T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BURDUR İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN AYNI NEDENLE BİRDEN FAZLA KEZ SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU SIKLIĞI, DEPRESYON SIKLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Aysun GÜZEL

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA

KONYA-2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BURDUR İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN AYNI NEDENLE BİRDEN FAZLA KEZ SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU SIKLIĞI, DEPRESYON SIKLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Aysun GÜZEL

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 16202007 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2016

ÖNSÖZ

Halk Sağlığı doktorasına başladığım ilk günden itibaren bana yardımcı olan, yol gösteren, desteğini esirgemeyen ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara'ya; araştırmamda bana destek olan Sayın Prof. Dr. Sarp Üner'e, araştırmamda gerekli olan ölçekleri kullanabilmem için izin veren ve ölçek puanlandırılmasıyla ilgili yardımcı olan Doç. Dr. Sultan Eser ve Prof. Dr. Vedat Şar'a, tüm hayatım boyunca yanımda olan anneme, babama ve kız kardeşlerime, eşim Veteriner Hekim Dr. Hakan Güzel'e ve araştırmaya katılan tüm 65 yaş ve üstü bireylere,

sonsuz teşekkürler.

Aysun Güzel

Konya 2016

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **v**
ÖZET ..... **vi**
SUMMARY ..... **vii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Yaşlılık 1
1.1.1. Yaşlılığın Tanımı 1
1.1.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi 2
1.1.3. Yaşlıların Gereksinimleri (Tıbbi, Sosyal, Ekonomik) 6
1.1.4. Yaşlıların Sağlık Durumu ve Depresyon 8
1.1.5. Yaşlıların Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi 9
1.1.6. Yaşlıların Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesi 10
1.2.Yaşlılık ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı 12
1.2.1. Yaşlıların Sağlık Hizmeti Talep ve Kullanımları 13
1.3.Yaşlılık ve Sağlık Harcamaları 14
1.3.1. Yaşlıların Sağlık Harcamaları 15
1.3.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Sağlık Sektöründe Maliyet Yönetimi 18
2. GEREÇ VE YÖNTEM **23**
2.1.Araştırmanın Yeri 23
2.2.Araştırma Hipotezi 23
2.3.Araştırma Evreni 23
2.4.Araştırmanın Örneklemi 23
2.5.Araştırmanın Tipi 24
2.6.Araştırmanın Değişkenleri 25
2.7.Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçler 25
2.7.1. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) 25
2.7.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) 26
2.7.3. Sosyodemoğrafik/Kişisel ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Bilgi Formu 27
2.8.Araştırmanın Uygulanması 27
2.9.Ön Deneme 27
2.10.Araştırmanın İnsan Gücü 28
2.11. Etik Konular 28
2.12. Araştırma İzinleri 28
2.13.Verilerin Analizi 28

3. BULGULAR 29
4. TARTIŞMA 63
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 93
6. KAYNAKLAR 95
7. EKLER 104
EK A: Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu 104
EK B: Kişisel Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Bilgi Formu 105
EK C: Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği WHOQOL-OLD) 111
EK D: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) 116
EK E: Etik Kurul Kararı 117
EK F: Halk Sağlığı Kurumu ve Valilik İzni 118
8. ÖZGEÇMİŞ 119

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BM: Birleşmiş Milletler

UNECE: Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Konseyi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

GSYH: Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla

GSS: Genel Sağlık Sigortası

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

BAĞ-KUR: Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

WHOQOL-OLD: Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Burdur İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Aynı Nedenle Birden Fazla Kez Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı, Depresyon Sıklığı, Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler

Aysun Güzel
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ / KONYA-2016

Yaşlanma toplumun tüm kesimlerini etkileyen, eşsiz ve geriye dönülemeyen bir süreçtir. Tıp alanında ki buluşlar, teknolojik ilerlemeler, halk sağlığı girişimleri ve sosyal alanda ki değişiklikler yaşam süresini ve yaşam beklentisini arttırmaktadır. Yaşam süresinin artışına paralel olarak kronik hastalık sahibi ve engelli yaşlı sayısı da sürekli artış göstermektedir. Sağlığı bozulan yaşlılar yaşamlarının geri kalan kısmını sağlıklarını geri kazanmak için mücadele etmekle geçirmektedirler. Özellikle kronik hastalıklara karşı yapılan bu mücadele ise yaşlı bireylerin aynı nedenli sağlık hizmeti kullanım sıklığını artırmaktadır.

Depresyon ve yaşam kalitesi de hem yaşlılıkla hem de sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkili faktörlerdir. Depresyon yaşlanma sürecindeki değişime bağlı olarak yaşlı bireylerde sık görülen bir durumdur. Depresyonu olan yaşlılar sağlık hizmetlerine daha sık başvurmaktadırlar. Yaşlılıkta görülen engellilik ve bağımlılığın artması ve sosyal aktivitelerin azalmasıyla birlikte yaşam kalitesi de azalmaktadır. Yaşam kalitesi düşük olan yaşlılarda da sağlık hizmeti kullanım sıklığı artmaktadır.

Bu araştırma Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum gibi bazı sosyodemografik özellikleri ile aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklıkları, depresyon sıklıkları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır ve küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstünde olan 770 birey ile Mayıs-Ağustos 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ve sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığını irdeleyen sorular ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü/Ölçeği (WHOQOL-OLD) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği'ni (GDÖ) içeren anket formuyla toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programında yüzdelik, regresyon analizi, tek yönlü varyans analizi, post-hoc testleri (Tukey HSD ve Tamhane çoklu karşılaştırma testi) bağımsız örneklerde t-testi kullanılarak analiz edilmiş; $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %45,5'inin sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvuruda, başvuru nedenlerinin aynı olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların depresyonla ilişkili önemli değişkenleri cinsiyet, yaş, medeni durum, doğum yeri, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan kişiler, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, sağlığı algılama, sağlık güvencesi varlığı ve yaşam kalitesidir. Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi ile ilişkili önemli değişkenleri cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, aylık gelir, çalışma durumu, çocuk sayısı, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, sağlığı algılama ve depresyondur.

Anahtar Sözcükler: Depresyon; sağlık kuruluşuna başvuru nedeni; sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı; yaşam kalitesi; yaşlı.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Frequency of Application the Healthcare Organization More Than One Due To Same Reason, Depression Frequeny, Life Quality Among 65 Age and Over Individuals Which Living in the Centre of Burdur and Related Factors

Aysun Güzel
Department of Public Health

MASTER/PhD THESIS / KONYA-2016

Aging which affects all segments of society is a process unique and not return back. Inventions in the medical field, technological advances, public health initiatives and social areas changes increase the life expectancy and life expectancy. In parallel with increase of lifetime, number of elders with disabilities and chronic diseases are continuously increasing. Health-impaired elders struggle to regain their health for the rest of their lives. In this struggle, against especially chronic diseases are increasing the frequency of using of health service due to same reason.

Depression and quality of life are associated with elders and the using of health services. Depression is a common elderly people the depending on changes in the aging process condition and elders which getting depression apply more frequent to health care. Quality of life of elderly decrease in paralel with increased disability and dependence and reduced social activities. The elderly which are low the quality of life are increasing the frequency of using of health service.

This research have made to determine the frequency of using of health service due to same reason, frequency of depression and life quality with some sociodemographic characteristics such as age, gender, education level, marital status, economic status of 65 age and over individuals which living in the centre of Burdur.

Research is an epidemiological cross-sectional study and cluster sampling method have been used. Research was carried out 770 individuals (65 age and over which living in the centre of Burdur), between May-August 2015. Research data were collected via questionnaire the including the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-OLD) and the Geriatric Depression Scale, questions which examining some sociodemographic characteristics of participant and the frequency of applying of healthcare organization. The data was analyzed using percent, regression analysis, one-way anova, post-hoc tests (Tukey HSD and Tamhane multiple comparison tests), indepent sample t-test and SPSS 16 program. Significance was approved as $p < 0,05$.

45,5% of participant of the research were found to be same reasons of the last two applications of healthcare organization. Important variables associated with depression of participants were found as sex, age, marital status, birth place, education level, income level, employment status, living persons, tobacco using, chronic health problem, continuous drug using, health perception, health insurance and quality of life. Important variables associated with quality life of participants were found as sex, marital status, education level, income level, employment status, number of children, alcohol using, tobacco using, chronic health problem, health perception and depression.

Key Words: Depression; cause of application of healtcare organization; the frequency of application of healtcare organization; quality of life; the elderly.

1. GİRİŞ

Yaşlanma ve yaşlılık, doğan her insanın karşılaşacağı bir süreçtir. Yaşlanma öncesinde, sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan sağlık sorunları ise zaten zor olan yaşlılık sürecinin daha da zor geçmesine neden olmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların ilk görüldüğü zamanlarda tedavilerinin henüz olmaması ve salgınlar oluşturmaları insan ömrünün beklenenden daha kısa olmasına neden olmuştur. Günümüzde ise bulaşıcı hastalıklarla mücadele etkili olmuştur, yaşam süresi uzamıştır ve çoğu gelişmiş ülkede bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Uzun süreli ve kesin tedavisi olmayan bu hastalıklar her yaş grubunda görülmesine rağmen en çok etkilediği grup yaşlılardır. Yaşlılığın verdiği engellilik, bağımsızlığın azalması, sosyallikten uzaklaşma ve fiziksel sorunların yanı sıra var olan kronik hastalıklar yaşlıların yaşamlarını daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle de aynı nedenlerle ve sık sağlık hizmeti kullanımı, depresyon ve yaşam kalitesi gibi kavramlar yaşlılık döneminde daha da önemli olmaktadır.

1.1. Yaşlılık

1.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Dünya genelinde görülen demografik değişimlerin sonucunda ‘‘yaşlılık’’ ve ‘‘yaşlanma’’ gündelik hayatta sıklıkla karşılaştığımız iki kavram haline gelmiştir (Beğer ve Yavuzer 2012). Yaşlanma her yerde var olan, bazı yazarlara göre ana rahminde bazılarına göre de puberte (ergenlik) döneminde başlayan ve ölüme kadar devam eden kaçınılmaz bir süreçtir (Misiaszek 2008, Bulut ve Özçakar 2012). Yaşlanma üremenin azalması, mortalitenin artması ile de karakterize olan bir durumdur (Department of Economic And Social Affairs Population Division 2013). Tanım olarak ‘‘yaşlanma’’; vücutta yer alan moleküller, hücreler ve dokularda zamanla oluşan hasarın, fonksiyon kaybı ve ölüm riskine neden olmasıdır ve her canlının yaşayacağı doğal bir süreçtir (Research Perspectives Of The Max Planck Society 2010). Yaşlanma belirli bir süre devam ettikten sonra ulaştığı nokta için kullanılan kavram ise yaşlılık olmaktadır. Sözlük anlamı olarak ‘‘yaşlılık’’; geçen zamanla birlikte olgunluğa erişme, yaşlı olma durumu anlamına gelmektedir (Beğer ve Yavuzer 2012, Misiaszek 2008, Güncel Türkçe Sözlük http://tdk.gov.tr Erişim Tarihi 12.08.2015). DSÖ’ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre yaşlılık; insan kontrolünün

dışında gelişen ve kendi potansiyeli olan biyolojik bir gerçektir (Definition of an older or elderly person, http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en Erişim Tarihi 17.08.2015). Yaşlılık; kronolojik yaşın ilerlemesiyle birlikte biyolojik, fizyolojik, psikolojik, patolojik, ekonomik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012b, Eyüboğlu ve ark 2012). Kronolojik yaşlılık; bir insanın yaşının, yaşadığı yılların sayısıyla ölçülmesidir yani takvim yaşına göre yaşlanmadır. Biyolojik yaşlılık, anne karnında başlayan ve yaşam boyunca devam eden bir süreçtir ve vücudun yıpranma derecesine göre kendini gösterir. Fizyolojik yaşlılık, yaşlılıkta ortaya çıkan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen; sıklıkla hareket, görme ve işitme duyularında görülen problemleri yani vücutta ki fizyolojik değişikleri kapsayan bir terimdir. Psikolojik yaşlılık, bireyin devam eden gelişim süreci ve yıllar geçtikçe artan deneyimlerine bağlı olarak davranış, duygu ve algılarında ki değişmeyi ifade eder. Patolojik yaşlılık, biyolojik süreçten ayrı olarak hastalıklara bağlı yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik yaşlılık, yaşlanmaya paralel olarak azalan işgücü ve emekli olmakla ilişkilendirilen bir kavramdır. Sosyal yaşlılık, toplumda yaşayan bireyler tarafından algılanan ve nesilden nesile değişiklik gösteren bir süreçtir. Sosyal yaşlılıkta, yaşı dolduğu için zorunlu emekli olan yaşlıların, dolaylı yollardan aile geçimine katkı sağlaması söz konusudur (World Health Organization 1989, Bilir 2005, Tümerdem 2006, Oğuz 2007, Soyuer ve Soyuer 2008, Erol 2011, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Aile Ve Tüketici Hizmetleri 2011).

DSÖ'ye göre yaşlılık 65 yaş ve üzeri dönem olarak kabul edilmiştir. DSÖ temel alınarak pek çok ülke yaşlılık sınırını 65 yaş olarak belirlese de; BM (Birleşmiş Milletler) yaşlılık sınırını 60 yaş ve üzeri olarak nitelendirmiştir. Afrika'da ise bu sınır 50 ya da 55 olarak ifade edilmektedir (Definition of an older or elderly person, http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/ Erişim Tarihi: 17.08.2015).

