0.006***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.84 ± 0.95	1.43 ± 0.64	**0.019***
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.59 ± 0.78	1.40 ± 0.59	0.203
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.48 ±0.73	1.35 ± 0.58	0.344
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.63 ±0.77	1.56 ± 0.64	0.627
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.26 ±0.69	1.00 ±0.00	**0.023***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.36±0.59	1.02 ± 0.16	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.48 ±0.80	1.10±0.31	**0.007***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.59±0.95	1.24±0.68	**0.048***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.61±0.79	1.21±0.41	**0.005***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.71±0.69	1.54±0.76	0.230
	Ortanca	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.53 ± 0.75	1.16 ± 0.55	**0.009***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.55±0.752	1.35±0.85	0.169
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.56 ± 0.78	1.29 ±0.61	0.067
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	

Tablo 4.4'ün devamı

Bölümler		Eğitim Durumu		
		İlkokul ve Altı (n=83)	**Ortaokul ve Üzeri (n=37)**	**p**
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.62 ±1.67	2.94 ±1.71	**0.044***
	Ortanca	5.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	25.54 ± 8.82	20.83 ± 4.94	**0.003***
	Ortanca	23.00	20.00	
	Alt-Üst	15.00-58.00	15.00-35.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.5'te 65 yaş ve üstü bireylerin medeni durumlarına göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Bireylerin medeni durumu ve 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği karşılaştırıldığında hareket kabiliyeti, işitme kabiliyeti, uyku durumu, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu, cinsel aktivite ve total skor ortalaması evli bireylerde dul bireylere göre daha düşük bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Sonuç olarak total skor ortalaması düştüğü zaman yaşam kalitesi artacağından, evli bireylerin dul bireylere göre yaşam kalitesi daha yüksektir.

Tablo 4.5. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Medeni Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Medeni Durum		
		Evli (n=79)	**Dul (n=41)**	**p**
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.40 ± 0.82	1.75 ± 0.99	**0.027***
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.67 ± 0.94	1.80 ± 0.78	0.171
	Ortanca	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.41 ± 0.65	1.75 ± 0.83	**0.020***
	Ortanca	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.37 ± 0.703	1.56 ± 0.67	0.069
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
Uyku durumu	X̄ ± SD	1.48 ± 0.63	1.87 ± 0.84	**0.008***
	Ortanca	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	

Tablo 4.5'in devamı

Bölümler		Medeni Durum		
		Evli (n=79)	**Dul (n=41)**	**p**
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.16 ± 0.62	1.21 ± 0.52	0.205
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.20 ± 0.46	1.36 ± 0.62	0.091
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.31 ± 0.68	1.46 ± 0.74	0.208
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.39 ± 0.85	1.65 ± 0.93	0.057
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.34 ± 0.52	1.78 ± 0.93	**0.005***
	Ortanca	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-5.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.51 ± 0.63	1.92 ± 0.78	**0.004***
	Ortanca	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.36 ± 0.70	1.51 ± 0.74	0.184
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.50 ± 0.84	1.48 ± 0.67	0.745
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.41 ± 0.70	1.60 ± 0.80	0.157
	Ortanca	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.91 ± 1.69	4.39 ± 1.28	**0.000***
	Ortanca	2.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	22.49 ± 7.66	27.17 ± 8.16	**0.000***
	Ortanca	20.00	26.00	
	Alt-Üst	15.00-58.00	15.00-51.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.6'da 65 yaş ve üstü bireylerin daha önce uğraştıkları meslekleri ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları dikkate alınıp memur olan bireyler ile ev hanımları karşılaştırıldığında, ev hanımı olan bireylerin uyku durumu, konuşma kabiliyeti, rahat bozukluğu, depresyon, sıkıntı, canlılık ve total skor ortalamasının memurlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Total skorlar ayrı ayrı incelendiğinde ise, en iyi 22.72±5.96 (17.00-36.00) yaşam kalitesine sahip

olanlar serbest meslek ile uğraşanlar olmuştur. Bu skoru 22.79±7.47 (25.00-52.00) ile memurlar, 22.92±5.88 (15.00-32.00) ile işçiler izlerken, ev hanımlarının total skor ortalaması 28.51±9.99 (16.00-58.00) bulunmuştur. Sonuç olarak; sırası ile serbest meslek ile uğraşanların, memur ve işçilerin yaşam kalitesinin ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Daha Önce Uğraştıkları Mesleklerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Daha Önceki Mesleği				
		Memur (n=68)	İşçi (n=14)	Serbest Meslek (n=11)	Ev Hanımı (n=27)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.50 ±0.88	1.28±0.61	1.45±0.68	1.74±1.09	0.449
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.64±0.91	1.78±0.69	1.72±1.00	1.85±0.90	0.776
	Ortanca	1.00	2.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.48±0.70	1.35±0.63	1.45±0.68	1.77±0.84	0.238
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.35±0.56	1.35±0.49	1.45±0.68	1.70±0.99	0.161
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Uyku durumu	X̄ ± SD	1.47±0.70	1.57±0.64	1.54±0.52	2.03±0.80	**0.007***
	Ortanca	1.00	1.500	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.16±0.50	1.14±0.36	1.27±0.64	1.22±0.84	0.917
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.20±0.40	1.14±0.36	1.090±0.30	1.51±0.80	**0.027***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.32±0.65	1.21±0.42	1.363±0.50	1.55±0.97	0.426
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-5.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.39±0.84	1.42±0.51	1.18±0.40	1.85±1.16	0.084
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.42±0.71	1.42±0.51	1.27±0.46	1.77±0.84	0.115
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.51±0.61	1.92±1.07	1.54±0.52	1.92±0.72	**0.030***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.32±0.60	1.21±0.42	1.27±0.64	1.81±0.96	**0.010***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	

Tablo 4.6'nın devamı

Bölümler		Daha Önceki Mesleği				p
		Memur (n=68)	İşçi (n=14)	Serbest Meslek (n=11)	Ev Hanımı (n=27)	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.38±0.64	1.64±0.92	1.18±0.40	1.85±1.02	**0.025***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-5.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.14±0.69	1.28±0.46	1.18±0.40	1.88±0.93	**0.008***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-5.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.19±1.72	3.14±1.87	3.72±1.55	4.00±1.56	0.170
	Ortanca	3.00	3.50	5.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	22.79±7.47	22.92±5.88	22.72±5.96	28.51±9.99	**0.014***
	Ortanca	21.00	23.50	21.00	27.00	
	Alt-Üst	25.00-52.00	15.00-32.00	17.00-36.00	16.00-58.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.7'de 65 yaş ve üstü bireylerin birlikte yaşantı durumları ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Eşi ile birlikte yaşayan ve evde yalnız yaşayan bireyler karşılaştırıldığında eşi ile birlikte yaşayan bireylerde hareket kabiliyeti, zihinsel fonksiyon**,** rahat bozukluğu, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları evde yalnız yaşayan bireylere göre daha düşük bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Birlikte Yaşantılarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Birlikte Yaşantı			p
		Evde Yalnız Yaşayanlar (n=38)	Eşi ile yaşayanlar (n=72)	Çocukları ve aile üyeleri ile yaşayanlar (n=10)	
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.52±0.79	1.43±0.83	2.20±1.39	**0.038***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.73±0.82	1.68±0.93	1.90±0.87	0.758
	Ortanca	2.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.71±0.73	1.44±0.72	1.50±0.70	0.193
	Ortanca	2.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	

Tablo 4.7'nin devamı

Bölümler		Birlikte Yaşantı			
		Evde Yalnız Yaşayanlar (n=38)	Eşi ile yaşayanlar (n=72)	Çocukları ve aile üyeleri ile yaşayanlar (n=10)	P
Solunum	X̄ ± SD	1.52±0.06	1.34±0.60	1.80±1.31	0.103
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.78±0.74	1.52±0.73	1.60±0.69	0.208
	Ortanca	2.00	1.00	1.500	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.18±0.45	1.12±0.47	1.60±1.34	0.059
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.36±0.63	1.19±0.43	1.30±0.67	0.250
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.42±0.64	1.29±0.56	1.70±1.49	0.199
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.52±0.82	1.43±0.85	1.70±1.33	0.630
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.68±0.80	1.34±0.50	1.80±1.31	**0.023***
	Ortanca	2.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.86±0.77	1.51±0.64	1.90±0.73	**0.024***
	Ortanca	2.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.50±0.64	1.37±0.72	1.40±0.96	0.687
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.50±0.64	1.45±0.78	1.80±1.22	0.442
	Ortanca	1.00	1.00	1.50	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.50±0.72	1.41±0.70	1.90±0.99	0.155
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	4.05±1.55	3.01±1.68	3.90±1.79	**0.006***
	Ortanca	5.00	3.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	25.89±7.82	22.59±7.24	28.00±12.49	**0.035***
	Ortanca	24.500	21.00	22.00	
	Alt-Üst	15.00-52.00	15.00-51.00	19.00-58.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.8'de 65 yaş ve üstü bireylerin sosyal güvenceleri ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 4.8 incelendiğinde SSK'lı bireylerde yardım kartı kullanan bireylere göre, görme kabiliyeti, işitme kabiliyeti, konuşma kabiliyeti, zihinsel fonksiyon, depresyon, rahat bozukluğu, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları düşük bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Total skorlar ayrıntılı olarak incelendiğinde SSK'lı 23.22±7.73 (15.00-58.00) olan bireylerin yaşam kalitesi, sosyal güvencesi olmayan 25.20±4.08 (19.00-30.00) ve yardım kartı kullanan 31.083±9.49 (20.00-51.00) bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sosyal Güvenlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Sosyal Güvence			
		SSK (n=103)	Yardım Kartı (n=12)	Yok (n=5)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.50±0.90	1.91±0.90	1.00±0.00	0.132
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.67±0.86	2.25±1.05	1.20±0.44	**0.044***
	Ortanca	1.00	2.500	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.43±0.65	2.25±0.96	1.80±0.83	**0.001***
	Ortanca	1.00	3.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.46±0.67	1.58±0.66	1.80±1.09	0.358
	Ortanca	1.00	1.500	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Uyku durumu	X̄ ± SD	1.56±0.69	1.83±0.93	2.20±0.83	0.093
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.19±0.611	1.16±0.57	1.00±0.00	0.774
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.19±0.42	1.91±0.90	1.00±0.00	**0.000***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.33±0.69	1.75±0.86	1.00±0.00	0.082
	Ortanca	1.00	1.500	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-4.00	

Tablo 4.8'in devamı

Bölümler		Sosyal Güvence			
		SSK (n=103)	Yardım Kartı (n=12)	Yok (n=5)	P
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.43±0.88	2.00±0.95	1.20±0.44	0.088
	Ortanca	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Zihinsel fonksiyon	X̄ ± SD	1.42±0.66	2.00±1.04	1.60±0.54	**0.031***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.58±0.66	2.25±0.86	1.80±0.83	**0.008***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.33±0.67	1.91±0.79	1.80±0.83	**0.013***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.45±0.78	1.75±0.75	1.80±0.83	0.328
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.40±0.71	2.16±0.71	1.40±0.54	**0.003***
	Ortanca	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-2.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.25±1.73	4.33±1.37	4.60±0.89	**0.033***
	Ortanca	3.00	5.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	3.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	23.22±7.73	31.083±9.49	25.20±4.08	**0.005***
	Ortanca	21.00	31.50	26.00	
	Alt-Üst	15.00-58.00	20.00-51.00	19.00-30.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.9'da 65 yaş ve üstü bireylerin gelir sağlama durumlarına ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 4.9 dikkate alındığında, emekli aylığı bulunan bireylerde devletten sosyal yardım alan bireylere göre hareket kabiliyeti, konuşma kabiliyeti, işitme kabiliyeti, solunum, uyku durumu, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları daha düşük bulunmuş aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Sonuç olarak; bireylerin gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi total skor ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, en düşük yaşam kalitesine sahip olan 33.916±11.935(20.00-58.00) devletten sosyal yardım alan bireyler iken, bu grubu 25.750±6.159 (15.00-36.00) total skor ortalamasıyla diğer gelire sahip olanlar ile 22.574±6.999(15.00-52.00) emekli aylığı alanlar izlemiş ve en yüksek yaşam kalitesine sahip olan grup 21.600±3.646 (15.00-52.00) total skor ortalamasıyla çalışan kesim olmuştur.