1.1.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünyada yaşlılık epidemiyolojisi

Yaşlanma toplumun tüm kesimlerini etkileyen, eşsiz ve geriye dönülmeyen değişiklikler sunan doğal bir süreçtir (Shrivastava ve ark 2013). Gelişen teknolojiye

bağlı olarak doğumda yaşam beklentisinin artması ve doğurganlığın azalması nedeniyle 20. yüzyılın ikinci yarısından günümüze kadar olan süreçte, dünya nüfusunun yaşı ortalama 20 yıl kadar artmıştır. 2000 yılında BM'ye üye olan ülkelerde ikamet eden ve 35 milyon olan 65 yaş ve üstü nüfusun 2030 yılında 71 milyona; 2000 yılında 9,3 milyon olan 80 yaş ve üzeri nüfusun 2030 yılında 19,5 milyona ulaşması beklenmektedir. 2000-2030 yılları arasında 65 yaş ve üstü nüfusun; Dünya'da %6,9'dan %12'ye, Avrupa'da %15,5'den %24,3'e, Kuzey Amerika'da %12,6'dan %20,3'e, Asya'da %6'dan %12'ye, Latin Amerika ve Karayipler'de %5,5'ten %11,6'ya ulaşması beklenmektedir. Sahra-Altı Afrika'da hem doğum hem de ölüm halen yüksek olduğu için 65 yaş ve üzeri nüfusta çok az bir yükseliş (2000 yılında %2,9, 2030 yılında %3,7) beklenmektedir. En fazla yükselme gelişmiş ülkelerde beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde 2000 yılında 249 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2030 yılında 649 milyona ulaşarak yaklaşık üç kat artması beklenmektedir (Center for Disease Control 2003). Yaşlı nüfus artışı, genel nüfus artışına göre çok daha fazladır. Dünyada; 80 yaş üzerinde görülen nüfus artış hızı %4,3, yaşlı nüfus artış hızı %2,1 iken genel nüfus artış hızı %1,2'dir. Genel nüfus artış hızının azalmasıyla birlikte 2050 yılında Japonya, Rusya ve Ukrayna gibi ülkelerin nüfusu şimdiki nüfuslarının altına düşecektir. Fakat bu ülkede yaşayan yaşlıların nüfus içinde ki payı artacaktır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012b). Dünya nüfusuna bakıldığında 2005 yılında 2,65 olan doğurganlık düzeyinin 2050 yılına gelindiğinde 2'ye düşmesi; 2005 yılında 672 milyon olan 60 yaş üstündeki nüfusun 2050 yılına kadar 1,9 milyara çıkarak üç kat artış göstermesi beklenmektedir (Seyhun 2006). 1950-2050 yılları arasında dünya nüfusu dört kat artış gösterirken, yaşlı nüfusunun on kez artış göstermesi ve dünyada en fazla yaşlı nüfus artışının da 2008-2040 yılları arasında %316 ile Singapur'da gerçekleşmesi beklenmektedir. Halen, dünyada yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta %20 ile Avrupa; en az olduğu kıta ise %5 ile Afrika'dır. 2050 yılına ulaşıldığında, yaşlı nüfusun genel nüfus içerisinde ki payının Avrupa'da %37; Afrika'da ise %10 olacağı tahmin edilmektedir (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012b).

UNECE (Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Konseyi) ülkeleri arasında en yüksek yaşlı nüfusuna sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %21 ile İtalya, %20,7 ile Almanya ve %19,9 ile Yunanistan'dır. 2012 yılında yapılan bu sıralamada Türkiye 46. sırada yer almıştır (Türkiye İstatistik Kurumu 2015).

20. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde, mortalite (ölüm), morbidite (hastalık) ve engelliliğe neden olan bulaşıcı hastalıkların (enfeksiyon hastalıkları) yerini her iki cinsiyet içinde bulaşıcı olmayan hastalıklar (kronik hastalıklar) almıştır. Kronik hastalıklar genellikle tam iyileşmeyen, yavaş ilerleyen ve kalıcı sakatlığa neden olan hastalıklardır (Bilir 2006). Kronik hastalıklar arasında özellikle kardiyovasküler hastalıklar (örneğin; kan basıncı yüksekliği), kanserler (örneğin; akciğer kanseri), solunum sistemi hastalıkları (örneğin; astım) ve serebrovasküler hastalıklar (örneğin; inme) yer alır ve yaşlı nüfusta sık görülürler. Dünyada, 65 yaş ve üzerindekiler için kronik hastalıklara bağlı olarak görülen en sık iki ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerdir. Tüm ölümlerin %35'ini kalp hastalıkları, %22'sini ise kanser oluşturmaktadır. Sonrasında ise serebrovasküler hastalıklar (inme), KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), diyabet, pnömoni ve grip yer almaktadır. Yaşlılarda ölümlerin diğer önemli nedenleri ise Alzheimer ve böbrek hastalıklarıdır (Sahyoun ve ark 2001).

Tıp alanında ki buluşlar, teknolojik ilerlemeler, halk sağlığı girişimleri ve sosyal alanda ki değişiklikler yaşam süresini ve yaşam beklentisini arttırmaktadır. Yaşam süresinin artışı, mortalitenin azalması ve kronik hastalıkların artması sonucunda engellilik durumu da artış göstermektedir. Bu durumun sonucunda da, uzun yaşayan insanlar yaşamlarının sonuna doğru, dejeneratif hastalıklarla yaşamak ve yaşamlarının sonuna kadar da engellilik ya da kötü sağlık durumu ile mücadele etmek zorunda kalabilirler (Sahyoun ve ark 2001, Howse 2006).

Türkiye'de yaşlılık epidemiyolojisi

Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla (yaklaşık 7,7 milyon) 65 yaş üstü insan yaşamaktadır (Eyüboğlu 2012, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012a, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012b). Bulaşıcı hastalıkların azalması ve kronik hastalıkların artmasına paralel olarak, geçtiğimiz 50 yıl içinde doğumda beklenen yaşam süresi 30 yıl artmış ve 41 yıldan 71 yıla yükselmiştir. Bunun sonucu olarak da 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfustaki payı geçtiğimiz 50 yıl içinde yaklaşık iki kat artmıştır (Bilir 2006). Türkiye'de 2023'te 8,6 milyon olması beklenen 65 yaş ve üstü nüfusun, 2050'de 19,5 milyona, 2075'te ise 24,7 milyona çıkması beklenmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde ki payının ise 2023'te %10,2'ye, 2050'de %20,8'e, 2075'te %27,7'ye yükselmesi beklenmektedir (Halk Sağlığı Uzmanları

Derneği 2012a, http://www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=15844 Erişim Tarihi 12.08.2015, Türkiye İstatistik Kurumu 2015). 1940 ve 1960 yılları arasında genel olarak 20 olan ortanca yaş, 1970 yılından sonra sürekli artmıştır ve 2013 yılında 30,4'e ulaşmıştır (2013 yılı Dünya nüfusu için ortanca yaş 29,4). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) projeksiyonlarına göre; halen yaklaşık %8 olan yaşlı nüfus, 2023 yılına kadar %10'a yükselecek ve Türkiye, BM yaşlı sınıflandırmasına göre ''çok yaşlı'' nüfuslu ülkeler arasında yer alacaktır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013). Türkiye'de bulunan yaşlı nüfus, il bazında incelendiğinde 2012 yılında yaşlı nüfusun en yüksek olduğu il %17,6 ile Sinop'tur. Sinop'u %16,5 ile Kastamonu ve %15,3 ile Çankırı izlemiştir. Yaşlı nüfusun en düşük olduğu il ise %2,9 ile Hakkari'dir. Hakkari'yi %3 ile Şırnak ve %3,4 ile Van izlemiştir (Türkiye İstatistik Kurumu 2015).

Türkiye'de özellikle yaşlı nüfusta görülen ölümler, gelişmiş ülkelere benzer şekilde sıklıkla kronik hastalıklara bağlı olmaktadır. Türkiye'de ölüm nedenleri arasında, sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları, iyi ve kötü huylu tümörler, solunum sistemi hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, travma ve zehirlenmeler, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, mental-davranışsal bozukluklar ve kas iskelet sistemi hastalıkları yer almaktadır (Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=18855 Erişim Tarihi 12.08.2015).

Gelişmiş ülkelerde toplum hem ekonomik hem de sosyal anlamda refaha ulaştığı için yapılan yaşlı merkezli çalışmalar ile yaşlanma problemi çözüme ulaşmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise, henüz refah düzeyine ulaşmadan yaşlanma probleminin ortaya çıkması çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde, ülke gelirleri kısıtlıdır ve sağlığın yanı sıra kamu tarafından sağlanması gereken diğer hizmetlere (eğitim, ulaşım, çevre vb.) de kaynak ayrılması gerekmektedir. Ülke gelirleri sabitken yaşlı sayısının artması, ülke gelirlerin dağıtım dengesini bozmakta ve sağlık hizmetlerine daha fazla pay ayrılmasına neden olmaktadır. TÜİK nüfus projeksiyonlarına bakıldığında 2050 yılına doğru genel ve yaşlı nüfus dağılımında Türkiye'nin gelişmiş ülkelere benzer bir yapıya ulaşacağı gözlemlenmektedir (Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007).

1.1.3. Yaşlıların Gereksinimleri (Tıbbi, Sosyal, Ekonomik)

Yaşlandıkça sağlık ve sosyal hizmetleri kullanma eğilimimiz artmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşım talebi ise ekonomik gereksinimleri artırmaktadır. Hızlı ve kontrol edilemez bir biçimde artan yaşlı nüfus; sağlık, sosyal ve ekonomik gereksinimlerin ‘‘karşılanmamış ihtiyaçlara’’ dönüşmesine neden olmaktadır. Yaşlılar için karşılanmamış ihtiyaçlar özellikle banyo yapma, ev ve bahçe işleri, kıyafetlerin giyilmesi ve alışveriş yapma gibi günlük yapılan aktivitelerdir. Yaşlıların çok az kısmı bu ihtiyaçlar için ücret karşılığında kendisine yardımcı edinebilirken, çoğu yaşlı ise, ekonomik yetersizlikler nedeniyle bu işleri kendileri yapmaktadırlar (Vlachantoni ve ark 2011).

Yaşlıların tıbbi gereksinimleri

Yaşlı nüfus incelendiğinde birden fazla kronik hastalığın (özellikle diyabet, fiziksel engellilik, ruhsal hastalıklar ve diğer hastalıklar) birlikte olduğu görülmektedir (Vlachantoni ve ark 2011, Rechel ve ark 2009). İstatistiklere bakıldığında 65 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık %80’inin en az bir kronik hastalığa, yaklaşık %50’sinin en az iki kronik hastalığa sahip olduğu ve ayrıca 65 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık %50’sinin hipertansiyona, %36’sının artrite, %20’sinin koroner kalp hastalıklarına, %20’sinin kansere, %15’inin diyabete ve %9’unun inmeye sahip olduğu görülmektedir. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkması ve aktif yaşamın azalması engelliliğe neden olmakta; banyo yapma, giyinme, yemek yeme ve hareket etme gibi günlük temel aktivitelerin yapılmasını engellemektedir (Aldrich ve Benson 2008). Bu duruma örnek olarak, kalça kırığına sahip olan hastaların ortalama yaşının 84 olması söylenebilir. Kalça kırığına sahip olan hastaların üçte birinin bunamaya, üçte birinin deliriuma sahip olduğu ve üçte birinin de (hastaneye gittikten sonra) evlerine dönemediği gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, kronik hastalıklar ve engellilik nedeniyle, yaşlı insanların uzun süre hastanede kalmasının olası olduğu bilinmektedir (Cornwell 2012).

Yaşlıların sosyal gereksinimleri

Kronik hastaların büyük çoğunluğu yaşlı hastalardır. Kronik hastalıklar izolasyon, artmış bağımlılık ihtiyacı, tıbbi ihtiyacın artması ve ekonomik sıkıntıların artması gibi durumları da beraberinde getirmektedir. Doğal olarak ta çoğu yaşlı

birey, yaşlılık dönemini bu sıkıntılarla geçirmektedir. Yaşlı insanların bir kısmı bağımsız olma, faydalı yaşayabilme ve yaşam deneyimini zenginleştirebilme imkanına sahipken; büyük çoğunluğu ise bu ihtiyaçlara ulaşamamakta ya da gereksinimleri karşılandığında haz duymamaktadır. Gelirin azalması, hastalık, fiziksel engellilik, aile ve arkadaşların kaybı, uygun olmayan yaşam şartları, yalnızlık ve toplum üyelerinden uzaklaşma bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir. Yaşlılar aileleriyle ya da kendi başlarına bu durumun üstesinden gelebilmek ya da bu durumdan kaçınmak için gayret göstermektedirler. Fakat çok az bir kısmı bu zorlukların üstesinden gelebilmektedir. Özellikle dışa bağımlı (başkasına muhtaç) yaşlılarda bu mücadele daha da zorlaşmaktadır. Bu durumun üstesinden gelebilmek için sosyal hizmetlerin artması ve kapsamlarının genişletilmesi gerekmektedir. Sosyal hizmetler alanında çalışanlar hem hastane de hem de evde bakım hizmetlerinde çok faydalı olabilirler (Cooper ve ark 1967).

Yaşlıların ekonomik gereksinimleri

Yaşlanan nüfus, sağlık hizmetlerinden faydalanmanın artması ve ülke gelirlerinin azalması şeklinde iki önemli sorun oluşturmaktadır. Yaşlanma ile birlikte çalışan ve üreten nüfusun azalması, emeklilik ve sağlık hizmetleri için ayrılan gelirin azalmasına neden olmaktadır. Yaşlanmanın artışıyla birlikte uzun dönemli bakım maliyetlerinin artmasının sağlık bakım hizmetleri üzerinde ki etkisi tartışma yaratmaktadır. Önlem alınmadığı sürece, nüfus yaşlandıkça yüksek bakım maliyetleri kaçınılmaz olmaktadır (Rechel ve ark 2009). Ekonomik koşulların kötü olması sağlık, eğitim, öz saygı, yaşam kalitesi ve yaşam sitili üzerinde etkilere sahip olan ve özellikle yaşlılık döneminde endişe yaratan büyük bir sorundur (Ramashala 2001). Yaşlı kişilerin özellikle engellilik ve ruh sağlığı ile ilgili ihtiyaçları hızla artmaktadır. Ancak bu hizmetleri sağlama maliyetleri (evde bakım ve hemşirelik hizmetleri) çok daha hızlı bir şekilde artmaktadır (Vlachantoni ve ark 2011). 65 yaş ve üstünde olan kadınların ekonomik güvensizlik ve yetersizlikleri erkeklerden çok daha fazladır (Wider Opportunities For Women 2012, United Nations Economic And Social Council Commission On The Status Of Women 1985). Ayrıca, düşük gelirli ve/veya azınlık olan, kırsal ve uzak bölgede yaşayan yaşlılar sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşım konusunda diğer yaşlılardan daha fazla zorluk çekmektedirler (Tangum ve Benson 2012).

Dünyada görülen yaşlı nüfusun artması, yaşlıların tıbbi gereksinimleri ve yaşlılara verilecek koruyucu sağlık hizmetleri konusunda hükümetlerin daha duyarlı olmasını ve bu duruma uygun politikalar yapmasını zorunlu hale getirmektedir (Shrivastava ve ark 2013, Rechel ve ark 2009).

1.1.4. Yaşlıların Sağlık Durumu ve Depresyon

Depresyon yaşlılıkta sık görülen bir durumdur. Kişisel gelişim hayat boyu sürmesine rağmen, yaşlanmayla beraber gerileme dönemi de başlamaktadır. Yaşlı bireyin fiziksel sağlığı gerileyebilir, günlük hareketlerinde yetersizlik oluşabilir, başkalarına bağımlı hale gelebilir, öz bakım kalitesi düşebilir, ekonomik durumu kötüleşebilir ve sosyal ilişkilerinde azalma görülebilir. Fiziksel ve sosyal çeşitli aktivitelerden yoksun olan yaşlı birey vaktinin çoğunu yalnız geçirebilir, geçmişte yaşadığı olumsuz durumlar nedeniyle suçluluk duyabilir ve mutsuz olabilir. Tüm bunların yanı sıra yaşlı bireyin yakınları ölebilir ve duyduğu yalnızlık hissi artabilir. Tüm bu nedenler yaşlılıkta depresif bozukluklar gelişmesine neden olabilir (Şahin ve ark 2012, Naveen ve Sudhakar 2013).

Yaşlanmayla birlikte görülen depresyon sıklıkla major (klinik) depresyondur (Taylor 2014). Yapılan epidemiyolojik araştırmalar major depresyonun 45-55 yaş arasında en yüksek noktaya ulaştığını, 60 yaşından sonra ilk kez major depresyon olma olasılığının düşük olduğunu vurgulamaktadır. Major depresyon sıklığının; fiziksel rahatsızlığı olmayan yaşlılarda %1-5 arasında, tıbbi ve cerrahi nedenlerle hastaneye yatan yaşlılarda %12 ve yaşlı bakım evlerinde kalan ve kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda %20-25'e kadar çıktığı ve önemli klinik semptomlar gösterdiği ifade edilmektedir (Eker ve Noyan 2004). Major depresyona sahip olan yaşlılarda sıklıkla duygusal tepkilerde azalma, uykusuzluk, günlük aktivitelerden haz alamama ve enerji azalması gibi durumlar meydana gelmektedir (Gazalle ve ark 2004). Çevreye uyumun bozulmasıyla ortaya çıkan major depresyonun ilerleyen dönemlerinde bunama görülmesi olası bir durumdur (Taylor 2014).

Yaşlılıkta depresyon risk faktörleri arasında, toplumsal cinsiyet eşitsizliği (kadın olmak), boşanmış olmak, düşük sosyoekonomik duruma sahip olmak, sosyal destekten yoksun olmak ve düşük özsaygı gibi etkenler gösterilmektedir (Tamam ve Öner 2001, Naveen ve Sudhakar 2013). Yaşlılarda depresyon düzeyi sıklığı ülkeden

ülkeye değişiklik gösterse de artan yaşlanmayla birlikte çoğu ülkede toplumsal bir sorun oluşturmaktadır. Depresyon rahatsızlığı olan yaşlılara hem toplum desteği hem de klinik destek vermek yaşlıların depresyonla mücadele etmesine yardım edebilir. Yaşlılara verilen toplum desteği bir yandan bireyin depresyonu yaşamın bir parçası olarak görüp başa çıkma davranışlarını artırırken, bir yandan da depresyonu bir rahatsızlık olarak görüp yardım arama davranışlarını artırabilir (Lim ve ark 2011).

1.1.5. Yaşlıların Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi

Yaşlılık dönemi; kronik hastalıklar ve sosyal statüde değişme gibi durumlar nedeniyle insanların maddi ve manevi bağımlı hale geldiği; yaşam kalitesinin azaldığı bir dönemdir. Eğer gereken önlemler alınmazsa tıp ki doğduğumuz zamanda olduğu gibi yaşlandığımızda da başkalarına tam bağımlı hale gelebiliriz (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015). Yaşlılıkta karşılaşılan arkadaşların ya da çocukların ölümü, evden ayrılıp huzurevlerine yerleşmek, sosyal ilişkilerin olmaması, düşme, hareket kaybı, ağız sağlığının kötü olması ve bağımsızlığın kaybedilmesi gibi durumlar yaşlılarda stres, depresyon (yaşamdan zevk alamama) ve deliryum (dikkat, bilinç ve davranış bozukluğu) gibi hastalıklara neden olurken yaşam kalitesini de düşürmektedir (Hayman ve ark 2007, Murphy ve ark 2007). Yaşam kalitesi algısı yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve kültürel faktörlerden etkilenir ve yaşam kalitesini artırabilirsek sağlık ve sosyal alanda pozitif sonuçlar elde edebiliriz (Nejati ve ark 2008). Yine yaşlılarda yaşam kalitesini artırmakla hafıza kaybının önlenmesi, fiziksel fonksiyonların ve bağımsız yaşamanın devam edebilmesi sağlanabilmektedir (Hayman ve ark 2007, Murphy ve ark 2007). BM 2010 raporunda yaşlı nüfusun dünya nüfusunun %11'ini oluşturduğu, 2050 yılında bu düzeyin %26'ya yükseleceğinin tahmin edildiği ifade edilmiştir. Yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalıklar, engellilik ve evde bakım hizmetleri ihtiyacı artmaktadır. Bu ihtiyaçları azaltabilmek için yaşlılarda yaşam kalitesini artırabilmek önemlidir. Bireylerin çocukluk ve yetişkinlik döneminde yaşam tarzı ve alışkanlıkları ileri yaşta ki sağlık durumunu belirlemektedir. Bu nedenle de erken yaşlarda edinilen ve yaşam boyu uygulanan sağlıklı yaşam davranışları; yaşlanan bireyin biyolojik ve bedensel sağlığını sürdürebilmesini, ussal ve sosyal yeterliliğini ve üretkenliğini artırabilmesini, özerkliğini sürdürebilmesini ve yaşamdan zevk alabilmesini etkilemektedir. Yaşlılarda yaşam kalitesini artırmak için, kronik hastalıklar ve çoklu

ilaç kullanımının önlenmesi, ağız ve diş sağlığına dikkat edilmesi, ekonomik sorunlara karşı önlem alınması, yeterli beslenmenin sağlanması ve yaşlıların bağımsız yaşamasına yardımcı olunması gerekmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015). İkamet edilen binaları, kamu binalarını, eğlence merkezlerini, toplu taşıma araçlarını ve yerleşim yerlerinde ki çevre düzenlenmelerini yaşlılar ve engellilere göre tasarlamak yani yaşlı dostu şehirler inşa etmekte yaşlıların yaşam kalitelerini artırmaktadır (United Nations Centre for Human Settlements (Habitat) 1993). Yine yaşlıların yemek pişirmeleri, resim yapmaları, müzik dinlemeleri, sinemaya gitmeleri, fiziksel aktivite yapmaları ve akranlarıyla birlikte vakit geçirmeleri de bunama ve depresyonu önlemektedir (Hayman ve ark 2007, Murphy ve ark 2007, Lin ve ark 2014). Yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmesi, fiziksel egzersiz yapması, sigaradan uzak durması, boş zamanlarını üretken değerlendirmesi, yeterli ve düzenli uyuyabilmesi, kazalardan korunması aktif yaşlanmayı sağlamaktadır. Yaralanmalardan korunmak amacıyla yaşlıların evlerini ve yaşlıların yaşadığı ortamları güvenli hale getirmekte yaşlıların yaşam kalitesini artırmaktadır (Gökçe-Kutsal http://www.turkgeriatri.org/ Erişim Tarihi 12.08.2015, Bilir http://www.turkgeriatri.org/pdfler/ Erişim Tarihi 12.08.2015).

1.1.6. Yaşlıların Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesi

Yaşam süresinin hızla artışı gibi bir gerçekle yaşamaya devam etmekteyiz. Artan yaşam süresi ise, aktif yaşlanma kavramını öne çıkarmaktadır. Yaşamın her evresinde kaliteli ve sağlıklı yaşamı edinebilmek ve geliştirebilmek; aktif bir yaşam/yaşlanma için önemlidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlıklı ve uzun yaşam gibi ifadeler 1980'li yıllarda DSÖ'de sağlık politikaları planlanırken tartışılmaya başlanmıştır. BM'nin kabul ettiği yaşlı ilkelerinin; bağımsızlık, bakım, katılım, kendini gerçekleştirme ve itibar/saygınlık olduğu, özellikle yaşlılara yönelik sömürünün önlenilmesi ve fiziksel aktivitenin arttırılması halinde yaşlıların sağlının korunması için yapılan çalışmaların başarılı olabileceği vurgulanmıştır (Richard ve ark 2005, Anadolu Üniversitesi 2012). Tartışmalar sonucunda sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin neden bu kadar önemli olduğuna dair cevaplar bulunmuştur. Bu cevaplar arasında, sağlığın; temel bir insan hakkı olduğu, yaşlanmayla birlikte yaşamdan haz duymanın göstergesi olduğu, bağımsız yaşayabilmek için ön koşul olduğu, yaşlılarda yaşam kalitesini artırmak ve yaşlıların topluma katkısını devam

ettirebilmek için önemli olduğu, ekonomik büyüme ve rekabetin belirleyicisi olduğu (çalışan nüfusun artışı ve emekliliğin azalması) vurgulanmıştır. Sağlıklı bir toplumun sağlık bakım harcamalarının ve sağlık bakım hizmetlerinin yükünü azalttığı da belirtilmiştir (Lis ve ark 2008).

DSÖ'nün sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önemini vurgulamasından sonra ki süreç içerisinde, UNECE artan yaşam süresine uygun bir şekilde sağlık politikalarının standartlaştırılması talebini üye ülkelere iletmiştir. Komisyon yaşlılarla ilgili önerdiği stratejilerin (yaşamın tüm evrelerinde; sağlığın teşvik edilmesi, hastalıklardan korunulması ve kazaların önlenilmesini, sigara ve alkol tüketiminin durdurulması, sağlıklı besinler tüketilmesi ve fiziksel aktivitenin arttırılmasını, koruyucu yasalar ve programlarla stresin azaltılması ve yaşlı dostu evler aracılığıyla aktif yaşlanmanın teşvikini, yaşlı dostu evler ile engelliğin azaltılmasını, sosyal bütünleşmenin desteklenmesini ve tüm bunlarında sağlık bakım hizmetlerine yarar sağlayacağını) yaşlıların tedavisine yardım ederken, yaşlılar ve bakımlarını üstlenen kişilerde oluşan/oluşacak olan ruhsal hastalıkları da azaltacağını belirtmiştir (United Nations Economic Commission For Europe 2010, Altarum Institute 2012).

Sağlıklı yaşamak ve yaşlanmak için, çalışmaya devam edebilmeyi de kapsayan aktif sosyal bir yaşam, düzenli fiziksel aktivite, iyi düzenlenmiş bir beslenme, periyodik sağlık kontrolleri ve önlenebilir hastalıkların erken teşhisi için özel tanı testlerinin yapılması (özellikle, kolorektal kanser ve meme kanseri için), ilaç kullanımının azaltılması, doktor kontrolü eşliğinde pnömoni ve grip aşılarının yapılması, ev güvenliğinin sağlanması düşme ve diğer yaralanmaların önlenmesi, bağımsız yaşamayı sağlamak için toplum hizmetlerine erişimin sağlanması gibi sekiz önemli eylem bulunmaktadır. Fakat bu eylemlere başlamak için engelliğin ortaya çıkmasını ya da yaşlanmayı beklemek çok geç kalınmasına neden olmaktadır. Örneğin; sigara içme, koroner kalp hastalıklarının, çoğu kanserin (özellikle akciğer kanserinin) nedenidir ve yaşlılarda ölüm ve engelliliğe neden olmaktadır. Doktorlar, bu tür kronik hastalıklara sahip yaşlılara sigara içmeyi yasaklamakta ve içmeye devam ettiklerinde neler olabileceğini anlatmaktadırlar. Sigaranın olumsuz etkileri sonucunda hastalığa sahip olan yaşlılar bir de bu hastalığın artması tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Sigarayı bırakmak isteyen çoğu yaşlı ise gençlere göre daha

iradesiz davranmakta ve çok daha fazla zorlanmaktadır. Bu nedenle sağlığın korunması ve geliştirilmesi faaliyetlerinin (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, alkol ve sigarayı bırakma) genç yaşlarda başlaması önemlidir. Yaşlılık döneminde sağlığın korunması için ise; uygun ve yeterli biçimde fiziksel, ruhsal ve sosyal aktivite yapılması, kronik hastalıklar nedeniyle oluşan engelliliğin, endişe verici ve aktif olmayan yaşamın en az seviyeye indirilmesi, gelecekte ki emeklilik için hazırlık ve terminal dönem (ölüm öncesi dönem) için destekleyici olmak gerekmektedir (Omenn 1990, Çavdar 2011, Tangum ve Benson 2012). Aktif yaşlanmanın ekonomik, sosyal, davranışsal, bireysel, fiziksel ve sağlık ve sosyal hizmetler gibi birçok belirleyicisi bulunmaktadır (Anadolu Üniversitesi 2012).

1.2. Yaşlılık ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Sağlık hizmetleri hem bireylere hem de topluma fayda sağlamaktadır, bu nedenle devlet sağlık hizmetleri üretim ve sunumunda aktif şekilde görev almaktadır. Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesi, verimliliği, aktif bir hayat sürebilmesi vb. faktörleri arttırması nedeniyle sağlıklı ve nitelikli insan gücünün bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Topuz 2009). Bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler demografik, sosyoekonomik, tutum ve davranış özelliklerini içeren *kişisel faktörler*, aileye ilişkin ve kamusal özellikleri içeren *kolaylaştırıcı faktörler* ve algılanan ve değerlendirilen ihtiyacı içeren *ihtiyaç faktörleri* olarak üçe ayrılmaktadır. Kişisel faktörler/demografik özellikler açısından bakıldığında 65 yaş ve üstü nüfusun 15-64 yaş arasında ki nüfustan, 1,8 kat daha fazla pratisyen hekim hizmeti kullandığı belirlenmiştir. Kişisel faktörler/sosyoekonomik özelliklere bakıldığında; etnik köken, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık hizmeti kullanımını etkilediği bulunmuştur. Kişisel faktörler/aileye ilişkin faktörlere bakıldığında; ailenin gelir düzeyi yüksekse ve hizmete ulaşım süresi kısa ise sağlık hizmeti kullanımının arttığı belirtilmiştir. Kolaylaştırıcı faktörler açısından bakıldığında; hizmetin ulaşılabilir, elde edilebilir ve ücretinin düşük olmasının ve kent ya da kırsal alanda yaşıyor olmanın da sağlık hizmeti kullanımını etkilediği bulunmuştur. Yine, algılanan ihtiyaç (hastalık şiddetini normal ya da çok kötü olarak değerlendiren hastalar) ve değerlendirilen ihtiyaç ta (kişi sağlık hizmeti talebinde bulunduktan sonra hekim tarafından belirlenen ihtiyaç) sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir (Erdem ve Pirinççi 2003).