Tablo 4.9. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Gelir Sağlama Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Gelir Sağlama				
		Emekli Aylığı (n=87)	Çalışanlar (n=5)	Diğer Gelir (n=16)	Devletten Sosyal Yardım (n=12)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.41±0.82	1.40±0.54	1.62±0.88	2.25±1.21	**0.022***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.66±0.89	2.00±1.41	1.68±0.70	2.00±0.85	0.575
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.44±0.67	1.00±0.00	1.75±0.77	2.08±0.90	**0.006***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.34±0.56	1.20±0.44	1.50±0.73	2.16±1.11	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Uyku durumu	X̄ ± SD	1.52±0.69	1.40±0.54	1.75±0.68	2.16±0.93	**0.028***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.11±0.44	1.20±0.44	1.31±0.60	1.50±1.24	0.149
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.17±0.37	1.00±0.00	1.25±0.44	2.00±0.95	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.28±0.60	1.00±0.00	1.37±0.50	2.08±1.24	**0.002***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-5.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.36±0.82	1.20±0.44	1.56±0.62	2.33±1.30	**0.004***
	Ortanca	1.00	1.00	1.500	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.40±0.67	1.20±0.44	1.56±0.51	2.16±1.02	**0.004***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.56±0.65	1.80±0.83	1.81±0.83	2.083±0.79	0.080
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.298±0.630	1.40±0.54	1.56±0.72	2.083±0.99	**0.003***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.41±0.74	1.60±0.54	1.50±0.63	2.08±1.16	0.051
	Ortanca	1.00	2.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.37±0.70	1.40±0.54	1.50±0.51	2.25±0.96	**0.002***
	Ortanca	1.00	1.00	1.500	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-4.00	

Tablo 4.9'un devamı

Bölümler		Gelir Sağlama				
		Emekli Aylığı (n=87)	Çalışanlar (n=5)	Diğer Gelir (n=16)	Devletten Sosyal Yardım (n=12)	p
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	3.17±1.71	2.80±2.04	4.00±1.50	4.66±1.15	**0.012***
	Ortanca	3.00	2.00	5.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	22.57±6.99	21.60±3.64	25.75±6.15	33.91±11.93	**0.000***
	Ortanca	21	22	26.500	34.500	
	Alt-Üst	15.00-52.00	17.00-27.00	15.00-36.00	20.00-58.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.10'da 65 yaş ve üstü bireylerin kullandıkları ilaç miktarına göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Tablo 4.10 incelendiğinde hareket kabiliyeti, görme kabiliyeti, işitme kabiliyeti, solunum, uyku durumu, konuşma kabiliyeti, boşaltım, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, zihinsel fonksiyon, depresyon, sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları hiç ilaç kullanmayan bireylerde 4 ve üzeri ilaç kullanan bireylere göre daha düşük bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Tablo 4.10. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Düzenli Olarak Kullandıkları İlaç Miktarı Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

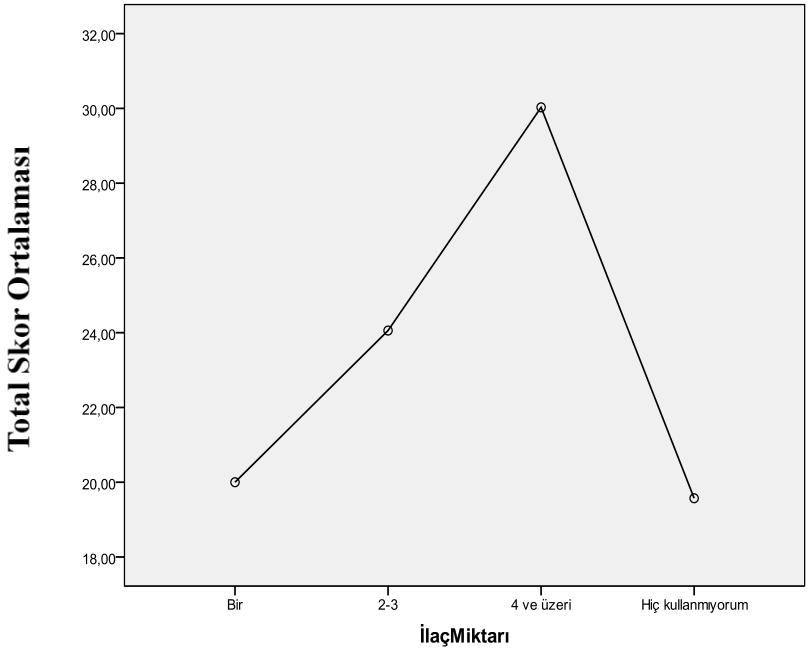
Bölümler		Düzenli Kullanılan İlaç Miktarı				
		Bir (n=21)	2-3 (n=35)	4 ve üzeri (n=36)	Hiç (n=28)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.09±0.30	1.51±0.85	1.97±1.15	1.28±0.59	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-3.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.23±0.43	1.91±1.01	2.05±0.92	1.39±0.68	**0.001***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.42±0.67	1.42±0.65	1.97±0.84	1.17±0.39	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	

Tablo 4.10'un devamı

Bölümler		Düzenli Kullanılan İlaç Miktarı				
		Bir (n=21)	**2-3 (n=35)**	**4 ve üzeri (n=36)**	**Hiç (n=28)**	**p**
Solunum	X̄ ± SD	1.28±0.56	1.42±0.60	1.75±0.87	1.17±0.47	**0.006***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	1.00-4.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.47±0.60	1.54±0.65	1.91±0.84	1.42±0.69	**0.028***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.04±0.21	1.22±0.64	1.33±0.82	1.03±0.18	0.149
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-2.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.14±0.35	1.31±0.52	1.44±0.69	1.03±0.18	**0.011***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.09±0.30	1.40±0.69	1.61±0.96	1.21±0.41	**0.031***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-2.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.00±0.00	1.45±0.81	2.02±1.18	1.17±0.39	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-2.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.19±0.40	1.45±0.50	1.94±0.98	1.17±0.39	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-2.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.38±0.58	1.60±0.60	2.16±0.77	1.28±0.46	**0.000***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.19±0.51	1.48±0.70	1.69±0.92	1.14±0.35	**0.006***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.19±0.51	1.57±0.77	1.91±0.96	1.10±0.31	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-2.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.28±0.46	1.40±0.55	1.97±0.99	1.10±0.31	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-2.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.95±1.71	3.31±1.87	4.25±1.22	2.82±1.70	**0.003***
	Ortanca	2.00	5.00	5.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	20.00±3.52	24.05±7.51	30.02±9.40	19.57±3.73	**0.000***
	Ortanca	19.00	22.00	28.00	19.00	
	Alt-Üst	15.00-30.00	15.00-52.00	18.00-58.00	15.00-28.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

*** p<0.05**



Şekil 4.1. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Düzenli Kullandıkları İlaç Miktarı Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Skorunun Karşılaştırılması

Şekil 4.1 incelendiğinde hiç ilaç kullanmayan ve ilaç kullanımı sadece 1 olan bireylerde total skor ortalaması düşük iken 2-3 arasında ilaç kullanan bireylerde total skor ortalaması yükselmekte 4 ve üzeri ilaç kullanan bireylerde ise total skor ortalaması ciddi artış göstermektedir. Bu doğrultuda 4 ve üzeri ilaç kullanan bireyler ile hiç ilaç kullanmayan bireyler kaşılaştırıldığında, 4 ve üzeri ilaç kullanan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmektedir.

4.11'de 65 yaş ve üstü bireylerin kaldıkları yerden (evden) memnuniyetlerine göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir. 65 yaş ve üstü bireylerin kaldıkları evden memnuniyet durumlarına göre çok memnun olan bireylerin hareket kabiliyeti, görme kabiliyeti, işitme kabiliyeti, solunum, uyku durumu, yemek yeme, konuşma kabiliyeti, boşaltım, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, zihinsel fonksiyon, depresyon, sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları hiç memnun olmayan bireyler göre daha düşük bulunmuş aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Kaldıkları Yerden Memnun Olma Durumlarına Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Kaldığı yer Memnuniyeti				
		Çok Memnunum (n=59)	Memnum (n=42)	Kararsızım (n=13)	Memnun Değilim (n=6)	p
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.22±0.67	1.62±0.98	2.00±0.00	2.66±1.63	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.500	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.45±0.72	1.80±0.91	2.15±0.80	2.66±1.36	**0.001***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.500	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.23±0.46	1.57±0.73	2.23±0.72	2.66±0.81	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.500	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	2.00-4.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.25±0.63	1.57±0.73	1.69±0.48	1.83±0.98	**0.023***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.50	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-3.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.33±0.51	1.69±0.71	2.00±0.40	3.00±1.26	**0.000***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	3.50	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.10±0.54	1.14±0.47	1.30±0.48	2.00±1.26	**0.003***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.500	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.18±0.37	1.16±0.37	1.92±0.49	1.83±1.16	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.500	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.25±0.65	1.26±0.58	1.92±0.64	2.00±1.26	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.500	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.27±0.73	1.45±0.80	1.84±0.55	3.00±1.67	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	3.500	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Zihinsel fonksiyon	X̄ ± SD	1.28±0.52	1.50±0.77	2.07±0.64	2.16±1.16	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.42±0.64	1.78±0.71	2.00±0.57	2.33±0.81	**0.001***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.500	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.23±0.65	1.38±0.58	2.00±0.70	2.16±1.16	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.45±0.89	1.35±0.57	1.76±0.59	2.33±0.81	**0.019***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.28±0.696	1.47±0.59	2.00±0.70	2.33±1.21	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.500	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.71±1.64	3.85±1.63	4.61±1.12	4.66±0.81	**0.000***
	Ortanca	2.00	3.00	5.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	3.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	20.66±6.47	24.6±5.79	31.53±5.86	37.66±14.69	**0.000***
	Ortanca	19.00	24.00	33.00	39.50	
	Alt-Üst	15.00-58.00	15.00-41.00	20.00-40.00	19.00-52.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

Tablo 4.12' de 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam memnuniyetleri incelendiğinde yaşantısından çok memnun olan bireylerin hareket kabiliyeti, görme kabiliyeti, işitme kabiliyeti, solunum, uyku durumu, yemek yeme, konuşma kabiliyeti, boşaltım, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, zihinsel fonksiyon, depresyon, sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamalarının yaşantısından hiç memnun olmayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.12. 65 ve Yaş Üstü Bireylerin Yaşam Memnuniyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Yaşam Memnuniyeti				
		Çok Memnunum (n=44)	Memnun (n=51)	Kararsızım (n=18)	Memnun Değilim (n=7)	P
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.11±0.38	1.47±0.90	2.16±0.78	2.85±1.34	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	3.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.40±0.65	1.86±1.02	1.88±0.83	2.14±0.89	**0.029***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.27±0.45	1.54±0.72	1.77±0.80	2.42±1.13	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	3.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.13±0.34	1.41±0.60	1.83±0.61	2.57±1.39	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	3.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.31±0.47	1.72±0.75	2.00±0.84	1.71±1.11	**0.003***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.04±0.21	1.09±0.45	1.33±0.59	2.28±1.49	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.04±0.21	1.19±0.40	1.833±0.78	1.57±0.78	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-2.004	1.00-3.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.20±0.46	1.25±0.59	1.66±0.68	2.42±1.51	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	

Tablo 4.12'nin devamı

Bölümler		Yaşam Memnuniyeti				
		Çok Memnunum (n=44)	**Memnun (n=51)**	**Kararsızım (n=18)**	**Memnun Değilim (n=7)**	**p**
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.09±0.29	1.50±0.88	2.00±1.08	2.42±1.51	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.25±0.48	1.41±0.53	1.94±0.87	2.42±1.39	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.36±0.61	1.72±0.75	2.00±0.59	2.14±0.69	**0.001***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.06±0.33	1.39±0.60	1.94±0.80	2.42±1.27	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	2.00-5.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.40±0.75	1.35±0.59	1.72±0.89	2.57±1.13	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	1.500	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.13±0.40	1.43±0.64	2.05±0.80	2.57±1.13	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.52±1.53	3.72±1.68	4.50±1.20	4.00±1.73	**0.000***
	Ortanca	2.00	5.00	5.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	19.36±3.71	24.11±6.41	30.66±7.91	36.57±14.58	**0.000***
	Ortanca	18.500	24.00	32.00	36.00	
	Alt-Üst	15.00-29.00	15.00-52.00	20.00-51.00	16.00-58.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

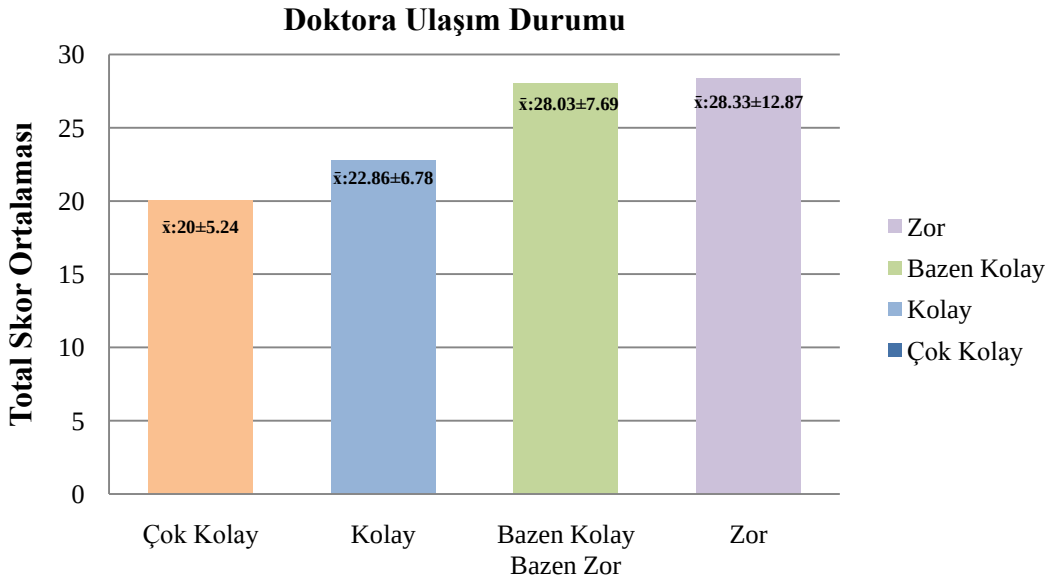
Tablo 4.13'te 65 yaş ve üstü bireylerin doktora ulaşım durumlarına göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

65 yaş ve üstü bireylerin doktora ulaşım durumlarına göre doktora çok kolay ulaşan bireylerin hareket kabiliyeti, işitme kabiliyeti, solunum, konuşma kabiliyeti, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, depresyon sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları doktora çok zor olan bireylere göre daha düşük bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.13. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Doktora Ulaşım Durumuna Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Doktora Ulaşım Durumu				
		Çok Kolay (n=31)	**Kolay (n=44)**	**Bazen Kolay Bazen Zor (n=33)**	**Zor (n=12)**	**P**
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.22±0.66	1.50±0.876	1.66±0.92	2.00±1.20	**0.052***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.48±0.72	1.75±0.86	1.96±1.07	1.50±0.67	0.135
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.38±0.55	1.36±0.65	1.90±0.80	1.50±0.90	**0.005***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.22±0.56	1.34±0.56	1.69±0.63	1.66±1.23	**0.020***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.38±0.55	1.56±0.72	1.78±0.73	1.91±0.99	0.070
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.06±0.35	1.11±0.38	1.30±0.68	1.41±1.16	0.169
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.00±0.00	1.22±0.56	1.54±0.56	1.25±0.62	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.32±0.70	1.22±0.47	1.54±0.75	1.50±1.16	0.228
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.12±0.49	1.45±0.79	1.66±0.92	2.00±1.47	**0.014***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-5.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.38±0.80	1.40±0.65	1.72±0.67	1.41±0.79	0.182
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.38±0.55	1.59±0.72	1.84±0.61	2.08±0.99	**0.008***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.16±0.45	1.27±0.450	1.69±0.76	1.83±1.33	**0.001***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.32±0.54	1.29±0.50	1.57±0.66	2.50±1.50	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.50	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-5.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.22±0.49	1.31±0.56	1.72±0.71	2.08±1.31	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.50	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-4.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.29±1.44	3.43±1.82	4.36±1.27	3.66±1.43	**0.000***
	Ortanca	2.00	5.00	5.00	4.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	2.00-5.00	
Total Skor	X̄ ± SD	20.00±5.24	22.86±6.78	28.03±7.69	28.33±12.87	**0.000***
	Ortanca	19.00	21.00	27.00	23.50	
	Alt-Üst	15.00-41.00	15.00-51.00	15.00-52.00	17.00-58.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**



Şekil 4.2. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Total Skor Ortalamalarına Göre Doktora Ulaşım Dağılımları

Şekil 4.2 incelendiğinde, doktora ulaşımı zor olan bireylerin doktora ulaşımı çok kolay olan bireylere göre total skor ortalamaları artış göstermektedir. Sonuç olarak doktora ulaşımı çok kolay olan bireyler ile çok zor ulaşan bireyler karşılaştırıldığında doktora çok kolay ulaşan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.14'te 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmeti memnuniyet durumlarına göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmeti memnuniyet durumlarına göre sağlık hizmetinden çok memnun olan bireylerin solunum, uyku durumu, normal aktivite, konuşma kabiliyeti, rahat bozukluğu, zihinsel fonksiyon, sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları memnun olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak ise sağlık hizmetinden memnun olan bireyler ve memnun olamayan bireyler karşılaştırıldığında sağlık hizmetinden memnun olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Hizmeti Memnuniyetlerine Göre 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Bölümler		Sağlık Hizmeti Memnuniyeti				
		Çok Memnunum (n=31)	Memnunum (n=41)	Kararsızım (n=15)	Memnun Değilim (n=33)	P
Hareket Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.35±0.95	1.41±0.89	1.73±0.96	1.72±0.80	0.240
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Görme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.54±0.88	1.75±1.01	1.73±0.79	1.81±0.76	0.660
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
İşitme Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.29±0.46	1.56±0.74	1.60±0.98	1.69±0.76	0.155
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-2.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Solunum	X̄ ± SD	1.19±0.74	1.39±0.62	1.46±0.74	1.72±0.62	**0.019***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Uyku Durumu	X̄ ± SD	1.32±0.54	1.53±0.74	1.80±0.94	1.90±0.67	**0.008***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Yemek Yeme Durumu	X̄ ± SD	1.16±0.73	1.09±0.49	1.33±0.61	1.24±0.56	0.541
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-3.00	
Konuşma Kabiliyeti	X̄ ± SD	1.12±0.42	1.21±0.41	1.13±0.35	1.48±0.71	**0.027***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-2.00	1.00-4.00	
Boşaltım	X̄ ± SD	1.38±0.84	1.19±0.55	1.46±0.83	1.51±0.66	0.245
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Normal Aktiviteler	X̄ ± SD	1.29±0.86	1.43±0.86	1.6±1.05	1.66±0.85	0.361
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-4.00	1.00-4.00	
Zihinsel Fonksiyon	X̄ ± SD	1.32±0.59	1.29±0.46	1.53±1.12	1.87±0.73	**0.002***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-2.00	1.00-5.00	1.00-4.00	
Rahat Bozukluğu	X̄ ± SD	1.29±0.52	1.65±0.76	2.00±0.84	1.84±0.61	**0.002***
	Ortanca	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Depresyon	X̄ ± SD	1.29±0.69	1.31±0.56	1.60±1.12	1.57±0.70	0.226
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Sıkıntı	X̄ ± SD	1.35±0.83	1.31±0.56	2.26±1.09	1.51±0.61	**0.000***
	Ortanca	1.00	1.00	2.00	1.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Canlılık	X̄ ± SD	1.22±0.66	1.34±0.52	1.73±1.09	1.73±0.73	**0.005***
	Ortanca	1.00	1.00	1.00	2.00	
	Alt-Üst	1.00-4.00	1.00-3.00	1.00-4.00	1.00-3.00	
Cinsel Aktivite	X̄ ± SD	2.25±1.54	3.53±1.67	3.40±1.63	4.36±1.31	**0.000***
	Ortanca	2.00	5.00	3.00	5.00	
	Alt-Üst	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	1.00-5.00	

Tablo 4.14'ün devamı

Bölümler		Sağlık Hizmeti Memnuniyeti				
		Çok Memnunum (n=31)	**Memnunum (n=41)**	**Kararsızım (n=15)**	**Memnun Değilim (n=33)**	**p**
Total Skor	X̄ ± SD	20.41±8.08	23.07±6.66	26.40±9.59	27.75±7.54	**0.001***
	Ortanca	19.00	22.00	23.00	27.00	
	Alt-Üst	15.00-58.00	15.00-52.00	16.00-49.00	17.00-51.00	

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
*** p<0.05**

15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği dikkate alındığında ölçekte toplam 15 bölüm bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1. şık en iyi değeri ifade ederken 5. şık en kötü değeri ifade etmektedir. Bu durumda total skor olarak en iyi yaşam kalitesine sahip birey 15 puan alacak iken, en kötü yaşam kalitesine sahip bireyler 75 puan almaktadır. Tablo 4.15 incelendiğinde Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ortalamasının 24.09±8.11 olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi total skor ortalaması 15'e yakın olduğundan Gönyeli Belediyesine kayıtlı yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin iyi olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 4.15. 65 Yaş ve Üstü Bireylerde 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Total Skor Ortalaması

	n	**Ortalama±Standart Sapma**
Yaşam Kalitesi Total Skor	120	24.09 ± 8.11

Hipotezlerin Analizi

Çalışmada cinsiyetler arasında 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 4.16 incelendiğinde yapılan çalışma sonucunda cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.16. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Ortalama±Standart Sapma	p
Kadın	70	25.90 ± 8.81	**0.002***
Erkek	50	21.56 ± 6.26	

*** p<0.05**

Çalışmada bireylerin yaşları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skor arasında herhangi bir fark olup olmadığını incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 4.17 incelendiğinde yaş ve total skor arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiş ($r=0.401$), bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.17. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Yaş Arasındaki İlişki

	Total Skor		
	n	r	p
Yaş	120	0.401	**0.000***

*** p<0.05**

Tablo 4.18 incelendiğinde 65 yaş ve üstü bireylerin (83) %69,2'sinin ilkokul ve altı eğitim almış veya hiç eğitim almamış (37), %30.8'inin orta okul ve üzeri eğitim almış olduğu belirlenmiştir. Çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin eğitim durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda eğitim grupları ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.18. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyleri	n	Ortalama±Standart Sapma	p
İlkokul ve altı	83	25.542 ± 8.828	**0.003***
Ortaokul ve üzeri	37	20. 837 ± 4.941	

*** p<0.05**

Yapılan çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin %65.8'i evli iken dul bireylerin oranı %34.2 bulunmuştur. Medeni durum ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi total skoru arasında anlamlı bir fark olup olmadığını analiz etmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda (Tablo 4.19), medeni durum ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.19. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Medeni Durum	n	Ortalama±Standart Sapma	p
Evli	79	22.49 ± 7.66	**0.000***
Dul	41	27.17 ± 8.16	

*** p<0.05**

65 yaş üzeri bireylerin gelirleri ve 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasındaki ilişkiye korelasyon analizi ile bakılmış ve iki başlık arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0.358). Sonuç olarak çalışmada gelir arttıkça total skor azalmaktadır. Total skor düştüğü zaman yaşam kalitesi artacağından; gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (p<0.05).