1.2.1. Yaşlıların Sağlık Hizmeti Talep ve Kullanımları

Dünyada yaşlıların sağlık hizmeti talep ve kullanımları

Tüm dünyada yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak artış gösteren hastalıklar; sağlık hizmetlerinin kullanım kapasitesini zorlamaktadır ve sağlık sistemine ekstra yük getirmektedir (Shrivastava ve ark 2013). Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus sürekli artma eğilimindeyken, halen batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun %15'ini oluşturmaktadır. Bu durumun yanı sıra %15'lik yaşlı nüfus hastaneye başvuruların %50'den fazlasını yapmaktadır ve sağlığa ayrılan bütçenin yaklaşık %40'ını harcamaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015). 65 yaş ve üstü nüfusun %80'i bir ya da daha fazla, yaklaşık yarısı da iki ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olduklarını ifade etmektedirler. Artrit hastalığının 17-44 yaş arasında %5; 45-64 yaş arasında %15 ve 65 yaş ve üstü nüfusa gelindiğinde yaklaşık %50 olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde yaşlılarda kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, görme problemleri ve diğer kronik hastalıklar artmaktadır. 40-50 yıl önceki sağlık hizmeti talebinde önceliği pnömoni ve grip gibi akut hastalıklar üstlenirken günümüzde kalp hastalıkları, kanserler (özellikle akciğer, kolorektal ve meme kanseri), akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar üstlenmektedir. ABD (Amerika Birleşik Devletleri) Halk Sağlığı Birimi'ne bağlı Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu'na göre; doktorlar 65 yaş ve üstü grubu daha dikkatli incelemeli, danışmanlık vermeli ve bağışıklama konusunda yönlendirmelidirler. 65 yaş ve üstündekiler her yıl grip aşısı ve pnömokokal pnömoni için bir kez aşılama yaptırmış olmalıdırlar. Yaşlıları muayene eden doktorlar kan basıncına; kolesterole; kilo kaybı ya da alımına; kolon, meme ve servikal kanser yönünden incelemeye; görme ve işitme kaybına ve alkol kullanma problemine odaklanmalıdırlar. Yaşlılar mutlaka düşme yönünden de incelenmelidir. Düşme her yaşta görülse de yaşlıların üçte birinin yılda bir kez düştüğü; yaşlandıkça ve denge sistemleri hasar gördükçe bu durumun daha da artacağı belirtilmiştir (Fried 2000).

Türkiye'de yaşlıların sağlık hizmeti talep ve kullanımları

Türkiye'de yapılan araştırmalarda, yıllık hekime başvurma düzeyi 2,44 olarak bulunmuş ve gençlerin yaşlılara göre, doğu bölgelerinin batı bölgelere göre, kırsal bölgelerin kentsel bölgelere göre, sağlık sigortasına sahip olmayanların olanlara göre,

gelir düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığı belirlenmiştir. Yine herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların, kronik hastalığa sahip olmayanlara göre 3,5 kat daha fazla hekime başvurdukları bulunmuştur [Erdem ve Pirinççi 2003, OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ve Dünya Bankası 2008]. Yapılan araştırmalarda üriner inkontinansın yaşlılarda ve özellikle yaşlı kadınlarda çok sık görüldüğü fakat doktora başvurma yüzdesinin hastalığın sık görüldüğü yaşlı kadınlarda bile çok düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yine yaşlıların iklim değişikliği ve küresel ısınmaya bağlı olarak görülen sıcak hava dalgalarından en fazla etkilenen grup olduğu vurgulanmaktadır. Yaşlı hastalar işitme kaybı, inkontinans, konstipasyon, gece görülen bacak ağrısı, konfüzyon ve diğer bazı yakınmalarını yaşlılığın getirdiği bir durum olarak algılayarak sağlık hizmeti talebinde bulunmamaktadırlar. Yaşlılarda çoklu ilaç ve reçetesiz ilaç kullanımı da yüksektir. Kanser tanılarının yaklaşık yarısı 70 yaş ve üstüne konulurken, 50 yaş üstünde kolorektal kanser ve prostat kanseri prevalansı, kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, inme, demans/parkinson ve kas iskelet sorunları artmaktadır. Yaş ilerledikçe artış gösteren bu hastalıklar ise tüm ülkeler gibi bizim ülkemizde de yaşlıların sağlık hizmeti taleplerini artırmaktadır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2012a).

1.3. Yaşlılık ve Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarına fazla kaynak ayırabilen ülkelerde (özellikle gelişmiş ülkeler) sağlık göstergelerinin iyi olduğu ve sağlık göstergelerinde ki iyileşmenin de sağlıklı ve üretken bir toplumun belirleyicisi olduğu çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır. Sağlık harcamalarına ayrılan bütçe doktor, hastane, ilaç ve teknolojik olarak ileri düzeyde ekipman oluşturuyorsa ve yaşam yılını uzatıp, ölüm ve hastalık yüzdelerinde azalma gösteriyorsa o ülkede verimli ve etkili bir sağlık harcaması yapıldığı söylenmektedir (Karabulut 1999).

‘‘Sağlık harcamaları’’ denildiğinde; hastane, doktor, diş tedavisi, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerini kapsayan bir bütünden bahsedilmektedir. Verilen ‘‘sağlık hizmetlerinin tipleri’’ denildiğinde ise;

- *Ofis Tabanlı:* Ofis içinde görülen ve hem hekim hem de hekim dışı personel tarafından sunulan hizmet ve yapılan harcamaları kapsamaktadır.

- *Hastanede Yatarak Tedavi:* Hekim ve hekim dışı personel, hastane odası, hastanede sunulan tanı ve laboratuar hizmet ve giderlerini kapsamaktadır. Acil servis ve diğer yataklı servislerde sunulan hizmet ve harcamaları da kapsamaktadır.

- *Hastanede Ayaktan Tedavi:* Hastane polikliniklerinde hekim ve hekim dışı personel tarafından sunulan hizmet ve harcamaları kapsamaktadır.

- *Acil Servis:* Acil serviste verilen temel hizmet (hastanenin diğer bölümlerinde yatan ve acile konsültasyon, röntgen vb. gelen hastalar hariç) ve harcamaları kapsamaktadır.

- *Reçeteli İlaçlar:* Bir yıl içerisinde satın alınan veya reçeteye yazılan tüm ilaç masraflarını kapsamaktadır.

- *Diş:* Genel diş hekimi, diş teknisyenleri, diş cerrahları, diş hijyenistleri, ortodontist, endodontist ve periodontistlerde dahil tüm diş bakım sağlayıcıları tarafından sunulan hizmet ve onlara yapılan ödemeleri kapsar.

- *Ayakta Tedavi:* Ofis tabanlı, hastanede poliklinikte ve acil serviste ayakta sunulan tedavilerin birleştirildiği hizmet ve harcamaları kapsar.

- *Evde Bakım:* Hem kuruluşlar hem de bağımsız bakım sağlayıcılar tarafından evde sunulan sağlık hizmetleri ve giderlerini kapsamaktadır.

- *Diğer:* Çeşitli tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri için olan harcamalar da dahil ayrı bir kategori olarak belirtilmeyen tüm kategorilerde yapılan hizmet ve harcamaları kapsamaktadır (Steven ve Machlin 2009).

1.3.1. Yaşlıların Sağlık Harcamaları

Dünyada yaşlıların sağlık harcamaları

Yunanistan, ABD ve Meksika dışında ki OECD ülkelerinde sağlık finansmanı halen kamu sektörüdür. 2005 yılında kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamaları Yunanistan'da %42,9, ABD'de %45,1 olarak belirlenmiştir. Diğer OECD ülkelerinden; Norveç, İzlanda, Danimarka, İsveç, Birleşik Krallık ve Japonya'da ise kamu harcamaları %80'in üstünde bulunmuştur. 2012 yılında OECD

ülkelerinde kamu harcamaları %72,5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de ise 2012 yılında sağlık harcamalarının %77'si kamu kaynakları ile finanse edilmiştir. Bu kamu payı, OECD ülkeleri ortalamasının biraz üzerinde bulunmuştur (OECD ve Dünya Bankası 2008, Çelik 2011, Ardıç ve Köşkeroğlu 2014).

Avrupa Komisyonu'nun yaptığı çalışmaya göre; 2007'de %7,5'e yükselen sağlık harcamalarının 2060 yılına kadar %7,6 ile %14,9 arasında bir artış göstermesi beklenmektedir (Appleby 2013). Japonya'da da sağlık harcamalarının 1990-2011 yılları arasında büyük bir artış gösterdiği belirlenmiş, bu durumun nedeni olarak yaşlanma ve gelişen teknoloji sonucunda sağlık hizmetlerinin pahalanması gösterilmiştir (Nozaki ve ark 2014). Geçmişten günümüze yapılan sağlık harcamaları da nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak değişmiştir. Eskiden en fazla sağlık harcaması bebek ve çocuklar için yapılırken şuanda yaşlıların sağlık harcamaları bebek ve çocukları geçmiştir ve önümüzdeki yıllarda artarak devam edecektir. Yapılan araştırmalarda yaşlıların yıllık maliyetinin gençlerden 4-5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. En yaşlı grup olan 85 yaş ve üstünün; 65-74 yaş arasındaki gruptan üç kat, 75-84 arasındaki gruptan iki kat daha fazla sağlık hizmeti aldığı belirlenmiştir. Yaşam süresinin artması kaçınılmazken, yaşlıların artan sağlık harcamalarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Alemayehu ve Warner 2004).

Dünyada ki yaşlı nüfusun yarısından fazlası düşük gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve ortalama gelirleri genç nüfustan düşüktür. 1950'de gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların işgücüne katılımı %40 ve gelişmiş ülkelerde %23 iken; 50 yıl sonra (2000'li yıllarda) gelişmekte olan ülkelerde %26 ve gelişmiş ülkelerde %8'e düşmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların %80'inin düzenli bir geliri yoktur ve uygun olmayan çalışma koşullarında düşük ücret ile çalışmaktadırlar. Bu durumun yanı sıra yaşlı bireylerin işgücü verimliliği de düşüktür. Yaşlı nüfus artışına paralel olarak yaşlı bağımlı nüfusu, emekli sayısı ve sağlık harcamaları artarken; vergi ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan genç nüfus, ekonomik büyüme ve doğum yüzdesi azalmaktadır. Diğer faktörler aynı iken, yaşlı insanların sayıca artması sağlık harcamalarını artırmaktadır (Orhaner 2006, Gümüş 2010, Mandıracıoğlu 2010).

OECD ülkeleri için, sağlık harcamalarının temelini oluşturan faktörler;

- Demografik faktörler ve sağlık durumu

- Gelir
- Tüketici/hasta davranışları
- Teknolojik süreç ve değişimler
- Sağlık harcamaları ve üretim
- Sağlık bakımı sistemi organizasyonları (Appleby 2013).

ABD ülkeleri yaşlılara çocuklardan 2,4 kat daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Yine, çoğu ülkeden daha fazla yaşlı nüfusuna sahip ve yaşlı harcamaları konusunda hazırlıklı olan OECD ülkeleri de yaşlılara yüksek düzeyde sağlık harcaması yapmaktadır (Isaacs 2009).

Doğan her bireyin önce çocuk sonra yetişkin olması ve sonrasında da yaşlanması kısır bir döngü şeklinde ve kaçınılmaz olarak devam etmektedir. Gençler bir taraftan sağlık harcamalarından az yararlanırken bir taraftan da sağlık hizmetlerini finanse edebilmek ve emeklilik masraflarını karşılayabilmek amacıyla daha fazla çalışmaktadırlar. Bu durum giderek artan bir şekilde devam etmektedir (Isaacs 2009).

Türkiye'de yaşlıların sağlık harcamaları

Türkiye'de sağlık harcamaları son yıllarda önemli bir artış göstermiştir. OECD verilerine göre, Türkiye'de sağlık harcamalarına yapılan toplam harcamaların GSYH (Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla) içinde ki payı 1980'de %2,4 iken, 2005'de %5,7'ye, 2007'de %6'ya yükselmiştir. Ayrıca, yapılan araştırmalarda Türkiye'nin orta üstü gelirli ülkeler ortalamasına yakın bir sağlık harcama düzeyine sahip olduğu ve 2007 yılında Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamasının orta gelirli ülkelerin yaklaşık 3 katı düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Çelik 2011). Sağlık harcamalarının artış nedenleri olarak ise, tedavisi uzun süren ve pahalı olan sağlık sorunlarının ortaya çıkması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, aile hekimliği uygulamasının yetersiz olması, ilaç rejimindeki akılcı olmayan uygulamalar, sosyal güvenlik sisteminde ki sorunlar ve yeşil kart programı gösterilmektedir (Karagöz ve Tetik 2009, Candaş ve ark 2010, Çelik 2011). Türkiye kişi başı ortalama sağlık harcaması bakımından; coğrafi olarak kendine yakın olan

Avrupa, Merkezi Asya ve Orta Doğu ülkelerinden farklıdır ve coğrafi olarak daha uzakta ve gelişmekte olan Latin Amerika ülkelerine benzemektedir (Çelik 2011).

Türkiye'de 1990'lı yıllardan günümüze kadar gelen ve uygulamaya geçirilen sağlık reformlarının içeriğinde sağlık hizmeti sunumunda kamunun payının azaltılması, özel sektöre ve kişisel sorumluluğa önem verilmesi ve sağlık hizmetlerinde rekabet ve sözleşme gibi araçların uygulanmasını içeren yeni liberal eğilimler yer almaktadır. Türkiye'de sağlık finansmanı ile ilgili yapılan son düzenleme, 2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu"nun kabulüdür. Yasa, (ilk kez) zorunlu devlet katkısını ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamına alan GSS (Genel Sağlık Sigortası) sistemini uygulamaya koymuştur. GSS'nin genel gelirleri işçi, işveren ve devlet primleri ve katılım payları olarak belirlenmiştir. Yasa; kısa ve uzun vadeli sigorta işlerinin yürütülmesinden SGK'yı (Sosyal Güvenlik Kurumu) sorumlu tutarak; Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR'u (Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) yürürlükten kaldırmıştır. SGK'nın sigortalıya (iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklarda); sağlık yardımı yapması, protez araç ve gereçlerini sağlaması, geçici iş göremezlik ödeneğini vermesi, gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt dışına göndermesi vb. hizmetleri vermesi uygun görülmüştür. Yani ikinci basamakta ki hizmet satın alımı görevi SGK'ya devredilmiştir (Yaşar 2007). Ülkemizde yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık üçte biri vatandaşlar tarafından cepten ödenen tedavi ve ilaç masrafları olarak, geri kalan kısmı da vergiler, primler, özel sağlık sigortaları olarak yapılmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan ya da yeşil karta sahip olan bireylerde cepten yapılan harcamalar sağlık sigortası kapsamında olanlardan daha yüksektir ve onlar için bu durum büyük bir sorundur (Candaş ve ark 2010, Atasever 2014). Tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizlik yeşil kartlılarda %93, sigortalı olanlarda ise %73 düzeyindedir (Yaşar 2007).