Tablo 4.20. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Gelir Arasındaki İlişki

	Total Skor		
	n	r	p
Gelir	120	-0.358	**0.000***

*** p<0.05**

Yapılan çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %56.7'sinin memur, %11.7'sinin işçi % 9.2'sinin serbest meslek ile uğraşanlar ve %22.5'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada bireylerin daha önceki çalışma durumları ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 4.21 incelendiğinde bireylerin daha önceki iş durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.21. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Daha Önceki Çalışma Duruma Göre Karşılaştırılması

Daha Önceki Çalışma Durumu	**n**	**Ortalama±Standart Sapma**	**p**
Memur	68	22.79±7.47	
İşçi	14	22.92±5.88	
Serbest Meslek	11	22.72±5.96	**0.014***
Ev Hanımı	27	28.51±9.99	

*** p<0.05**

65 yaş ve üzeri bireylerin daha önceki meslek grupları (Memur, İşçi, Serbest Meslek ve Ev Hanımı) arasında anlamlı bir fark tespit edilmesiyle birlikte

anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için çalışmada Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.21 (a) incelendiğinde yapılan Post Hoc testi sonucunda Memur-Evhanımı, İşçi-Evhanımı ile Serbest Meslek-Evhanımı grupları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$), diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunamadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.21. (a) Bireylerin Daha Önceki Çalışma Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları

Daha Önceki Çalışma Durumları	p
Mermur-İşçi	0,954
Memur-Sebest Meslek	0,979
Memur-Evhanımı	**0,002***
İşçi-Serbest Meslek	0,949
İşçi-Evhanımı	**0,033***
Serbest Meslek-Evhanımı	**0,041***

*** p<0.05**

Yapılan çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %72.5'inin emekli aylığı, %4.2'sinin çalıştığı % 13.3'ünün diğer gelir sağladığı ve %10'unun ise devletten sosyal yardım ile hayatlarını devam ettirdiği belirlenmiştir. Çalışmada gelir sağlama grupları ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 4.22 incelendiğinde gelir sağlama durumu ile 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği total skor ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.22. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gelir Durumu	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Emekli Aylığı	87	22.57±6.99	**0.000***
Çalışanlar	5	21.60±3.64	
Diğer Gelir	16	25.75±6.15	
Devletten Sosyal Yardım	12	33.91±11.93	

*** p<0.05**

Çalışmada gelir grupları (Emekli Aylığı, Çalışanlar, Diğer Gelir ve Devletten Sosyal Yardım) arasında anlamlı bir fark tespit edilmesiyle birlikte anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.22. (a) incelendiğinde yapılan Post Hoc testi sonucunda Emekli Aylığı-Devletten Sosyal Yardım alanlar, Çalışanlar-Devletten Sosyal Yardım alanlar ile Diğer Gelir ve Devletten Sosyal Yardım alan gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$), diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunamadığı saptanmıştır($p>0.05$).

Tablo 4.22. (a) Bireylerin Gelir Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları

Bireylerin Gelir Durumları	p
Emekli Aylığı-Çalışanlar	0,776
Emekli Aylığı-Diğer Gelir	0,119
Emekli Aylığı-Devletten Sosyal Yardım	**0,000***
Çalışanlar-Diğer Gelir	0,278
Çalışanlar-Devletten Sosyal Yardım	**0,002***
Diğer Gelir-Devletten Sosyal Yardım	**0,005***

*** p<0.05**

Çalışmada 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin birlikte yaşantı durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 4.23 incelendiğinde bireylerin birlikte yaşantı durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Tablo 4.23. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birlikte Yaşantı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Birlikte Yaşantı	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Evde Yalnız	21	25.89±7.82	
Eşi ile	35	22.59±7.24	**0.000***
Çocuk ve diğer aile üyeleri ile	36	30.02±9.40	

*** p<0.05**

Çalışmada birlikte yaşantı grupları (Evde yalnız, Eşi ile, Çocuk ve diğer aile üyeleri ile) arasında anlamlı bir fark tespit edilmesiyle anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.23. (a) incelendiğinde Evde Yalnız-Eşi ile ve Eşi-Çocuk ve Diğer Aile Üyeleri ile yaşayan gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş (p<0.05), diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunamadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4.23. (a) Bireylerin BirlikteYaşantı Durumları ile 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları

Bireylerin Birlikte Yaşantı Durumları	p
Evde Yalnız-Eşi ile	**0,041***
Evde Yalnız ve Çocuk-Diğer Aile Üyeleri İle	0,458
Eşi- Çocuk ve Diğer Aile Üyeleri ile	**0,046***

*** p<0.05**

Yapılan çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerin %17.5'inin 1, %29.2'sinin 2-3, %30'unun 4 ve üzeri ve %23.3'ünün ise hiç ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç miktarı ile göre 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç miktarı ve 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.24. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kullanılan İlaç Miktarına Göre Durumuna Göre Karşılaştırılması

Kullanılan İlaç Miktarı	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Bir	21	20.00±3.52	
İki-Üç	35	24.05±7.51	**0.000***
Dört ve Üzeri	36	30.02±9.40	
Hiç	28	19.57±3.73	

*** p<0.05**

Yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç miktarları arasında anlamlı bir fark tespit edilmesiyle anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için çalışmada Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.24. (a) incelendiğinde yapılan Post Hoc testi sonucunda, Bir-İki,Üç, Bir-Dört ve üzeri, İki,Üç-Dört ve üzeri, İki,Üç-Hiç, Dört ve üzeri-Hiç ilaç kullanmayan gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$), diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunamadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24.(a) Bireylerin Kullandıkları İlaç Miktarı Arasında 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Post Hoc Sonuçlarına Göre Farklarının Anlamlılıkları

Bireylerin Kullandıkları İlaç Miktarı	p
Bir– İki,Üç	**0,037***
Bir-Dört ve Üzeri	**0,000***
Bir-Hiç	0,832
İki,Üç-Dört ve üzeri	**0,000***
İki,Üç-Hiç	**0,013***
Dört ve üzeri-Hiç	**0,000***

*** p<0.05**

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üstü 120 bireyin; tanımlayıcı özellikleri, bazı sağlık özellikleri, memnuniyet durumları ile yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Araştırmada, yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, araştırma grubuna alınan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin (n=120) %41.7' sinin erkek, %58.3 'ünün kadın olduğu, %69,2'sinin ilkokul ve altı eğitim almış veya hiç eğitim almamış, %30.8'inin orta okul ve üzeri eğitim almış olduğu belirtilirken bireylerin %56,7'sinin memur, %11,7'sinin işçi, %9,2'sinin serbest meslek, %22,5'inin ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum incelendiğinde katılımcıların %65,8'i evli iken %34,2'sinin dul olduğu saptanmıştır. Bireylerin şuanki çalışma durumlarına bakıldığında ise %93,3'nün çalışmadığı ve %60'ının eşiyle birlikte yaşadığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.1).

Yaşam kalitesi ve yaşlılıkla ilgili çalışmalar incelendiğinde, Çubukçu'nun (2005) 'Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi' başlıklı araştırma kapsamına alınan yaşlıların, yapılan çalışma ile benzerlik göstererek %48.0'ini erkek, %52.0'sini kadın oluşturmaktadır (*Çubukçu,* 2005, s. 37).

Sözen'in (2014) 'Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği' başlıklı araştırma grubunun %49,5'inin erkek, %50,5'inin kadın, %66.5'inin evli, %3,5'inin okur yazar olmadığı, %27,5'inin ilkokul, %24'ünün lise ve %45'inin üniversite/yüksek okul mezunu olduğu saptanmış, bu bireylerden emekli olanlar %62,3 kişi ile en büyük grubu oluşturmuş, halen çalışıyor olanlar ise %8,0 katılımcı ile en küçük grubu oluşturmuştur (*Sözen,* 2014, s. 35-36-37).

Baysan'ın (2008) 'Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler' başlıklı çalışmasında ise halen çalışyor olan bireyler çalışmanın %3.0'ünü oluştururken, çalışmayan 65 yaş ve üstü bireylerin %61.9'luk bir oranı oluşturduğu saptanmıştır. Bununla birlikte bireylerin %37'si ilkokul

mezunu, %51.0'i ise evlidir. Birlikte yaşantı ele alındığında ise 65 yaş üstü bireylerin %39.9'unun eşi ile birlikte yaşadığı görülmektedir (*Baysan,* 2008, s. 58-59)

'Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi' başlıklı Arpacı ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada yaşlı bireylerin % 51.7'si erkek olup, yaş ortalaması, yapılan çalışma ile benzerlik göstererek 74.11±6.69'dur. Yaşlı bireylerin % 73.0'ü ilkokul mezunu ya da daha düşük eğitimli olduğundan, bireylerin daha çok ilkokul mezunu ya da daha düşük eğitimli olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada yaşlı bireylerin çoğunun gelir ve sosyal güvenceye sahip olduğu belirtilmektedir (*Arpacı ve diğerleri*, 2015 s. 4-9).

Gökulu ve arkadaşlarının (2014) 'Çanakkale Merkezindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kaltesini Etkleyen Faktörler' isimli araştırma kapsamına alınan yaşlıların %55.0'i kadın ve aynı zamanda %55.0'ini ise evli bireyler oluşturmaktadır (*Gökulu ve diğerleri,* 2014, s. 673).

'Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler' başlıklı Altay ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırma kapsamına alınan yaşlıların %50.7'sinin kadın, %83.7'sinin evli, %96.3'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu bulunurken, %40.0'nın ise eşiyle birlikte yaşadığı belirtilmiştir (*Altay ve diğerleri*, 2010, s. 30).

Araştırmada grubuna alınan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, incelenen çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmada yaşlı bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında erkek bireylerin genel olarak yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmistir. Erkeklerde bosaltım, normal aktiviteler, uyku durumu, konuşma kabiliyeti, rahat bozukluğu, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları 65 yaş üstü kadınlardan daha iyi olduğu sonucuna varlırken, çalışmada cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 65 yaş ve üzeri erkeklerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Dilek'in (2008) 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeğini'ini kullanarak 'Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' isimli yaptığı çalışmada

hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise erkek hastalarda hareket, bosaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak Dilek'in yaptığı çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (*Dilek*, 2008, s. 38).

Birtane ve arkadaşlarının (2000) 96 yaşlı bireyin yaşam kalitesine etki eden faktörleri inceledikleri çalışmalarında; yaşlı kadınların yaşam kalitesinin yaşlı erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (*Birtane ve diğerleri,* 2000, s. 14). Dönmez'in (2010) yapmış olduğu çalışmada kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (*Dönme*z, 2010, s. 46).