1.3.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Sağlık Sektöründe Maliyet Yönetimi

Günümüzde pek çok ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti, bireyleri ekonomik açıdan zor duruma düşürecek kadar yüksektir. Sağlık hizmetleri için yapılan harcama, ülkelerin enflasyon hızından çok daha yüksek bir artış göstermektedir. Sağlık hizmetleri harcamasını artıran etkenler olarak, demografik,

epidemiyolojik, teknolojik, iletişim ve ulaşım olanakları, felsefi, sigorta uygulamasının yaygınlaşması, üretkenlik ile ilgili değişim, savunmacı tıp ve gelir artışı gösterilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bile sağlık hizmetlerinin finansmanı için sürekli çözümler aranmaktadır (İstanbulluoğlu ve ark 2010).

Ülkeler GSYH gelirlerinin önemli bir kısmını vatandaşların sağlık harcamaları için kullanmaktadırlar. Bu nedenle sağlık hizmeti finansmanı, maliyeti ve maliyet yönetimi konuları sürekli gündemde olan ve karar vericiler tarafından önemli kabul edilen konular arasındadır (Erkol ve Ağırbaş 2011).

Sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmeti; hastaneler, sağlık ocakları, laboratuvarlar, röntgen vb. diğer yerlerde sunulan sermaye unsurları ve bu sermaye unsurlarını sunan hekim, hemşire, hasta bakıcı, laborant, röntgen teknisyeni vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmeti arzı, sağlık kurumlarının belirli bir zamanda belirli bir fiyattan sağlık hizmetlerinden satmaya razı oldukları miktardır ve hekim sayısı, teknoloji, hastane ve araç-gereç durumuna göre değişiklik gösterir. Sağlık hizmeti talebi ise, bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kurumlarından faydalanabilme imkanıdır ve eğer sağlık sigortası var ise sağlık hizmetinin fiyatı talebi etkilemez. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli unsur, sağlık ihtiyacının yaşamın devamlılığının sağlanması için zorunlu bir ihtiyaç olmasıdır (Orhaner 2006). Sağlık hizmetlerinde arz ve talep diğer sektörlerden farklılık göstermektedir. Mal veya hizmetin fiyatı, kişilerin gelir düzeyi, zevkleri ve tercihleri talebi etkileyen faktörler arasında sayılırken; hizmetin fiyatı, üretim fiyatları, diğer üreticilerin fiyatları, teknolojik gelişmeler, vergi ve devlet müdahalesi gibi faktörlerde arzı etkilemektedir. Fakat sağlık hizmetleri üretimi ve sunumu talep edenlerin tam bilgiye sahip olmaması, talepte kesinlik olmaması, bazen tekelcilik olması, kısıtlamalar, dışsallıklar, kamu katkısı ve zorunlu devlet müdahalesi gibi konularda diğer sektörlerden farklılık göstermektedir. Yaşlı sayısının artması, akut hastalıkların yerini kronik hastalıklara bırakması, teknolojik gelişmelerin artması gibi nedenler karar vericileri kıt kaynaklarla daha fazla sağlık hizmeti sunma ve finanse etme sorunuyla mücadele etmek zorunda bırakmıştır (Ardıç ve Köşkeroğlu 2014).

Maliyet kullanıldığı yere göre birçok anlam taşır ve genel olarak elde edilmek istenilen mal veya hizmete ulaşmak için yapılan doğrudan veya dolaylı her türlü

harcama/fedakarlık demektir (Bekçi ve Özal 2010, Anadolu Üniversitesi 2013). Maliyet yönetimi ise;

''*Küresel piyasalarda zamanlama, maliyet, kalite ve fonksiyonellik açısından rekabet edilebilir, mamul ya da hizmet üretiminde kaynakların verimli kullanımı için yöneticilere yardımcı olacak bilginin sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır*'' (Bekçi ve Özal 2010, Stratejik maliyet yönetiminin sağlık sektöründe uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma, s. 80).

Sağlık hizmetleri finansmanında temel amaç;

''*İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin uygun yer ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan hakkaniyetli, etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde alınabilmesi için, kabul edilebilir bir teminat paketinin ve yine kabul edilebilir bir kapsam derinliği ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde bulunabilir ve sürdürülebilir kılmaktır*'' şeklinde tanımlanmıştır (Yıldırım ve ark 2011, Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi, s. 73).

Sağlık finansman kaynakları denildiğinde genel vergiler, kamusal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödeme (doğrudan ödeme) yer almaktadır (Yıldırım ve ark 2011, İstanbulluoğlu ve ark 2010). Bunların arasından cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları özel finansman yöntemleri içerisinde yer alırken; sosyal sağlık sigortacılığı, vergilerle finansman, fonların havuzlanması, hizmet sunucularına ödeme yapma ise kamusal nitelikli finansman kaynakları içerisinde yer almaktadır. Cepten ödemeler; bireylerin sağlık hizmeti kullanmak amacıyla doğrudan kendileri yaptıkları tüm harcamalardır. Özel sağlık sigortaları, gelir düzeyi göreceli olarak yüksek bireylerin sağlık hizmetlerinden kendi imkanlarıyla faydalanmalarını sağlamak ve bu sayede kamu kaynaklarının düşük gelirli ve dezavantajlı gruplar için harcanmasını sağlamak amacıyla yapılan kar amaçlı sigorta sistemidir. Tıbbi tasarruf hesapları, kişilerin ve/veya kuruluşların gelecekte karşılaşabilecekleri sağlıkla ilgili olumsuz durumlara karşı gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve bu parayı yalnızca sağlık giderleri için kullanmalarıdır. Sosyal sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi ve herkese sağlık güvencesi sağlamak amacıyla devlet/kamu tarafından sunulan sigortadır. Vergilerle finansman; genel gelir

vergilerinin bir kısmının sağlık hizmetleri sunumunda kullanılmasıdır. Fonların havuzlanması; sağlık finansmanında tek bir havuzun bulunması ve tüm fonların burada toplanması bu sayede de belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılması anlamına gelmektedir. Hizmet sunucularına ödeme yapma; hizmeti sunan kişilere ödeme yapma demektir ve hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme gibi farklı yöntemleri bulunmaktadır (İstanbulluoğlu ve ark 2010).

Kamu da yapılan sağlık harcamaları cari, yatırım ve transfer harcamaları şeklinde üçe ayrılmaktadır. Personel giderleri, yolluklar, hizmet alımları, demirbaş ve sarf malzemeleri alımları *cari harcama* grubunda; makine-teçhizat ve taşıt alımları, yapı-tesis ve onarım giderleri *yatırım harcamaları* grubunda; proje giderleri, borç ve faiz ödemeleri, Yeşil Kart programı ve Dayanışma Fonu kapsamında yapılan ödemeler gibi harcamalar ise *transfer harcamaları* grubunda yer almaktadır (Karagöz ve Tetik 2009).

Sağlık kuruluşlarına başvurunun ve teknolojinin artması gibi nedenler, sağlık giderlerinin günden güne artmasına neden olmaktadır. Ülkemizde sağlık harcamalarında finansman kaynaklarından en önemlisi vergilerdir. Sonrasında ise; kamu ve özel sağlık sigortası nedeniyle sigortalı, işveren ve devletin ödediği primler gelmektedir. Son yıllarda yapılan düzenlemelerle özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkıları arttırılmaktadır (Orhaner 2006).

65 yaş ve üstü bireylerde görülen kronik hastalık sayısı fazladır ve artan yaşa bağlı olarak artış göstermektedir. Kronik hastalıklar yavaş seyirli, uzun süre devam eden ve tam iyileşme sağlanamayan hastalıklardır. Yaşlılıkta görülen fizyolojik ve biyolojik değişikliklerin yanı sıra ortaya çıkan kronik hastalıklar yaşlıların sağlık kuruluşları başvurularının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olmasına neden olmaktadır. Sağlık kuruluşlarına bu hastalıklar nedeniyle yapılan başvurularda tam bir iyileşme sağlanamadığı için de, aynı nedenlerle olan sağlık kuruluşu başvuruları sayıca artış gösterme eğilimindedir. Ülkemizde de sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlılar başvurduktan kısa bir süre sonra aynı ya da farklı nedenlerle tekrar tekrar sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Özellikle iyileşmediğini düşünen, verilen sağlık hizmetinden ya da sağlık kuruluşundan memnun olmayan bireyler tekrar aynı

ya da farklı sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Bu nedenle de 65 yaş ve üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı çok fazladır. Bu durum sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin büyük bir kısmının yaşlıların bakım ve tedavilerine harcanmasına neden olmaktadır. Bu kapsamda yaptığımız araştırmanın amaçları;

- ✓ Yakın vadede; ‘‘Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmalarıyla ilgili bazı davranışları, aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklıkları, depresyon sıklıkları, yaşam kaliteleri ve bu konularla ilişkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum vb. gibi faktörler belirlenecektir’’.

- ✓ Orta ve uzun vadede; ‘‘Yaptığımız araştırmada, sağlık kuruluşlarına tekrar başvuru nedenleri de belirlenecektir. Sağlık kuruluşlarına tekrar başvurma nedenlerinin öğrenilmesi sağlık politikalarının planlanması ve uygulanmasına yardımcı olacaktır’’ şeklinde belirlenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Burdur il merkezinde yapılmıştır. 2014 yılında Burdur merkez nüfusu 75,460 olarak belirlenmiştir. Burdur il sınırları içerisinde ki toplam nüfus 256,898; 65 yaş ve üstü nüfus ise 35,339 olarak belirlenmiştir (Nüfus ve demografi, http://www.tuik.gov.tr/ Erişim Tarihi 12.08.2015, Türkiye İstatistik Kurumu 2014a).

2.2. Araştırma Hipotezi

H1: Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı fazladır.

H2: Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde depresyon sıklığı fazladır.

H3:Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kaliteleri düşüktür.

2.3. Araştırma Evreni

Burdur merkez nüfusunun tamamı 75,460 kişi olup, bu nüfusun 10,413'ü 65 yaş ve üzeridir. Araştırma evreni olarak 65 yaş ve üstü nüfus seçilmiştir.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada, geniş coğrafi alanlarda yapılan sağlıkla ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılan nüfusa ağırlıklı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Küme örnekleme yönteminde, araştırmada kullanılacak minimum birey sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanılmıştır. Örnek büyüklüğü %5 yanılma düzeyinde desen etkisi 2 iken 768 birey olmaktadır (Deveci ve ark 2005, Dünya Sağlık Örgütü 2012, Özdemir ve ark 2013).

$$N_{min} = \frac{DE.z^2.p.(1-p)}{d^2}$$

N: Örneklem büyüklüğü

DE: Desen etkisi (sabit=2)

z: 1,96'nın karesi

p: Olayın görülme sıklığı (0,50*)

d: Güven aralığı

*p değeri bilinmediği için (evrende gerçekleşme yüzdesinin alt ya da üst sınırlarını kestirme olanağı bulunmadığı için) 0,50 olarak alınmıştır

Küme örnekleme yöntemi aracılığıyla araştırmanın örneklemi (768) 770 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada, DSÖ'nün önerdiği 7'lik küme hacmi daha büyük tutulmuş ve 10 olarak alınmıştır. Buna göre araştırmaya alınacak küme sayısı 77 (770/10=77) olarak hesaplanmıştır.

Burdur merkezde bulunan toplam nüfus ve mahalle nüfusları 2014 TÜİK raporuna göre belirlenmiştir. Kümelerin alınacağı yerleşim birimleri nüfusa ağırlıklı sistematik yöntemle tespit edilmiştir. Bunun için toplam nüfus küme sayısına bölünerek örneklem aralığı bulunmuştur (75,460/77=980). Başlangıç harfine dayalı biası önlemek için mahallelere tabakalı alfabetik sıralama yapılmıştır. Oluşturulan listede kümülatif nüfuslar hesaplanmıştır. İlk kümenin bulunduğu yerleşim birimi, ilk örneklem aralığından rastgele sayılar yardımıyla tespit edilmiştir (547). İlk kümenin yer aldığı yerleşim yerinin kümülatif nüfusuna örneklem aralığı eklenerek 2., tekrar eklenerek 3., ..., ve 77. kümenin alınacağı yerleşim yeri tespit edilmiştir.

Eksik veya hatalı doldurmalar olacağı düşünülerek her küme/mahalleden 1 kişi fazla olacak şekilde toplamda 798 kişiye ulaşılmıştır. Her kümeden seçilen en sonuncu kişi, o kümede ki örneklemin 1 fazlası olduğu için sadece o kümede eksik veya hatalı veriye sahip anket olduğunda kullanılmıştır. Toplam 770 kişinin anketi çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Örneklemin tamamına ulaşılmıştır.

2.5. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte analitik bir araştırmadır.

2.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum yeri, eğitim durumu, aylık gelir, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan kişiler, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kronik hastalık durumu, kronik hastalık sayısı, sürekli kullanılan ilaç, sürekli kullanılan ilaç sayısı, sağlığı algılama, sağlık güvencesi varlığı, sağlık güvencesinin ne olduğu, hastalandığında ilk yapılan uygulama, hastaneye başvuru öncesi ilaç kullanımı, sağlık kuruluşuna en sık başvuru yapılan saatler, ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluş, ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluşu tercih etme nedeni, ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluşa ulaşım şeklidir.

Bağımlı değişken ise aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı, depresyon sıklığı ve yaşam kalitesidir.