Coşkun Us'un (2014) 'Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti' başlıklı 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullandığı çalışmasında erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (*Coskun U*s, 2014, s. 67). Bu anlamda benzer araştırma sonuçları, bu çalışmayı destekler niteliktedir. Yaşlı kadınların yaşam beklentisinin artması nedeniyle kronik hastalık sıklığı daha fazladır ve kronik hastalık bireyin bağımsız yaşam sürmesini engellemekte ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (*Sarı, 2013, s. 47*).

Çalışmada bireylerin yaş ortalaması 72.23±6.28 olarak belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi ile Tablo 4.17 incelendiğinde yaş ve total skor arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.401$). Bu durumda bireylerin yaşı arttıça yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca yaş ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalıştır ve arkadaşlarının (2006) 'Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Katilerinin İncelenmesi' isimli çalışmalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı rapor edilmiştir (*Çalıştır ve diğerleri*, 2006, s.32). Aracay ve Pınar'ın (2004) 'Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' konulu çalışma incelendiğinde ise yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (*Aracay ve Pınar,* 2004, s. 8).

Yapılan çalışmalarda her yaş döneminde yaşam kalitesinin önemli olduğu belirlensede genel olarak yaşlılık dönemi yaşam kalitesi açısından daha fazla ele alınmaktadır. Çünkü genellikle yaşam kalitesinde düşüşün en yüksek olduğu dönem,

yaşlılık dönemidir. Bu dönemde rol ve statü kaybı, artan sağlık sorunları, emeklilik sonrası gelirin düşmesi, yalnızlık (eşin vefatı, çocukların evden ayrılması, anne babanın vefatı vb.), sosyal hayattan kopma, bilişsel becerilerin azalması, cinsel fonksiyonların azalması vb. hususlar yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (*Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu,* 2016, s. 140).

Çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerin Beden Kütle İndeksine göre, 15-D yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Gülmez'in (2013) yaptığı çalışmada çalışanların sosyo-demografik verileri ile WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki korelasyon incelenmiş ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($p<0.05$) (*Gülmez,* 2013, s.1). Dilek'in yaptığı çalışmada ise 15- D Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanılmış ve BKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (0(*Dilek,* 2008, s. 40). Özcan ve arkadaslarının (2005) geçeklestirdikleri çalısmalarında BKİ arttıkça yaşam kalitesi skorunun azaldıgını rapor edilmiştir (*Özcan ve diğerleri,* 2005, s. 5). Dönmez 'in 'Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler' isimli çalışmasında ise BKİ arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (*Dönmez,* 2010, s. 36).

Çalışmada ortaokul ve üzeri eğitim almış bireylerin yaşam kalitesi, ilkokul ve altı eğitim almış veya eğitim almamış bireylere göre daha yüksek bulunup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Işıklı ve arkadaşlarının (2007), 'Eskişehir Mahmudiye İlçesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' amacıyla WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi artıkça yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (*Işıklı ve diğerleri,* 2007, s. 7). Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan en önemli göstergelerden bir olan eğitim düzeyi, iş sahibi olma ve sahip olunan işin nitelikleri üzerinde etkilidir. Düşük eğitim düzeyi; işsizliğe, garantisi olmayan bir işe ve düşük ücret almaya neden olmaktadır. Bunun sonucunda maddi, sosyal ve psikolojik kaygılara sebebiyet verip, iyi bir yaşam kalitesine ulaşılabilirliği zorlaştırmaktadır (*Boylu Aydıner,* 2007, s. 4).

Çalışmada evli bireylerin yaşam kalitesi dul bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır

($p<0.05$). Coşkun Us'un (2014) yaptığı çalışmada evli bireylerin yaşam kalitesi dul bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (*Coskun Us,* 2014, s. 67). Acaray ve Pınar'ın (2004) yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesi bekarlarda evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (*Aracay ve Pınar,* 2004, s. 8). Soyuer ve arkadaşlarının (2006) 'Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler' isimli çalışmasında evli bireylerin yaşam kalitesi dul bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Evlilerde yaşam kalitesi puanlarının yüksek oluşu, aile bütünlüğü içerisinde destek sistemlerinin daha güçlü olması ve ekonomik yeterliliklerin daha iyi olması ile ilişkidir (*Soyuer ve diğerleri,* 2006, s. 160-169).

Çalışmada katılımcıların aylık gelir ortalaması 2982.05±1312.53 olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi ve yaşam kalitesi arasında kolerayon analizi yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak elde edilen bulgularla gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Dilek (2008) ve Oktik'in (2004) çalısmasında yaşlıların ekonomik düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oldugu tespit edilmistir ($p<0.05$). (*Oktik ve diğerleri,* 2004, s. 23). Koçoğlu ve Akın'ın (2009) 'Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi' başlıklı çalışmasında sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşam kalitesi için belirleyici olduğu saptanmıştır. (*Koçoğlu ve Akın,* 2009, s. 150). Çalıştır ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada ekonomik durum ile bireylerin yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir (*Çalıştır ve diğerleri,* 2006, s. 32). Torlak ve Yavuzçehre'nin (1999) yapmış oldukları 'Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine İnceleme' adlı çalışmada ise kişilerin gelirleri ile yaşamdan memnun olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*Torlak ve Yavuzçehre,* 1999, s. 37).

Literatürdeki incelenen çalışmalarda sosyoekonomik durum arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir. Bu anlamda sonuçların çalışmayı destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Sosyo-ekonomik durumu iyi olanların yaşam kalitesinin yüksek olmasının nedenleri arasında, sosyo-ekonomik düzey arttıkça sağlık bakımına daha kolay ulaşılabilmesi ve bireyin daha bağımsız davranılabilmesi yer almaktadır (*Sarı,* 2013, 49). Yapılan çalışmalarda maddi yeterliliğin yaşam memnuniyetini olumlu etkilediği, sağlık kuruluşlarından yararlanmayı arttırdığı, daha

iyi şartlarda yaşam olanakları sağladığı ve bu durumun yaşam kalitesini arttırdığı söylenmektedir (*Dilek,* 2008, s. 58).

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireylerin sosyal güvencesi olanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük bulunup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Altuğ ve arkadaşlarının (2009) yaptığı 'Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' isimli çalışmalarında benzer sonuca ulaşılmış ve sosyal güvencesi olmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlenmiştir (*Altuğ ve diğerleri,* 2009, s. 53).

Çalışmada eşiyle birlikte yaşayan bireylerin yaşam kalitesi yalnız yaşayan ve çocuk ve diğer aile üyeleri ile yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalıştır ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada yalnız yaşama durumunun yaşlı bireylerde yaşam kalitesini düsürdüğü belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımlarına bakıldığında en yüksek puanın eşiyle beraber yasayanlarda olduğu tespit edilmistir (*Çalıştır ve diğerleri,* 2006, s. 33). Eski'nin araştırmasında (1999) eşi ve çocukları ile yaşayanların yaşam kalitesi genel olarak yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (*Eski,* 1999, s. 86). Eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmasının nedeni, psikolojik yönden daha fazla desteklenmeleri ve aile içi rollerin paylaşılması olarak düşünülebilmektedir (*Dilek,* 2008, s.57).

Çalışmada ilaç kullannımı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Bağlama ve arkadaşlarının (2017) 'Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi?' isimli çalışmasında kullanılan ilaç sayısı arttıkça, yaşlının yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür (*Bağlama ve diğerleri,* 2017, s. 4). Acaroğlu ve Yılmaz'ın (2016) 'Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi' isimli çalışmasında ise, hastaların yarıdan fazlasının ilaçlarını düzenli kullandığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (*Acaroğlu ve Yılmaz,* 2016, s. 23).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen birçok faktörün arasında ilaç kullanımı da yer alamaktadır. Çoğunlukla birden fazla kronik hastalığın beraber bulunması ve her hastalık için farklı ilaçların kullanılması hastaların hekime baş vurmadan kendi

kendine başka ilaçlar ve bitkisel ilaçlar kullanma eğiliminde olması, ilacın tedavi süresi bittiği halde hala kullanımına devam edilmesi yaşlılık döneminde bu yaş grubundaki kişilerin sıklıkla çoklu ilaç kullanmalarına sebep olmaktadır. Bunun sonucunda ise yaşlılarda yaşam kalitesi azalmaktadır (*Bağlama ve diğerleri,* 2017, s. 2).

Sonuç olarak, 'Gönyeli Belediyesine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Bir Araştırma' konulu tez çalışması ile incelenen literatür araştırmalarının büyük bir kısmı, katılımcıların bireysel özellikleri ve ulaşılan sonuçlar bakımından benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gönyeli belediyesine bağlı 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek aynı zamanda yaşlı bakım gereksinimlerinin belirlemesinde rehber olacak öneriler gelistirmek amacıyla planlanan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmistir.

- Araştırma kapsamına giren Gönyeli belediyesine bağlı 65 yaş ve üstü bireylerin %58.3'ünü kadın bireyler %41.7'sini erkek bireyler oluşturmaktadır.

- Bireylerin yaşam kalitesi ortalaması 24.09±8.11 olarak belirlenmiştir. 15-D Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği dikkate alınarak ölçekte toplam 15 soru bulunmaktadır. 1. şık en iyi değeri ifade ederken 5. şık en kötü değeri ifade etmektedir (EK 1.). Bu durumda total skor olarak en iyi yaşam kalitesine sahip birey 15 puan alacak iken, en kötü yaşam kalitesine sahip bireyler 75 puan almaktadır. 15-D Yaşam Kalitesi Ölçeği total skor ortalaması 15 puana yakın olduğundan, Gönyeli Belediyesine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin iyi olduğunu söylenebilmektedir.

- Erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksektir.
- Bireylerin yaş ortalaması 72.23±6.28 olarak belirlenmiştir.
- Yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- Evlilerde yaşam kalitesi dul bireylerden daha yüksektir.
- Araştırmada eğitim durumu incelendiğinde %69,2'sinin ilkokul ve altı eğitim almış düşük eğitimli kişilerden oluştuğu belirlenmiştir.

- Ortaokul ve üzeri eğitim almış bireylerin yaşam kalitesi, ilkokul ve altı eğitim almış veya eğitim almamış bireylere göre daha yüksektir.

- Eşi ile yaşayanların yaşam kalitesi, evde yalnız yaşayanlardan daha yüksektir.

- Daha önceki çalışma durumuna bakıldığında ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre yaşam kalitesi daha düşüktür.

- Katılımcıların aylık gelir ortalamasının 2982.05±1312.53 olduğu belirlenmiştir.

- Gelir düzeyi arttıkça yasam kalitesi de artmaktadır.
- Bireylerde ilaç kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- Doktara kolay ulaşan bireylerin yaşam kalitesi, doktora zor ulaşan bireylerden daha yüksektir.

- Kaldıkları yerden (evden) memnun olan bireylerin yaşam kalitesi, memnun olmayan bireylerden daha yüksektir.

- Yaşantısından memnun olan bireylerin yaşam kalitesi, memnun olmayan bireylerden daha yüksektir.