2.7. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçler

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla yaşlıların sosyodemografik ve sağlık hizmetleri kullanımı (sağlık kurumlarına başvuru sıklığı) özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış olan veri formu, Yesevage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen ve Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılan GDÖ (Geriatrik Depresyon Ölçeği) ve WHOQOL (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi) grubu (Bullinger ve ark) tarafından 1966 yılında yaşlılar için geliştirilen ve Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan WHOQOL-OLD (Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği) kullanılmıştır. Veri toplamada kullanılan anket formları Ek A, Ek B, Ek C ve Ek D'de verilmiştir.

2.7.1. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Yesevage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen GDÖ'nün ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. GDÖ "evet" ya da "hayır" seçeneklerinden oluşan ve anlaşılması kolay ifadeler içeren bir ölçektir. Ölçekte 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 28'inci sorular ters ifade içermektedir. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, depresyon aleyhine verilen her bir yanıt için 0 puan işaretlenmektedir. Elde edilen toplam puan bireyin

depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puanlaması; 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 puan "olası depresyon", 14 ve üzeri puan "kesin depresyon" şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin puanı yükseldikçe bireyde depresyon yükselmektedir. Ölçekten alınabilecek puan, en az 1 ve en fazla 30'dur. GDÖ'ye verilen puanlar 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. sorulara verilen her "hayır" yanıtı için 1, "evet" yanıtı için 0 puan; 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28. sorulara verilen her "evet'' yanıtı için 1, "hayır" yanıtı için 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Tüm maddelerden alınan puanlar toplanarak her yaşlı birey için toplam ölçek puanı elde edilmektedir (Demir ve ark 2013).

2.7.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)

WHOQOL grubu yaşlıların yaşam kalitesini ölçmek ile ilgili ihtiyacı karşılayabilmek amacıyla 22 ülkede aynı zamanlı/birbirine paralel bir yaklaşım kullanarak WHOQOL-OLD'u geliştirmiştir (Bullinger ve ark 1996).

Diğer 22 çalışma merkezi ölçeği kendi yapılarına uygun hale getirme çalışmalarını sürdürürken, Türkiye'de ki (İzmir) merkezde de eşzamanlı olarak ölçeğin Türkçe sürümü geliştirilmiştir. WHOQOL-OLD modülü, Türkiye'de yaşlı nüfus için geliştirilmiş ilk genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeğidir (Eser ve ark 2010).

WHOQOL-OLD modülü; altı alt boyuta sahip, 24 sorudan oluşan ve sorulara cevabın beşli likert tipte verildiği bir ölçektir. Altı boyut içerisinde "Duyusal İşlevler" (1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular), "Özerklik" (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri" (12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), "Sosyal Katılım" (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), "Ölüm ve Ölmek" (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve "Yakınlık" (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular) yer almaktadır. Alt boyut puanları, 4–20 aralığında değer almaktadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla "toplam puan" da hesaplanabilir. Puanın artması yaşam kalitesinin de arttığını göstermektedir. "*Duyusal İşlevler*" boyutu ile duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirilir. *"Özerklik"* boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. "*Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri"* boyutu yaşamdaki başarılardan elde edilen doyumu ve geleceğe bakışı gösterir. *"Sosyal Katılım"* boyutu özellikle

toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır. *"Ölüm ve Ölmek"* boyutu ise ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır, "Yakınlık" boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir (Eser ve ark 2010).

2.7.3. Sosyodemoğrafik/Kişisel ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Bilgi Formu

Araştırmada, WHOQOL-OLD ve GDÖ'nün yanı sıra araştırmaya katılanların sosyodemografik ve sağlık hizmetleri kullanımı özelliklerini öğrenmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan 40 soruluk bilgi formu kullanılmıştır.

2.8. Araştırmanın Uygulanması

Örneğe çıkan yerleşim birimindeki kümeye ulaşmak için olağan ulaşım araçlarıyla gidildiğinde yerleşim yerinin merkezindeki belirgin bir noktadan (meydan, okul, cami vb.) Doğu-Güney açısındaki ilk sokağa girilmiştir. Sokağın sol sırasından ilk hane atlanmış ve bir sonra ki hanede 65 yaş ve üstü birey olup olmadığı öğrenilmiş ve varsa anket uygulanmıştır. Sonrasında sırasıyla ikinci, üçüncü, dördüncü şeklinde devam ederek hanelerdeki kişiler ile görüşülmüş ve o kümeden seçilen 65 yaş ve üstü kişi sayısına ulaşılana kadar evlerin kapısı çalınmıştır. Evde kimsenin olmadığı ya da 65 yaş ve üstü bireylerin olmadığı haneler geçilmiştir ve bir sonraki hanedeki (varsa) 65 yaş ve üstü kişilerle görüşülmüştür. İlk sokaktaki hanelerin yetmemesi durumunda saat yönünde ve paralel sokaktaki hanelerle görüşülmüştür. Her kümeden görüşülen 65 yaş ve üstü bireylerin cinsiyet orantısının 1/3'ten az olmamasına dikkat edilmiş ve erkek-kadın cinsiyeti eşit sayıda olacak şekilde araştırma tamamlanmıştır. Meskenlerin apartman olması halinde apartmanda bulunan daire sayısı göz önünde bulundurularak her apartmandan en fazla rastgele iki hane (iki yaşlı) kümeye alınmıştır. Anket formlarının doldurulması 30-60 dakika sürmüştür.

2.9. Ön Deneme

Araştırmaya başlamadan önce örnekleme çıkmamış olan kümelerden/mahallelerden (Çeşmedamı, İnönü, Kuyu, Necati Bey, Recep, Sinan, Üçdibek) rastgele seçilen toplam 50 kişiye anket uygulanarak ön deneme yapılmıştır.

2.10. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.11. Etik Konular

Araştırmanın içeriği yaşlılara anlatılmış, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu ve katılmak istemeyenlere herhangi bir yaptırım uygulanmayacağı belirtilmiştir.

2.12. Araştırma İzinleri

Araştırma yapabilmek amacıyla, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Birimi'nden (31.03.2015 tarihli ve 2015/108 numaralı karar) ve Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

2.13. Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 16 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ($p>0,05$ ise normal dağılıma uygun) ile değerlendirilmiştir. Veriler yüzde ve ortalama ± standart sapma şeklinde özetlenmiştir. Verilerin analizinde; bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans analizi, post-hoc çoklu karşılaştırma testleri (Tukey HSD ve Tamhane), regresyon analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır ve %95 güven aralığında $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 70,89±6,31'dir. Araştırmaya katılan yaşlıların %50,0'si kadın ve %57,0'si evlidir. Araştırmaya katılan yaşlıların %33'ünün öğrenim düzeyi ilkokul, %50,3'ü emekli, %62,9'unun algıladığı gelir düzeyi orta ve %51'i eşiyle yaşamakta idi. Araştırmaya katılan yaşlıların %5,7'si alkol, %19,5'i sigara kullanmaktadır (Çizelge 3.1.).

Çizelge 3.1. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Sosyodemoğrafik Özelliklerine Göre Dağılımı.

Özellikler		n	%
Yaş	65-74	584	75,7
	75-84	144	18,7
	85 ve üzeri	42	5,6
Cinsiyet	Kadın	385	50
	Erkek	385	50
Medeni durum	Bekâr	25	3,2
	Evli	439	57,0
	Eşi ölmüş	266	34,5
	Boşanmış	31	4,0
	Ayrı yaşıyor	9	1,2
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	148	19,2
	Okuryazar	168	21,8
	İlkokul	254	33,0
	Ortaokul	78	10,1
	Lise	64	8,3
	Üniversite ve üstü	58	7,5
Çalışma durumu	Çalışmıyor	291	37,8
	Halen çalışıyor	91	11,9
	Emekli	388	50,3
Aylık Gelir (Algılanan)	Orta altı	174	22,6
	Orta	484	62,9
	İyi	112	14,5
Çocuk sayısı	1	38	4,9
	2	175	22,7
	3	210	27,3
	4 ve üzeri	303	45,1
Doğum yeri	İl merkezi	279	36,2
	İlçe merkezi	278	36,1
	Belde/köy	213	27,7
Birlikte yaşanılan kişiler	Eşiyle	393	51,0
	Yalnız	206	26,8
	Çocuklarıyla	125	16,2
	Eşi ve Çocuklarıyla	32	4,2
	Akrabalarıyla	10	1,3
	Huzurevinde	3	0,4
	Bakıcısıyla	1	0,1
Alkol kullanma durumu	Evet	44	5,7
	Hayır	637	82,7
	Geçmişte kullanmış	89	11,6
Sigara kullanma durumu	Evet	150	19,5
	Hayır	495	64,3
	Geçmişte kullanmış	125	16,2
Toplam		770	100,0

Araştırmaya katılan yaşlıların %64,0'ü en az bir kronik hastalığı olduğunu, %65,7'si sürekli ilaç kullanmakta olduğunu, %44,7'si sağlığını iyi olarak algıladığını, %94,8'i sağlık güvencesine sahip olduğunu ve sağlık güvencesine sahip olanların da %38,0'i SSK sağlık güvencesine sahip olduğunu söylemiştir (Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılanların Sağlık Durumları İle ilgili Bazı Özellikleri.

Özellikler		n	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	493	64,0
	Hayır	277	36,0
Kronik hastalık sayısı*	1	220	44,7
	2	184	37,3
	3	63	12,7
	4	18	3,7
	5	6	1,2
	6	1	0,2
	7	1	0,2
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	506	65,7
	Hayır	264	34,3
Sürekli kullanılan ilaç sayısı**	1	157	31,0
	2	153	30,2
	3	101	20,0
	4	43	8,4
	5	31	6,2
	6 ve üzeri	21	4,2
Sağlığı algılama	Çok iyi	39	5,1
	İyi	344	44,7
	Kararsız	212	27,5
	Kötü	155	20,1
	Çok kötü	20	2,6
Sağlık güvencesine sahip olma durumu	Evet	730	94,8
	Hayır	31	4,0
	Bilmiyorum	9	1,2
Sahip olunan sağlık güvencesi***	SSK	277	38,0
	BAĞKUR	168	23,0
	Emekli sandığı	152	20,8
	Yeşil kart	125	17,1
	Ücretli	8	1,1

*Kronik hastalığa sahip olan 493 kişi değerlendirilmiştir.
** Sürekli ilaç kullanan 506 kişi değerlendirmeye alınmıştır.
***Sağlık güvencesine sahip olan 730 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin çalışma durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=3,3; p<0,01). Çalışıyor olanların %25,3'ü, emekli olanların %24,2'si ve hiç çalışmamış/ çalışmıyor durumda olanların %92,1'i kadındır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin alkol kullanmaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=69,1; p<0,01). Alkol kullananların %79,5'i, geçmişte alkol

kullananların %84,3'ü erkektir. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sigara kullanmaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=1,7; p<0,01). Sigara kullananların %78'i geçmişte sigara kullananların %85,6'sı erkektir. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalığa sahip olmaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=4,1; p=0,04). Kronik hastalığa sahip olanların %52,7'si kadındır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sürekli ilaç kullanmaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=8,3; p<0,01). Sürekli ilaç kullananların %53,8'i kadındır (Çizelge 3.3.).

Çizelge 3.3. Araştırmaya Katılanların Bazı Sosyodemoğrafik Özellikleri ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

		Cinsiyet		Toplam		p
		Kadın	Erkek			
Özellikler (n=770)		**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**Sayı**	**%**	
Çalışma durumu	Çalışıyor*	23 (25,3)	68 (74,7)	91	100,0	
	Emekli	94 (24,2)	294 (75,8)	388	100,0	<0,01
	Çalışmıyor/Hiç çalışmamış	268 (92,1)	23 (7,9)	291	100,0	
Alkol kullanımı	Evet	9 (20,5)	35 (79,5)	44	100,0	<0,01
	Hayır	362 (56,8)	275 (43,2)	637	100,0	
	Geçmişte kullanmış	14 (15,7)	75 (84,3)	89	100,0	
Sigara kullanımı	Evet	33 (22,0)	117 (78,0)	150	100,0	<0,01
	Hayır	334 (67,5)	161 (32,5)	495	100,0	
	Geçmişte kullanmış	18 (14,4)	107 (85,6)	125	100,0	
Kronik hastalık durumu	Evet	260 (52,7)	233 (47,3)	493	100,0	
	Hayır	125 (45,1)	152 (54,9)	277	100,0	0,04
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	272 (53,8)	234 (46,2)	506	100,0	
	Hayır	113 (42,8)	151 (57,2)	264	100,0	<0,01

65 yaş ve üstü bireylerin %57,7'si hastalandıklarında ilk önce sağlık kuruluşuna başvurmaktadırlar. Hastalandığında ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurmayanların %24,3'ü doktora gitmenin bir faydası olmadığına inanmaktadır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin %51,2'si hastalandığında doktora başvurmadan ilaç kullanmaktadır. Doktora başvurmadan ilaç kullananların %36,7'si ağrıyı geçirmek amacıyla ilaç kullandığını ifade etmiştir (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarıyla İlgili Bazı Davranışları.

Davranışlar		n	%
Hastalanınca ilk olarak yapılan davranış	Sağlık kuruluşuna başvurma	444	57,7
	Evde kendi kendini tedavi etme	225	29,2
	Arkadaş ya da komşudan yardım isteme	60	7,8
	Eczaneye başvurma	24	3,1
	Çocuklara ulaşma/telefonla arama	17	2,2
Hastalandığında ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri*	Doktora gitmenin bir faydasının olmadığına inanma	79	24,3
	Önemsenmediğini düşünme	58	17,7
	Ekonomik açıdan yeterliliğe sahip olmama	49	15,0
	Geçeceğini düşünme	46	14,2
	Alternatif tıp/kendi kendini tedavi edebileceğini düşünme	35	10,7
	Tek başına sağlık kurumuna gitmekte zorlanma	23	7,0
	Doktora gitmenin zor gelmesi/üşenme	21	6,4
	Hastanede çalışan çocuğun olması ve ona danışma	5	1,5
	Sosyal güvence olmaması	4	1,2
	Doktordan korkma	3	1,0
	Kendisinin sağlık çalışanı olması	3	1,0
Hastalandığında sağlık kuruluşuna başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Evet	200	26,0
	Hayır	394	51,2
	Ara sıra/Bazen	176	22,9
Hastalandığında sağlık kuruluşuna başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımının nedenleri**	Ağrıyı geçirmesi amacıyla	138	36,7
	Doktora gitmeden iyileşebilmek amacıyla	78	20,7
	Kronik hastalığa sahip olma/doktorun aynı ilacı vereceğine inanma/eski ve bilinen ilaç olması	44	11,7
	Basit hastalıklarda doktora gitmeye gereksinim duymama (grip vb.)	29	7,7
	Benzer hastalıklarına iyi gelen çevredeki insanların tavsiyesi	27	7,1
	Ekonomik yetersizlik	18	4,8
	Doktora gitmenin zor gelmesi/doktorun uzakta oluşu	17	4,6
	Alışkanlık	11	3,0
	Sağlık personeli olma (emekli ya da halen çalışıyor)	8	2,1
	Alternatif tıp/kendi kendini tedavi edebilmek amacıyla	6	1,6

*Hastalandığında ilk olarak sağlık kurumuna başvurmayan 326 kişi değerlendirilmiştir.
** Hastalandığında hastaneye başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanan (evet ve ara sıra cevabı veren) 376 kişi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin %72,9'u sağlık kuruluşuna en çok saat 08.00-12.00 arasında başvuru yaptıklarını, %36,2'si bir sağlık sorunu olduğunda başvuru için ilk olarak tercih ettikleri kuruluşun devlet hastanesi poliklinik kısmı olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %37,9'unun bir sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni ise sağlık kuruluşunun bulundukları yere yakın olmasıdır (Çizelge 3.5.).