- Sağlık hizmetlerinden memnun olan bireylerin yaşam kalitesi, memnun olmayan bireylerden daha yüksektir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sıralanmıstır;

- Ülkemizde yaşlı bireylerin özellikleri göz önünde bulundurularak yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik psikolojik destek girişimlerinin planlanması, onlara fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri doğrultusunda çeşitli girişimlerin (düzenli sağlık kontrollerinin yapılması, sosyal güvencesi olmayanların tedavi masraflarının karşılanması, yaşlı bireylerle umutları, istekleri ve gelecek düşünceleri hakkında konuşulması) uygulanması,

- Ülkemizde bulunan sağlık hizmeti merkezleri, hastaneler, evde sağlık hizmeti veren belediyeler vb. kurum ve kuruluşlarının yaşlılara sunacakları evde kısa ve uzun süreli bakım hizmetlerinin ileriye yönelik yapılandırması ve alternatif hizmet modelleriyle yaşlı bakımının sürdürülebilir olmasının sağlanması,

- Yaşlılarda kronik hastalıkların, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünerek toplumda kronik hastalıkları önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve erken yaşlarda bireyleri bu konularda bilinçlendirmek adına eğitimler düzenlenmesi,

- Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalıklarla ilgili olarak kullandıkları ilaçları doğru ve düzenli almalarının sağlanması,

- Yaşlı bireylerde gereksiz ilaç kullanımının mümkün olabildiğince önlenmesine dikkat edilmesi gerektiği,

- Doktora ulaşması güç olan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin durumu dikkate alındığında ülkede ulaşım alt yapısının sağlanması,

- Yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili daha çok saha çalışması yapılması önerilmektedir.

- Elde ettiğimiz tüm veriler doğrultusunda yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkili olan faktörlerin belirlenip, bu doğrultuda yaşam kalitesini artırmaya yönelik sağlık programlarının planlanması ve nüfusu artan yaşlı bireylerin toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlı nüfustaki yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Yaşam süresi uzadıkça artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkarıp, belirleyerek kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

Acaroğlu G. ve Yılmaz E. (2016). Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society, 22*(1), 17-25.

Acar B. M. (2017). Hastanemizde Nörometabolik Hastalık Tanısı ve Öntanısı ile Takip Edilen Çocukların Ailelerinde Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dr. Behçet Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Acaray P. ve Pınar R. (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.*C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,1*(1), 1-10.

Ahad, E. Y. (2016). Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Akçiçek, F., Akbulut, F. ve Fadıloğlu, Ç. Z. (2013). Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları.

Akdemir, N., Görgülü, A. G. Ü. ve Çınar, Y. H. F. İ. (2008). Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15*(1): 68-75.

Akıncı F., Yıldırım A., Ogutman B., Ateş M., Gözü H., Deyneli O., Aydar S., İşci E., Balcıoğlu L. ve Sayhan O. (2005). Translation, Cultural Adaptation, İnitial Reliability, and Validation Of Turkish 15D's Version: A Generic Health-Related Quality Of Life (Hrqol) İnstrume. *Evaluatıon & The Health Professıons, 28*(1), 53-66.

Aktepe, Coşar, D. (2016). Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Altan, Ö. Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. *Kamu-İş Dergisi;7*(2), 1-35.

Altay, B., Gönener, H. D., İslam, K. ve Göv, P. (2010). Fizik Tedavi Alan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi, 16*(2), 29-35.

Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *TAF PrevMedBull, 15*(3), 181.

Altınel, M. ve Akçakaya, A. A. (2012). Yaşlılık ve Göz. *Okmeydanı Tıp Dergisi, 29*(2), 110-115.

Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., ve Çavlak, U. (2009). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2*(1), 48-60.

Altuntaş, M., Yılmazer, T., T., Güçlü, Y. A. ve Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 20*(3), 153-158.

Altuntaş, O. ve Kayıhan, H. (2015). Ev Düzenlemelerinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 26(1), 1-13.

Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Ankara.

Arpacı, F., Tokyürek, Ş. ve Bilgili, N. (2015). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 8*(1), 1-11.

Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı, Türk Geriatri Derneği ve Gazi Üniversitesi, Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Sunu Metni.

Aslan, D., Şengelen M. ve Bilir N. (2008). Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar.*Geriatri Derneği Eğitim Serisi*, Ankara.

Aslan, M. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *1*(1), 53-62.

Aydıner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, *8*(15), 137-150.

Aykaç, M. ve Yertüm, U. (2017). Yaşlanmanın Emek Piyasalarına Etkisi: G8 Ülkeleri Örneği. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 169-170.

Bağlama, S. S., Bakır, E., Köleoğlu, Ş., Dişli, E. ve Çırak, K. (2017). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*,1-5.

Bakar, N. (2012). Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.

Başıbüyük, A. (2005). Doğu Anadolu Bölgesinde Nüfusun Cinsiyet ve Yaş Yapısı. *Doğu Anadolu Coğrafya Dergisi,10*(14), 67-95.

Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 154-165.

Baysan, P. N. (2008). Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler,Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Baysan, N. P. (2008). Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Manisa.

Beğli, S. (2016). Hafif ve Orta Derecede Zihinsel Engeli Olan Çocukların Annelerinin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi Kontrol Grubu ile Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Bekaroğlu, M. (1991). Yaşlılık Döneminin Ruhsal Sorunları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 1*(1), 1-4.

Bengi, G., Yalçın, M. ve Akpınar, H. (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji, 18*(2), 181-197.

Bilir, N. (2004). Yaşlanan Toplum. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD,1*,1-6.

Birtane, M., Tuna H., Ekuklu G., Uzunca K., Akçı C. ve Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi,* 3(4):141-145.

Boylu Aydıner, A. (2007) . Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif Subjektif Göstergelerin İncelenmesi,Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bulduk, E. Ö. (2014). Yaşlılık Ve Toplumsal Değişim. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 182*(182), 53-60.

Can, R. (2011). Tıp Etiği Çerçevesinde Geriatri ve Gerontoloji Alanlarında Umut Yönetimi, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Canatan, A. (2008). Toplumsal Değerler ve Yaşlılar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1*(1), 62-71.

Chentli, F.,Azzoug, S. ve Mahgoun, S. (2015). Diabetes Mellitus in Elderly. *Indıan Journal of Endocrinology and Metabolism, 19* (6), 744-752.

Coşkun Us, N. (2014). Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17*(1),59-75.

Çakır, Ö., Çınar, E. ve Denizli, U. (2015). Emeklilik Hazırlık Programlarının, Emeklilerin Yaşam Kalitelerini Geliştirmedeki Rolünün Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 3*(3), 223-232.

Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H. ve Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Katilerinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics, 9*(1), 30-33.

Çelebi, Ç. D. ve Yüksel, M. Y. (2014). Yaşlılık Ve Yaşlılara Sunulan Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamalarına Bir Bakış. *Kalem Dergisi, 4*(2), 175-202.

Çetin, H. (2009). Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Çubukcu S. (2005). Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Çuhadar, S. G. ve Lordoğlu, K. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye'de Yaşlanma ve Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi,5*(4), 63-80.

Danış, Z. M. (2015). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. İstanbul, Nar Yayınevi.

Delialioğlu, M. (2009). Hımaye-I Etfal Cemiyeti ve Eğitim Boyutu. Yüksek Lisans Tezi,Gazi Üniversitesi, Ankara.

Demircioğlu, S. ve Bilgin, A. U. (2017). Yaşlılarda Kanser ve Egzersiz. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Medicine-Special Topics, 3*(2), 102-105.

Demirkıran, S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Devlet Planlama Teşkilatı (D. P. T.) (2007). Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. *Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.*

Dilek, F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi,Trakya Üniversitesi, Edirne.

Dönmez G. (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yüsek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Edisan, Z. ve Kadıoğlu, G. F.(2012). 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi, Sözlü Bildiri.

Ekelik Gülgün F. (2014). Hemşire ve Ebelerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Ercan, N. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Erdoğan, A. A. (2016). Yaşlılık Döneminde İşitme Kaybı ve İşitme Kaybına Yaklaşımlar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10*(1).1-8.

Erdoğan, Z. (2013). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatli, G., Özyurt, B. C., Özcan, C. ve Ravens-Sieberer, U. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(4), 409-417.

Eski S. (1999). Miyokart Infarktusu Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

EYH. (2013b). Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı Ankara: EYHGM.

Eyüpoğlu, C., Şişli, Z. ve Kartal M. (2012). Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu .*Turkish Family Physician, 3*(1), 18-22

Genç, Y. ve Barış, İ. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi,*3 (10), 36-57.

Girginer, M. (2011). Birinci Basamak ve Yaşlı Sağlığı, Türkiye'de Güncel Durum. *Konuşma Metni*, Antalya.

Gökçe, Kutsal, Y. ve Eyigör, S. (2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar. *Yaşlı Sağlığı,* 48-59.

Gökkoca, F. Z. ve Baharlı Etiler, N. (1999). Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları. *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, 3*(4), 1-4.

Gökulu, G., Uluocak, Ş., Aslan, C., ve Bilir, O. (2014). Çanakkale Merkezindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of International Social Research, 7*(34). 666-677

Gönyeli Belediyesi (2016). http://www.gonyeli.org/yaslilara-hizmet-birimi-hizmetlerine-devam-ediyor/ Erişim: 18.05.2018.

Görgün, Baran, A. (2008). Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, *1*(2), 86-97.

Güleç, D. (2011). Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Gülen, M., Aktürk, A., Acehan, S., Seğmen, M. S., Açıkalın, A. ve Bilen, A. (2013). Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *22*(3), 393-407.

Gülmez, H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care (TJFMPC),* 7(4):74-82.

Gümüş, S. (2017). Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, Araştırma İnceleme ve Deneyimler). Hiperlink Yayınları.

Günsoy, G. ve Tekeli, S. (2015). Nüfusun Yaşlanması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, *48*(1), 35-87.

Hoca, M. (2016). Kıbrıs Gazimağusa'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Tarzı, Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

Işıklı, B., Kalyoncu, C. ve Arslantaş, D. (2007). Eskişehir Mahmudiye'de 35 yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, *26*(3), 7-12.

İkitimur, B. (2017). Yaşlılarda Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, *45*(5), 32-34.

İlhan, N., Arpacı, S., Havaoğlu, D., Kalyoncuoğlu, H. ve Sarı, P. (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Clinical and Expermental Health Science,6*(2),56-65.

K.K.T.C Sağlık Bakanlığı (2016). http://www.saglikbakanligi.com/html_files/yayinlar/icraatlar/SaglikBakanligi_2016_icraatlari.pdf Erişim: 02.03.2018.

K.K.T.C Sağlık Bakanlığı (2016). http://www.saglikbakanligi.com/html_files/yayinlar/icraatlar/2014_icraatlari.pdf Erişim: 02.03.2018.

K.K.T.C. Devlet Planlama Örgütü (2011). KKTC Nüfus Sayımı.http://www.devplan.org/nufus-2011/nufus%20ikinci_.pdf Erişim: 02.03.2018.

Kabadayı, A. (2006). Yaşam Kalitesi ve Kullanıcı Memnuniyetinin Kentsel Tasarımdaki Etkisine Çok Boyutlu Yaklaşım. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Kahrıman, A. (2014). Türkiye'de Sosyal Koruma Kapsamında Yaşlılık ve Yaşlılıkla İlgili Uygulanan Politikalar. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

Kahveci, R., Ayhan, D., Özsarı, H. ve Özkara, A. (2016). Sağlıklı Yaşlanma Sürecinde Birinci Basamak Hizmetlerinin Rolü ve Önemi, *Türk Tıp Dergisi, 7*(3), 208-212.

Kalınkara, V. (2016). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi: Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

Kaptanoğlu, Y. A. (2015). *Yaşlı Sağlığı*. İstanbul: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Karahan, S. (2016). Yanık Hastasının Yaşam Kalitesinin Bakım Verenin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Kartal, T. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Eskişehir İl Merkezinde Yaşayan Gebelerde Anemi ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Keskin, A. O., Uncu, G., Tanburoğlu, A. ve Adapınar, D. Ö. (2016). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar. *Tıp Dergisi, 38* (1), 75-82.

Kıvanç, Ç. (2016). Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Kızılarslanoğlu, U., D., Kılıç, K., Özsürekci, C., Köklü, H. ve Ülger, Z. (2013). Geriatri Bilim Dalı Olan Bir Üniversite Hastanesinde Geriatri Tanınma Oranları. *İç Hastalıkları Dergisi, 20*(1), 135-140.

KKT.C. Devlet Planlama Örgütü (2017), İstatistik Yıllığı., K.T.TC Devlet Basımevi.

KKTC Sağlık Bakanlığı (2010), Kurumsal ve Fonksiyonel Analiz. FOKUS.

Koçer, A. G. A. ve Uysal, A. (2008). Yaşlılara Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Evde Bakım. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *4* (13), 121-128

Kolcu, M. ve Ergün, A. (2017). Yaşlılarda Hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi,1*(1), 17-23.

Konuşur Serinsu, L. (2014). K.K.T.C.'de Belediyelerin Yaşlı Bakım Hizmetleri İle İlgili Faaliyetlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

Köroğlu, C. Z. ve Köroğlu M. A. (2015). Mekânın Dönüşümü Ve Yaşlılık Üzerine: Kentleşme ve Yaşlılık Olgusu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *8*(41), 812-821.

Kurban, N,. K., Zencir, M., Kartal, A. ve Şahiner, T. (2010). Alzheimer Hastalığı Olan ve Olmayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, *3*(1-2), 34-43.

Kurt, G., Y., Beyaztaş, F. ve Erkol, Z. (2010). Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, *24(2)*, 32-39.

Kutsal, Y. G. (2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. *Türk Geriatri Derneği,* 9-15.

Küpeli, B. ve Küpeli, S. (2015). Çocukluk Çağı Kanserleri ve Yaşam Kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *24*(3), 368-389.

Mancılık, A. (2015). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Müracaatçı Olarak Yaşlılarla Çalışma ve Yaşlılara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*,*49*(3), 39-45.

Mutlu, Z. (2012). Yaşlı Bireylerde Yaşam Tatmini ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Oğlak, S. (2011). Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri. *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*,*13*(4), 115-130.

Oğuz, Ö. (2016). Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Oğuz, T. (2007). Yaşlıda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Oktik, N., Bozyer, Ü., Durdu, Z., İrez, G., Kökalan, F. ve Top, A. (2004). Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği. Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla.

Önal, D. B. (2012). Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım. *Klinik Gelişim Dergisi*, *25*(1), 95-99.

Önal, D. B. (2011). Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Öner, C. (2014). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine Special Topics*, *5*(3), 15-18.

Öz, S. C. (2013). Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Ders Notları.*

Özcan A, Donat H, Gelecek N, Özdirenç M, Karadibak D. (2005). The Relationship Between Risk Factors For Falling And Quality of Life in Older Adults. *British Medical Journal Public Health.* 5(90), 1-6.

Özcan, M. (2010). Aktif Yaşlanmaya Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Özdemir, İ. (2015). Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı Tedavisi Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi,Tekirdağ.

Özer, E. ve Kapucu, S. (2013). Yaşlılarda Görülen Yetersiz Beslenme ve Risk Faktörleri. *Akad Geriatri Dergisi, 5*(1), 5-11.

Özer, S. (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Geriatri Dergisi,* 13(3), 27-35.

Özişler, Z., Ünsal D., S., Özel, S., Şahin Onat, Ş., Yılmaz Şahin, A. ve Dolmuş, M. (2015). Yaşlılarda Osteoporoz Farkındalığı: Yaşlılarımız Nerede?. *Türk Osteoporoz Dergisi, 21*(2), 69-72.

Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Edirme.

Rakıcı, C. ve Yılmaz, T. Z. (2016). Sosyal Güvenlikte Demografik Dönüşüm ve Türkiye'ye Yansımaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 7*(18), 64-90.

Reşadiyeli G. (2017). Kocaeli İli 65 Yaş ve Üstü Grubunda Tekrarlayan Baş Ağrısı Prevalansı İle Baş Ağrılarının Neden Olduğu Yaşam Kalitesi ve Sosyal Kayıpların Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3), 105-114.

Sarı, E. (2013). Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Sevil, H. T. (2005). Yaşlılığın Sosyal Anatomisi. Ankara: SABEV Yayınları.

Seyyar, A. (2006). Değişen Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Politikalar İstanbul. Değişim Yayınları.

Softa, H. K., Bayraktar, T. ve Uğuz, C. (2016). Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 9*(1),1-12.

Soner, S. ve Aykut S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ,3*(2), 375-387.

Soyuer, F., Ünalan, D. ve Öztürk, A. (2006). Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 13*(3), 152-167.

Sönmez, S., Temel, A. B. ve Vural, A. G. B. K. (2007). Yaşlılarda Beslenme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Balıkesir İli Göçmen Konutları Beldesi Örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 3*(12), 33-46.

Sözen, F. (2014). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği.Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

Şahin, H. (2015). Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Şahin, S., Boyacıoğlu, H., Taşar, P. T., Kozan, E., Sarıkaya, O. F. ve Akçiçek, F. (2016). Bornova İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Nüfustaki Fonksiyonel Bağımlılık Oranları. *Ege Tıp Dergisi*, 55(2), 65-70.

Şanlı, S. (2012). Başarılı Bir Yaşlanma İçin Yaşlı Yetişkinlerin Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Şenol D. ve Erdem S. (2017). Yaşlılık ve Yaşlı Kadınlarda Huzurevi Algısı: Nitel Bir Çalışma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(2), 31-50.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı, M.E.B (2011). Aile ve Tüketici Hizmetleri. Yaşlılık Süreci, Ankara. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9Fl%C4%B1l%C4%B1k%20S%C3%BCreci.pdf Erişim: 02.05.2018.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2014). https://eyh.aile.gov.tr/sikca-sorulan-sorular/engelli-ayligi-2022-sayili-kanun-kapsaminda Erişim: 02.03.2018.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2014). Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği https://eyh.aile.gov.tr/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi Erişim: 06.03.2018.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2012). Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2014). https://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-bakim-hizmetleri Erişim: 02.03.2018.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, M. E. B. (2012). T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Yaşlı Beslenmesi, Ankara. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9Fl%C4%B1%20Beslenmesi.pdf Erişim: 02.03.2018.

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. *Çalışma ve Toplum*, 24 (*1)*, 175-202.

Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *9*(3), 22-29.

Taşkesen, Gönüllü C. (2017). Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşlanma,Yaşlılık ve Yaşlılar: Denizli İli Örneği. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Terakye, G. ve Güner, P. (1997). Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık. *Kriz dergisi*, *5*(2), 95-101.

Tırpan, U. D. K. (2010). Birinci Basamak ve Geriatri İlişkisi. *Konuşma Metni*, Eskişehir.

Tiftik, S., Kayış, A. ve İnanır, İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. *Akad Geriatri Dergisi*, *4*(1), 1-11.

Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. (2006). Kentsel Yaşam Kalitesi ve Belediyeler: Denizli Karşıyaka Mahallesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi–SBE Dergisi*, *2*(4), 184-207.

Tufan, A. ve Akın, S. (2015). Yaşlıda Konstipasyon ve Fonksiyonel Dispepsi. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*, *1*(1), 95-99.

TUİK,(2015). İstatistiklerle Yaşlılar,http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520 Erişim: 20.02.2018.

TUİK,(2016). İstatistiklerle Yaşlılar, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644 Erişim: 20.02.2018.

United Nations, (2017). http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf Erişim:02.05.2018.

Varlı, M., Aras, S. D. ve Atlı, T. (2009). Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1(*1)*, 45-58.

WHO, (2011). Global Health and Aging. http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf Erişim:02.05.2018.

WHO, (2017). Agening and Life Course. http://www.who.int/ageing/en/ Erişim 20.04.2018

Yağcıoğlu, R. (2013). Huzurevında Kalan 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Yahyaoğlu, R. (2013). Yaşlanma ve Zaman Algısı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi,İstanbul.

Yalın H. (2011). İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum, Engellilik ve Yaşam Kaliteleri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.Türkiye Sağlık Raporu.(2012).http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf (Erişim Tarihi 12.05. 2018).

Yazıcıoğlu, S. (2007). Ege Yaşlı Hizmet Merkezinde Verilecek Sosyal Hizmetin Kuramsal ve Yasal Dayanağı. Akademik Geriatri, 137-140.

Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *10*(52), 1278-1287.

Yeşil, P., Taşçı, S. ve Öztunç, G. (2016). Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,6(2),* 128-134.

Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *2*(2), 61-68.

Yıldırım, Y. (2007). Yaşlılarda Diyabetin Yükü Ölçeği'nin Türk Toplumu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Yılmaz, S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Selçuk, K.. ve Uçku, R. (2013). Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 22(3), 105-114.

Yücel, H. (2008). Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

EKLER

Ek 1.

ANKET FORMU

Değerli Katılımcılar,

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans programı kapsamında yürütülen 'Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma' konulu tez çalışması için yapılmaktadır. Ankete vereceğiniz cevaplar akademik etik çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Değerli vaktinizi ayırarak bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Zahide Varol
Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: 1 ( ) Kadın 2 ( ) Erkek

2. Yaşınız:……..

3. Kilonuz: ……. Boyunuz: ……. BKİ: …….

4. Eğitim Durumunuz Nedir?
   1. ( ) Okur-Yazar Değil
   2. ( ) Okur-Yazar
   3. ( ) İlkokul
   4. ( ) Ortaokul
   5. ( ) Lise
   6. ( ) Üniversite veÜzeri

5. Medeni Durumunuz Nedir?
   1. ( ) Evli 2. ( ) Bekâr 3. ( ) Dul

6. Ne iş yapıyordunuz?
   1. ( ) Memur 2. ( ) İşçi 3. ( ) Serbest Meslek 4. ( ) Ev Hanımı

7. Çalışma Durumunuz Nedir?
   1. ( ) Tam GünÜcretli Çalışıyorum (8-12 saat)
   2. ( )Tam Gün Ücretsiz (Gönüllü)Çalışıyorum (8-12 saat)
   3. ( ) Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Ücretli Çalışıyorum
   4. ( ) Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Ücretsiz (Gönüllü)Çalışıyorum
   5. ( ) Çalışmıyorum

8. Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?
   1. ( ) Evde Yalnız
   2. ( ) Eşimle
   3. ( ) Eşim ve Çocuklarımla
   4. ( ) Diğer Aile Üyeleri (Gelin, Torunvb.)
   5. ( ) Yaşlı Bakım Merkezi

9. Sosyal Güvenceniz var mı?

   1. ( ) SSK 2. ( ) SGK 3.( )Yardım Kartı 3. ( ) Yok

10. Aylık Geliriniz Ne Kadar?

11. Gelirinizi nereden sağlıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
   1. ( ) Emekli Aylığım var
   2. ( ) Çalışıyorum
   3. ( ) Kira gelirim var.
   4. ( ) Devletten sosyal yardım (65 yaş üzeri gelir)
   5. ( ) Diğer gelir

12. Düzenli olarak kullandığınız ilaç miktarı nedir?
   1. ( ) Bir 2. ( ) 2-3 3.( ) 4 ve üzeri 4. ( ) Hiç kullanmıyorum

13. Kaldığınız yerden (evden) memnun musunuz?
   1. ( ) Çok Memnunum
   2. ( ) Memnunum
   3. ( ) Kararsızım
   4. ( )Memnun değilim
   5. ( ) Hiç Memnun değilim

14. Yaşantınızdan memnun musunuz?
   1. ( ) Çok Memnunum
   2. ( ) Memnunum
   3. ( ) Kararsızım
   4. ( )Memnun değilim
   5. ( ) Hiç Memnun değilim

15. Doktora nasıl ulaşıyorsunuz?
    1. ( ) Çok kolay
    2. ( ) Kolay
    3. ( ) bazen kolay/bazen zor
    4. ( ) Zor
    5. ( ) Çok zor

16. Aldığınız sağlık hizmetinden memnun musunuz?
    1. ( ) Çok Memnunum
    2. ( ) Memnunum
    3. ( ) Kararsızım
    4. ( )Memnun değilim
    5. ( ) Hiç Memnun değilim

YASAM KALİTESİ ANKETİ (15D)

Şu anki sağlık durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneğin yanına çarpıişareti (x) koymadanönce, lütfen her sorunun farklı cevaplarının tamamını okuyunuz. Bu yöntemle, her birine sadece bircevap vererek, 15 sorunun tamamını cevaplamayı sürdürünüz.