Çizelge 3.5. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarıyla İlgili Bazı Davranışları.

Davranışlar		n	%
Sağlık kuruluşuna en çok başvurulan saat	08.01-12.00	561	72,9
	12.01-16.00	132	17,1
	16.01-20.00	29	3,8
	20.01-00.00	43	5,6
	00.01-08.00	5	0,6
Bir sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluş	Devlet hastanesi-poliklinik	279	36,2
	Aile hekimi	242	31,4
	Devlet hastanesi-acil servis	197	25,6
	Tıp fakültesi	27	3,5
	Özel hekim/poliklinik/hastane	24	3,1
	Evde bakım ekibi	1	0,1
Bir sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluşu, tercih etme nedeni	Bulunulan yere yakın olması	292	37,9
	Verilen hizmetten memnun olunması	169	21,9
	Alışkanlık	107	13,9
	Verilen hizmetin kaliteli olması	49	6,4
	Sağlık personelinden memnun olunması	45	5,8
	Ekonomik olarak uygun olması	36	4,7
	Zorunlu olunması (gidecek başka yeri bulunmadığı için)	25	3,2
	Kuruluşta tanıdıkların olması/işin çabuk bitmesi	25	3,2
	Tavsiye	19	2,6
	Sıra beklenilmemesi	3	0,4
Bir sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluşa ulaşım şekli	Özel araç	335	43,5
	Otobüs	219	28,4
	Yürüyerek	204	26,5
	Ambulans	8	1,0
	Motorsiklet/Bisiklet	4	0,5
Toplam		770	100,0

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin %15,8'i en son başvurduğu sağlık kuruluşuna 10 gün veya daha kısa süre önce başvurmuşlardır. Araştırmaya katılanların %83,5'i en son başvurduğu sağlık kuruluşuna ücret ödememişlerdir. Araştırmaya katılanların %40,5'inin en son başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastanesinin poliklinik kısmı; %24,7'sinin başvuru şikayeti üst solunum yolları enfeksiyonudur. Araştırmaya katılanların en son başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanıları birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada astım, beşinci sırada baş ağrısı, altıncı sırada KOAH, yedinci sırada akut farenjit, sekizinci sırada kas ağrısı, dokuzuncu sırada bel fıtığı ve onuncu sırada grip olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %73,5'ine ise en son başvurduğu sağlık kuruluşunda reçete yazılmıştır. (Çizelge 3.6.).

Çizelge 3.6. Çalışmaya Katılan Bireylerin En Son Yaşadıkları Sağlık Sorunu ve En Son Başvurdukları Sağlık Kuruluşu ile İlgili Bazı Davranışları.

Davranışları		n	%
En son başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru tarihi	10 gün ve altı	123	15,8
	11-30 gün arası	199	26,2
	31-60 gün arası	153	20,0
	61-90 gün arası	72	9,3
	91-120 gün arası	40	5,1
	121-150 gün arası	37	5,0
	151-180 gün arası	32	4,1
	181-210 gün arası	9	1,1
	211-240 gün arası	6	0,7
	241 gün ve üstü	20	2,5
	Hatırlamıyorum	79	10,2
En son başvurulan sağlık kuruluşuna ücret ödeme	Evet	85	11,0
	Hayır	643	83,5
	Hatırlamıyorum	42	5,5
En son başvurulan sağlık kuruluşu	Devlet hastanesi-poliklinik	312	40,5
	Devlet hastanesi-acil servis	186	24,2
	Aile hekimi	179	23,2
	Özel hekim/poliklinik/hastane	53	6,9
	Tıp fakültesi	39	5,1
	Evde bakım ekibi	1	0,1
En son başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti	Üst solunum yolları enfeksiyonu	190	24,7
	Sırt, bel ve ekstremite ağrıları	144	18,7
	Kalp ve kardiyovasküler hastalıklar	133	17,3
	KOAH, astım vb. solunum sistemi hastalıkları	99	12,9
	Baş ağrısı/miğren vb. nörolojik hastalıklar	62	8,1
	Üreme sistemi hastalıkları	27	3,5
	Sindirim sistemi hastalıkları	44	5,7
	Endokrin sistemi hastalıkları	16	2,1
	Boşaltım sistemi hastalıkları	13	1,7
	Göz hastalıkları	9	1,2
	Acil durumlar	9	1,2
	Psikolojik hastalıklar	8	1,0
	Diş hastalıkları	8	1,0
	Deri ve cilt hastalıkları	6	0,8
	Diyetisyen/ kilo problemi	2	0,3
En son başvurulan sağlık kuruluşunda yapılan tedavi	Reçete yazılması	566	73,5
	Hastaneye yatış	106	13,8
	Cerrahi müdahale	61	7,9
	Sevk edilme	24	3,1
	Enjeksiyon uygulanması	7	0,9
	Hatırlamıyorum	6	0,8
Toplam		770	100,0

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin %1,0'i en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşuna 10 gün veya daha kısa süre önce, %6,1'i 11-30 gün önce başvurmuşlardır. Araştırmaya katılanların %80,6'sı en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşuna ücret ödememişlerdir. 65 yaş ve üstü bireylerin %38,3'ünün en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastanesi

poliklinik kısmıdır; %20,3'ünün en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti sırt, bel ve ekstremite ağrılarıdır (Çizelge 3.7.).

Çizelge 3.7. Çalışmaya Katılan Bireylerin En Sondan Bir Önceki Yaşadıkları Sağlık Sorunu ve En Sondan Bir Önceki Başvurdukları Sağlık Kuruluşu ile İlgili Bazı Davranışları.

Davranışlar		n	%
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna, başvuru tarihi	10 gün ve altı	8	1,0
	11-30 gün arası	47	6,1
	31-60 gün arası	121	15,7
	61-90 gün arası	103	13,3
	91-120 gün arası	66	8,6
	121-150 gün arası	92	12,0
	151-180 gün arası	74	9,6
	181-210 gün arası	47	6,1
	211-240 gün arası	27	3,5
	241-270 gün arası	12	1,6
	271-300 gün arası	12	1,6
	301-330 gün arası	3	0,4
	331-360 gün arası	25	3,2
	361 gün ve üstü	27	3,5
	Hatırlamıyorum	106	13,8
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna, ücret ödeme	Evet	83	10,8
	Hayır	621	80,6
	Hatırlamıyorum	66	8,6
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşu	Devlet hastanesi-poliklinik	295	38,3
	Aile hekimi	202	26,2
	Devlet hastanesi-acil servis	159	20,6
	Özel hekim/poliklinik/hastane	65	8,4
	Tıp fakültesi	48	6,2
	Evde bakım ekibi	1	0,1
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti	Sırt, bel ve ekstremite ağrıları	156	20,3
	Üst solunum yolları enfeksiyonu	146	19,0
	Kalp ve kardiyovasküler hastalıklar	132	17,1
	KOAH, astım vb. solunum sistemi hastalıkları	87	11,3
	Baş ağrısı/miğren vb. nörolojik hastalıklar	71	9,2
	Sindirim sistemi hastalıkları	56	7,3
	Üreme sistemi hastalıkları	28	3,6
	Endokrin sistemi hastalıkları	26	3,4
	Boşaltım sistemi hastalıkları	13	1,7
	Göz hastalıkları	12	1,6
	Acil durumlar	14	1,8
	Psikolojik hastalıklar	19	2,5
	Diş hastalıkları	6	0,8
	Deri ve cilt hastalıkları	3	0,4
	Diyetisyen/ kilo problemi	1	0,1
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşunda yapılan tedavi	Reçete yazılması	558	72,5
	Hastaneye yatış	77	10,0
	Cerrahi müdahale	68	8,8
	Sevk edilme	40	5,2
	Hatırlamıyorum	21	2,7
	Enjeksiyon uygulanması	6	0,8
Toplam		770	100,0

Araştırmaya katılanların en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanılarına baktığımızda birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada baş ağrısı, beşinci sırada astım, altıncı sırada KOAH, yedinci sırada kas ağrısı, sekizinci sırada grip, dokuzuncu sırada bel fıtığı ve onuncu sırada diyabet olduğu görülmüştür. 65 yaş ve üstü bireylerin %72,5'ine en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşunda reçete yazılmıştır. (Çizelge 3.7.).

Araştırmaya katılanların %45,5'inin sağlık kuruluşuna yaptıkları son iki başvuruda başvuru nedenlerinin aynı olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurusunda başvuru nedenleri aynı olan bireylerin %49,7'sine, en son başvurdukları sağlık kuruluşunda eski tedavilerine devam edildiği söylenmiştir. Sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurusunda başvuru nedenleri aynı olan bireylerin %54,0'ünün sağlık kuruluşlarına tekrar başvuru nedeni sağlıkla ilgili şikayetlerinin devam etmesidir. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin %59,5'i her türlü imkana sahip olsalardı başvurmak istedikleri sağlık kuruluşunu özel hekim/poliklinik/hastane olarak ifade etmişlerdir (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Son İki Başvuru ile İlgili Bazı Davranışlar.

Davranışlar		**n**	**%**
Sağlık kuruluşlarına yapılan son iki başvurunun nedenlerinin aynı olup olmadığı	Evet	350	45,5
	Hayır	420	54,5
Sağlık kuruluşlarına yapılan son iki başvurunun nedenleri aynı ise, en son başvuru sonucu*	Eski tedavi devam	174	49,7
	Yeni tedavi	125	35,7
	Yatış	51	14,6
Sağlık kuruluşlarına yapılan son iki başvurunun nedenleri aynı ise, tekrar başvuru nedeni*	Sağlıkla ilgili şikayetlerin devam etmesi	188	54,0
	Kendini iyileşmiş hissetmeme	65	18,5
	Sağlıkla ilgili şikayetlerin artması	60	17,1
	Sağlıkla ilgili başka şikayetlerin gelişmesi	22	6,2
	Hastanede verilen hizmetten memnun kalmama (hekim, tedavi alanı, malzemeler vb.)	15	4,2
Her türlü imkana sahip olunduğunda başvurmak istenilen sağlık kuruluşu	Özel hekim/poliklinik/hastane	458	59,5
	Tıp fakültesi	178	23,1
	Devlet hastanesi-poliklinik	68	8,8
	Aile hekimi	34	4,4
	Devlet hastanesi-acil servis	24	3,1
	Yurtdışı	8	1,0

* Sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvuruda başvuru nedenleri aynı olan, 350 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Çizelge 3.9. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özelliklerinin Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı.

		Son İki Başvurusunun		p
		Nedeni Aynı	Nedeni Farklı	
Özellikler (n=770)		**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	
Yaş	65-74 yaş arası	261 (44,7)	323 (55,3)	
	75-84 yaş arası	69 (47,9)	75 (52,1)	0,75
	85 ve üstü yaş	20 (47,6)	22 (52,4)	
Cinsiyet	Erkek	181 (47,0)	204 (53,0)	0,38
	Kadın	169 (43,9)	216 (56,1)	
Medeni Durum	Evli	207 (47,2)	232 (52,8)	
	Bekar	11 (44,0)	14 (56,0)	
	Eşi ölmüş	114 (42,9)	152 (57,1)	0,15
	Boşanmış	17 (54,8)	14 (45,2)	
	Ayrı yaşıyor	1 (11,1)	8 (88,9)	
Doğum yeri	İl merkezi	130 (46,6)	149 (53,4)	
	İlçe merkezi	128 (46,0)	150 (54,0)	0,73
	Belde/köy	92 (43,2)	121 (56,8)	
	Okuryazar değil	67 (45,3)	81 (54,7)	
	Okuryazar	70 (41,7)	98 (58,3)	
Öğrenim durumu	İlkokul	125 (49,2)	129 (50,8)	0,54
	Ortaokul	34 (43,6)	44 (56,4)	
	Lise	25 (39,1)	39 (60,9)	
	Üniversite ve üstü	29 (50,0)	29 (50,0)	
	Orta altı	86 (49,4)	88 (50,6)	
Aylık gelir	Orta	213 (44,0)	271 (56,0)	0,46
	İyi	51 (45,5)	61 (54,5)	
Çalışma durumu	Halen çalışıyor	39 (42,9)	52 (57,1)	
	Emekli	180 (46,4)	208 (53,6)	0,81
	Hiç çalışmamış	131 (45,0)	160 (55,0)	
	0-1 çocuk	40 (48,8)	42 (51,2)	
	2 çocuk	77 (44,0)	98 (56,0)	
Çocuk Sayısı	3 çocuk	87 (41,4)	123 (58,6)	0,35
	4 çocuk	63 (44,4)	79 (55,6)	
	5 ve üzeri çocuk	83 (51,6)	78 (48,4)	
	Eşiyle	183 (46,6)	210 (53,4)	
Yaşanılan kişiler	Yalnız	94 (45,6)	112 (54,4)	
	Çocuğuyla	53 (42,4)	72 (57,6)	0,32
	Akrabaları ile*	3 (21,4)	11 (78,6)	
	Eşi ve çocuklarıyla	17 (53,1)	15 (46,9)	
Alkol kullanımı	Evet	23 (52,3)	21 (47,7)	
	Hayır	285 (44,7)	352 (55,3)	0,58
	Geçmişte kullanmış	42 (47,2)	47 (52,8)	
Sigara kullanımı	Evet	67 (45,0)	83 (55,0)	
	Hayır	225 (45,5)	270 (54,5)	0,97
	Geçmişte kullanmış	58 (46,4)	67 (53,6)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	231 (46,9)	262 (53,1)	0,29
	Hayır	119 (43,0)	158 (57,0)	
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	241 (47,6)	265 (52,4)	0,09
	Hayır	109 (41,3)	155 (58,7)	
	Çok kötü	10 (50,0)	10 (50,0)	
Sağlığı algılama	Kötü	79 (51,0)	76 (49,0)	
	Kararsız	91 (42,9)	121 (57,1)	0,56
	İyi	154 (44,8,)	190 (55,2)	
	Çok iyi	16 (41,0)	23 (59,0)	

*Bakıcısıyla yaşayan 3 kişi ve huzurevinde yaşayan 1 kişi bu gruba (akrabaları ile) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, doğum yerleri, öğrenim durumları, aylık gelirleri, çalışma durumları, çocuk sayıları, yaşadıkları kişiler, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli

kullanılan ilaca sahip olma, kendi sağlık durumlarını algılama durumları ve sağlık güvencesi varlığı ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.9).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sahip oldukları sağlık güvenceleri ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. SSK sağlık güvencesine sahip olan bireylerin %40,8'i; BAĞ-KUR sağlık güvencesine sahip olan bireylerin %57,1'i; emekli sandığı sağlık güvencesine sahip olan bireylerin %40,1'i; yeşil kart/ücretsiz sağlık güvencesine sahip olan bireylerin %43,2'si; ücretli sağlık güvencesine sahip olan bireylerin %12,5'i sağlık kuruluşuna yaptıkları son iki başvurunun nedeninin aynı olduğunu ifade etmiştir. BAĞ-KUR sağlık güvencesine sahip olan bireylerde sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru yapma sıklığı en fazla; ücretli sağlık güvencesine sahip olan bireylerde sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru yapma sıklığı en az olarak bulunmuştur. SSK, emekli sandığı ve yeşil kart/ücretsiz sağlık güvencesine sahip olan bireylerin sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru sıklığı birbirine yakın olarak bulunmuştur (x^2=21,95; p<0,01)) (Çizelge 3.9 Devam).