SORU 1. HAREKET KABİLİYETİ
1 ( ) İçeride, dışarıda ve merdivenlerde normal olarak (güçlükçekmeden) yürüyebilmekteyim.
2 ( ) İçeride zorluk çekmedenyürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/ve yamerdivenlerde hafif birzorluk çekmekteyim.
3 ( ) Yardım almadan (aletli ve yaaletsiz) ev icinde yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veyamerdivenlerde oldukçagüçlükçekerek ve yabaşkalarının yardımı ile yürüyebilmekteyim
4 ( ) İçeride ancak başkalarının yardımıyla yürüyebilmekteyim.
5 ( ) Tamamen yatalağım ve bir yerden bir yere gidememekteyim.

SORU 2. GÖRME KABİLİYETİ
1 ( ) Normal görmekteyim, yani gazeteleri ve televizyonda çıkan yazıları zorluk çekmeden(gözlükle ve yagözlüksüz) okuyabilmekteyim.
2 ( ) Gazeteleri ve/ve yatelevizyonda çıkan yazıları hafif zorlukla (gözlükle ve yagözlüksüz)okuyabilmekteyim.
3 ( ) Gazete ve T.V. yazılarını gözlüklü ve yagözlüksüzoldukça zor bir şekildeokuyabilmekteyim.
4 ( ) Gözlükle ve yagözlüksüz gazeteleri ve yatelevizyonda çıkan yazıları okuyamamaktayım,fakat yardım almadan yürüyebilecek kadar görebilmekteyim.
5 ( ) Yardım almaksızın yürüyebilecek kadar yeterli oranda göremiyorum, hemen hemen veyatamamen korum.

SORU 3. İŞİTME KABİLİYETİ
1 ( ) İşitme cihazı kullanarak ve/ve yakullanmadan normal olarak duyabiliyorum.
2 ( ) Normal konuşmaları biraz güçlükle duymaktayım.
3 ( ) Normal konuşmalarıgüçlükle duymaktayım, sohbet esnasında seslerin normalden dahayüksek olmasına ihtiyaç duymaktayım.
4 ( ) Çokyüksek sesleri bile çok zor duyabiliyorum. Neredeyse sağırım.
5 ( ) Tamamen sağırım.

SORU 4. SOLUNUM
1 ( ) Normal olarak, yani solunum yetersizliği ve yabaşka solunum güçlüğü yasamadan nefesalabilmekteyim.
2 ( ) Ağır is ve yaspor yaparken ya da düz yolda ve yayokuş yukarı tempolu yürürken solunumyetersizliği çekmekteyim.
3 ( ) Benim yasımdakilerle aynı hızda düz yolda yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.
4 ( ) Kendi kendime temizlenme, elbise giyme gibi normal aktivitelerimde bile solunum yetersizliğiçekmekteyim.
5 ( ) Hemen hemen her zaman, dinlenirken bile solunum güçlüğüçekmekteyim.

SORU 5. UYKU DURUMU
1 ( ) Normal olarak uyuyabilmekteyim, yani uyku sorunum yok.
2 ( ) Uykuya dalmada zorluk ve yageceleyin bazen uyanma gibi hafif uyku sorunlarım var.
3 ( ) Huzursuz uyku ve yayeterli uyuyamama hissi gibi, orta derece uyku sorunlarım var.
4 ( ) Sık sık ve yasürekli uyku hapı kullanmak zorunda kalmak ve yagenellikle geceleri ve/ve yasabah çok erken uyanmak gibi çokönemli uyku sorunlarım var.
5 ( ) Şiddetli uykusuzluk çekiyorum. Örneğin, düzenle uyku hapı kullandığım halde uyumak neredeyseimkânsız ve yabütün gece boyunca gözüme uyku girmiyor.

SORU 6. YEMEK YEME DURUMU
1 ( ) Normal olarak, başkalarından yardım almadan yemek yiyebilmekteyim.
2 ( ) Kendi basıma hafif güçlükle(örneğinyavaşça, sakarca, titreyerek ve yaözelaraçlar yardımıyla) yemek yiyebilmekteyim.
3 ( ) Yemek yiyebilmek için bir başkakişinin biraz yardımına ihtiyaç duyuyorum.
4 ( ) Kendi basıma hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla bir başkasının beni yedirmesi gerekiyor.
5 ( ) Hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla ya burnumdan konan bir tüple ya da damardanbesleniyorum

SORU 7. KONUSMA KABİLİYETİ
1 ( ) Normal olarak, yani akıcı, net ve duyulabilir bir şekildekonuşabilmekteyim.
2 ( ) Hafif konuşmagüçlüklerim var. Örneğin, kelimeler için duraklama, mırıldanma, ses tonunun değişmesi gibi.
3 ( ) Kendimi ifade edebiliyorum, fakat konuşmamdüzensiz, dilim sürçüyor ve yakekeliyorum.
4 ( ) Birçok insan benim konuşmamı anlamakta güçlükçekiyor.
5 ( ) Kendimi sadece el kol hareketleri ile anlatabiliyorum.

SORU 8. BOSALTIM
1 ( ) Mesane ve bağırsaklarım normal ve sorun olmaksızın çalışmaktadır.
2 ( ) Mesanem ve/ve yabağırsaklarımın çalışmasıyla ilgili ufak sorunlarım var. Örneğin; İdrar yapmakta zorluk ve yaishal ya da kabızlık.
3 ( ) Mesane ve/ve yabağırsak fonksiyonlarımda belirgin zorluklar yasıyorum. Örneğin; Ara sıraaltıma kaçırdığım oluyor ve yaishal ya da kabızlık çekiyorum.
4 ( ) Mesane ve/ve yabağırsak fonksiyonlarımda ciddi sorunlarım var. Örneğin; düzenle olarakaltıma kaçırıyorum ve yasonda ya da lavmana ihtiyaç duyuyorum.
5 ( ) Mesane ve/ve yabağırsak fonksiyonlarımı kontrol edemiyorum.

SORU 9. NORMAL AKTİVİTELER
1 ( ) Normal aktivitelerimi zorlukla karşılaşmadan yerine getirebiliyorum. (iste çalışma, ders çalışma, ev isleri, bos zaman aktiviteleri gibi)
2 ( ) Normal aktivitelerimi çok az zorlukla ve yadaha az etkili olarak yerine getirebiliyorum.
3 ( ) Normal aktivitelerimi çok daha az etkili ve yaoldukçagüçlükle ve yahiç yerine getiremiyorum.
4 ( ) Daha önce rahatlıkla yaptığım normal aktivitelerimin ancak küçük bir bölümünüyapabilmekteyim.
5 ( ) Daha önce yaptığım normal aktivitelerimin hiç birini yerine getirememekteyim.

SORU 10. ZİHİNSEL FONKSİYON
1 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünebilmekteyim ve hafızam iyidir.
2 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmede biraz güçlükçekiyorum ve yahafızam bazen beni yanıltıyor.
3 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmede belirgin güçlüklerçekiyorum ve yahafızam oldukça zayıfladı.
4 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmedebüyükgüçlüklerçekiyorum ve yahafızam ciddi orandazayıfladı.
5 ( ) Sürekli kafam karışık ve zaman ve mekânıkarıştırıyorum.

SORU 11. RAHAT BOZUKLUĞU VE BELİRTİLER
1 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kasıntı gibi belirtiler ve yafiziksel rahatsızlıklarım yok.
2 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kasıntı gibi hafif belirtiler ve yafiziksel rahatsızlıklarım var.
3 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kasıntı gibi belirgin belirtiler ve yafiziksel rahatsızlıklarım var.
4 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kasıntı gibi şiddetli belirtiler ve yafiziksel rahatsızlıklarım var.
5 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kasıntı gibi dayanılmaz belirtiler ve yafiziksel rahatsızlıklarım var.

SORU 12. DEPRESYON
1 ( ) Kendimi hiçüzgün, melankolik ve depresyonda hissetmiyorum.
2 ( ) Kendimi biraz üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
3 ( ) Kendimi oldukçaüzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
4 ( ) Kendimi çoküzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
5 ( ) Kendimi aşırı derecede üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

SORU 13. SIKINTI
1 ( ) Kendimi hiçendişeli, sıkıntılı ve yasinirli hissetmiyorum.
2 ( ) Kendimi hafif endişeli, sıkıntılı ve yasinirli hissediyorum.
3 ( ) Kendimi oldukçaendişeli, sıkıntılı ve yasinirli hissediyorum.
4 ( ) Kendimi çokendişeli, sıkıntılı ve yasinirli hissediyorum.
5 ( ) Kendimi aşırıendişeli, sıkıntılı ve yasinirli hissediyorum.

SORU 14. CANLILIK
1 ( ) Kendimi sağlıklı ve enerjik hissediyorum.
2 ( ) Kendimi biraz bezgin, yorgun ve yazayıf hissediyorum.
3 ( ) Kendimi oldukça bezgin, yorgun ve yazayıf hissediyorum.
4 ( ) Kendimi çok bezgin, yorgun ve yazayıf, neredeyse tükenmiş hissediyorum.
5 ( ) Kendimi aşırı bezgin, yorgun ve zayıf, tamamen tükenmiş hissediyorum.

SORU 15. CİNSEL AKTİVİTE
1 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantımüzerinde olumsuz bir etkisi yok.
2 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantımüzerinde hafif bir etkisi var.
3 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantımüzerinde belirgin bir etkisi var.
4 ( ) Sağlık durumum cinsel yaşantımı neredeyse imkânsız hale getiriyor.
5 ( ) Sağlık durumum cinsel yaşantımıimkânsız hale getiriyor.

EK 2.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

NEAR EAST UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

16.04.2018

Ref No: 14446/18

Konu : Yüksek Lisans Tezi Hk.

Gönyeli Belediyesi'ne,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araş. Gör. Zahide Varol'un Gönyeli'de Sağlık Yönetimi Bölümü ile ilişkili olarak yapmayı planladığı "Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma" konulu tez çalışması için Gönyeli Belediyesi'ne kayıtlı yaşlı bireyleri yönlendirebilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Sevinç Yücecan
Dekan

Bahsedilen araştırmanın yapılması uygundur.
Ahmet İ. Balı
B. Başkan.

LEFKOŞA, MERSİN 10 TURKEY, KKTC · Tel: +90 392 680 20 00 / 130 · Faks: +90 680 20 03 · www.neu.edu.tr · hfs@neu.edu.tr

EK 3.

EK:658-2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26.04.2018
Toplantı No : 2018/57
Proje No : 571

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Metin Ateş'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2018/57-571 proje numaralı ve **"Gönyeli Belediyesine Kayıtlı Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur (BAŞKAN)
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder (ÜYE)
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz (ÜYE)
4. Prof. Dr. Şahan Saygı (ÜYE)
5. Prof. Dr. Şanda Çalı (ÜYE)
6. Prof. Dr. Nedim Çakır (ÜYE)
7. Prof. Dr. Kaan Erler (ÜYE)
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz (ÜYE)
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik (ÜYE)
10. Yrd. Doç.Dr. Emil Mammadov (ÜYE)