Çizelge 3.9 (Devam). Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özelliklerinin Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı.

		Son İki Başvurusunun		p
		Nedeni Aynı	Nedeni Farklı	
Özellikler (n=770)		**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	
Sağlık güvencesi varlığı	Evet	328 (44,9)	402 (55,1)	0,21
	Hayır*	22 (55,0)	18 (45,0)	
Sağlık güvencesi**	SSK	113 (40,8)	164 (59,2)	<0,01
	BAĞ-KUR	96 (57,1)	72 (42,9)	
	Emekli sandığı	61 (40,1)	91 (59,9)	
	Yeşil kart	54 (43,2)	71 (56,8)	
	Ücretli	1 (12,5)	7 (87,5)	

*Bilmiyorum cevabı veren 9 kişi bu gruba (hayır) dahil edilmiştir.
**Sağlık güvencesine sahip olan 730 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılanların hastalandıklarında yaptıkları bazı davranışlar ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı a da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.10)

Çizelge 3.10. Çalışmaya Katılanların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarıyla İlgili Bazı Davranışlarının, Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı

		Son İki Başvurusunun		p
		Nedeni Aynı	Nedeni Farklı	
Özellikler (n=770)		**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	
Hastalanınca ilk olarak yapılan	Evde kendi kendini tedavi	104 (46,2)	121 (53,8)	0,16
	Arkadaş ya da komşudan yardım isteme	22 (36,7)	38 (63,3)	
	Sağlık kurumuna başvurma	200 (45,0)	244 (55,0)	
	Eczaneye gitme	12 (50,0)	12 (50,0)	
	Çocuklarını arama	12 (70,6)	5 (29,4)	
Hastalanınca ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurmama nedeni*	faydasının olmadığına inanma	41 (51,9)	38 (48,1)	0,61
	Önemsenmediğini düşünme	25(43,1)	33(56,9)	
	Ekonomik yetersizlik	22 (44,9)	27 (55,1)	
	Geçeceğini düşünme	20 (43,5)	26 (56,5)	
	Alternatif tıp/kendi kendini tedavi edebileceğini düşünme	18 (51,4)	17 (48,6)	
	Tek başına gitmekte zorlanma	12 (52,2)	11 (47,8)	
	zor gelmesi/üşenme	6 (28,6)	15 (71,4)	
	Hastanede çalışan akrabalarına danışma	2 (40,0)	3 (60,0)	
	Sosyal güvence yok	3 (75,0)	1 (25,0)	
	Doktordan korkma	1 (33,3)	2 (66,7)	
	Kendisi sağlık çalışanı	0 (0,0)	3 (100,0)	
Hastalanınca sağlık kuruluşuna başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Evet	80 (40,0)	120 (60,0)	0,18
	Hayır	189 (48,0)	205 (52,0)	
	Ara sıra/Bazen	81 (46,0)	95 (54,0)	

*Hastalandığında ilk olarak sağlık kurumuna başvurmayan 326 kişi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların hastalandıklarında yaptıkları bazı davranışlar ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.10 Devam).

Çizelge 3.10 (Devam). Çalışmaya Katılanların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarıyla İlgili Bazı Davranışlarının, Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı.

Özellikler (n=770)		Son İki Başvurusunun		p
		Nedeni Aynı	Nedeni Farklı	
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Hastalanınca sağlık kuruluşuna başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımının nedenleri*	Ağrıyı geçirmesi amacıyla	63 (45,7)	75 (54,3)	0,71
	Doktora gitmeden iyileşebilmek	32 (41,0)	46 (59,0)	
	Kronik hastalığa sahip olma/ aynı ilacı verileceğine inancı/kullanılan ilacın eski ilaç olması	22 (50,0)	22 (50,0)	
	Basit hastalıklarda	8 (27,6)	21 (72,4)	
	Çevredeki insanların tavsiyesi	12 (44,4)	15 (55,6)	
	Ekonomik yetersizlik	7 (38,9)	11 (61,1)	
	Doktora gitmenin zor gelmesi	7 (41,2)	10 (58,8)	
	Alışkanlık	6 (54,5)	5 (45,5)	
	Sağlık personeli olma	2 (25,0)	6 (75,0)	
	Alternatif tıp/kendi kendini tedavi edebilmek amacıyla	2 (33,3)	4 (66,7)	
Sağlık kuruluşuna en çok başvurulan saat	08.01-12.00	264 (47,1)	297 (52,9)	0,18
	12.01-16.00	50 (37,9)	82 (62,1)	
	16.01-20.00	12 (41,4)	17 (58,6)	
	20.01-00.00	20 (46,5)	23 (53,5)	
	00.01-08.00	4 (80,0)	1 (20,0)	
Sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan kuruluş	Devlet hastanesi-poliklinik	129 (46,2)	150 (53,8)	0,34
	Aile hekimi	112 (46,3)	130 (53,7)	
	Devlet hastanesi-acil servis	91 (46,2)	106 (53,8)	
	Tıp fakültesi	7 (25,9)	20 (74,1)	
	Özel hekim/hastane	10 (41,7)	14 (58,3)	
	Evde bakım ekibi	1 (100,0)	0 (0,0)	
Bir sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni	Bulunulan yere yakın olması	128 (43,8)	164 (56,2)	0,89
	Verilen hizmetten memnun olunması	84 (49,7)	85 (50,3)	
	Alışkanlık	51 (47,7)	56 (52,3)	
	Verilen hizmetin kaliteli olması	24 (49,0)	25 (51,0)	
	Sağlık personelinden memnun olunması	18 (40,0)	27 (60,0)	
	Ekonomik olarak uygun olması	15 (41,7)	21 (58,3)	
	Zorunlu/mecburiyet (gidecek başka yerin olmaması)	11 (44,0)	14 (56,0)	
	Kuruluşta tanıdıklar olması/ işin çabuk bitmesi	9 (36,0)	16 (64,0)	
	Tavsiye	8 (42,1)	11 (57,9)	
	Sıra beklenilmemesi	2 (66,7)	1 (33,3)	
İlk başvuru tercihi olan sağlık kuruluşuna ulaşım şekli	Özel araç	142 (42,4)	193 (57,6)	0,43
	Otobüs	105 (47,9)	114 (52,1)	
	Yürüyerek	97 (47,5)	107 (52,5)	
	Ambulans	5 (62,5)	3 (37,5)	
	Motorsiklet/Bisiklet	1 (25,0)	3 (75,0)	

*Hastalandığında hastaneye başvuru öncesi ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanan (evet ve ara sıra cevabı veren) 376 kişi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurdukları sağlık kuruluşuna başvuru şikayetleri ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (x^2=68,5; p<0,01). En son başvurduğu sağlık

kuruluşuna başvuru şikayeti kardiyovasküler hastalıklar (%65,4), solunum sistemi hastalıkları (%64,6), endokrin sistem hastalıkları (%56,2), kilo sorunu (diyetisyen) (%100,0) ve psikolojik yakınma (%62,5) olan bireylerin sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru sıklığı birbirine yakın ve en fazla olarak bulunmuştur. (Çizelge 3.11.).

Çizelge 3.11. En Son Başvurulan Sağlık Kuruluşu ile Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı

		Son İki Başvurusunun		p
Özellikler (n=770)		**Nedeni Aynı**	**Nedeni Farklı**	
		Sayı (%)	Sayı (%)	
En son başvurulan sağlık kuruluşuna ücret ödeme	Evet	39 (45,9)	46 (54,1)	0,45
	Hayır	288 (44,8)	355 (55,2)	
	Hatırlamıyor	23 (54,8)	19 (45,2)	
En son başvurulan sağlık kuruluşu	Devlet hastanesi-poliklinik	154 (49,4)	158 (50,6)	0,07
	Devlet hastanesi-acil	68 (36,6)	118 (63,4)	
	Aile hekimi	87 (48,6)	92 (51,4)	
	Özel hekim/ poliklinik/ hastane	22 (41,5)	31 (58,5)	
	Tıp fakültesi	18 (46,2)	21 (53,8)	
	Evde bakım ekibi	1 (100,0)	0 (0,0)	
En son başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti	Üst solunum yolları enfeksiyonu	63 (33,2)	127 (66,8)	<0,01
	Sırt, bel ve ekstremite ağrıları	57 (39,6)	87 (60,4)	
	Kardiyovasküler hastalıklar	87 (65,4)	46 (34,6)	
	KOAH, astım vb. solunum sistemi hastalıkları	64 (64,6)	35 (35,4)	
	Baş ağrısı/miğren vb.	21 (33,9)	41 (66,1)	
	Üreme sistemi hastalıkları	11 (40,7)	16 (59,3)	
	Sindirim sistemi hastalıkları	15 (34,1)	29 (65,9)	
	Endokrin sistem hastalıkları	9 (56,2)	7 (43,8)	
	Boşaltım sistemi hastalıkları	7 (53,8)	6 (46,2)	
	Göz hastalıkları	3 (33,3)	6 (66,7)	
	Acil durumlar	0 (0,0)	9 (100,0)	
	Psikolojik yakınmalar	5 (62,5)	3 (37,5)	
	Diş hastalıkları	4 (50,0)	4 (50,0)	
	Deri ve cilt hastalıkları	2 (33,3)	4 (66,7)	
	Diyetisyen	2 (100,0)	0 (0,0)	
En son başvurulan sağlık kuruluşunda yapılan tedavi	Reçete yazılması	240 (42,4)	326 (57,6)	0,11
	Hastaneye yatış	60 (56,6)	46 (43,4)	
	Cerrahi müdahale	31 (50,8)	30 (49,2)	
	Sevk edilme	13 (54,2)	11 (45,8)	
	Enjeksiyon uygulanması	3 (42,9)	4 (57,1)	
	Hatırlamıyor	3 (50,0)	3 (50,0)	

Araştırmaya katılan bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşlarına başvurusu evde bakım hizmetleri talebinde en fazla, acil servislere yapılan başvurularda en az olmuştur. Başvuru yapılan yer ile aynı nedenle birden

fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$) (Çizelge 3.12.).

Araştırmaya katılan bireylerin en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşuna kardiyovasküler hastalıklar ile başvuran bireylerin %66,7'si; KOAH, astım vb. solunum sistemi hastalıkları ile başvuran bireylerin %73,6'sı; cilt hastalıkları ile başvuran bireylerin %66,7'si; diyetisyen için başvuran bireylerin %100'ü sağlık kuruluşuna yaptıkları son iki başvurunun nedeninin aynı olduğunu ifade etmiştir. En sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti acil durumlar olan bireylerin sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru sıklığı en az olarak bulunmuştur ($p<0,01$) (Çizelge 3.12.).

Bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle en sondan bir önceki başvurdukları kuruluşta tedavi için reçete yazılanların %42,1'i, hastaneye yatış verilenlerin %70,1'i, cerrahi müdahale yapılanların %35,3'ü, sevk edilenlerin %60'ı sağlık kuruluşuna yaptıkları son iki başvurunun nedeninin aynı olduğunu ifade etmiştir. ($p<0,01$) (Çizelge 3.12.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin her türlü imkana sahip olma durumunda özel hekim/hastaneye gitmek isteyenlerin %42,6'sı; Tıp Fakültesi'ne gitmek isteyenlerin %57,3'ü; devlet hastanesi-polikliniğe gitmek isteyenlerin %47,1'i; aile hekimine gitmek isteyenlerin %26,5'i; devlet hastanesi-acil servise gitmek isteyenlerin %33,3'ü ve yurtdışına gitmek isteyenlerin %50'si sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun nedeninin aynı olduğunu ifade etmiştir. Her türlü imkana sahip olma durumunda başvuracakları sağlık kuruluşu ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$) (Çizelge 3.12.).

Çizelge 3.12. En Sondan Bir Önceki Başvurdukları Sağlık Kuruluşu ile Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı.

Özellikler (n=770)		Son İki Başvurusunun Nedeni Aynı Sayı (%)	Son İki Başvurusunun Nedeni Farklı Sayı (%)	p
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna, ücret ödeme	Evet	38 (45,8)	45 (54,2)	0,73
	Hayır	279 (44,9)	342 (55,1)	
	Hatırlamıyor	33 (50,0)	33 (50,0)	
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşu	Devlet hastanesi-poliklinik	161 (54,6)	134 (45,4)	<0,01
	Aile hekimi	82 (40,6)	120 (59,4)	
	Devlet hastanesi-acil	60 (37,7)	99 (62,3)	
	Özel hekim/hastane	26 (40,0)	39 (60,0)	
	Tıp fakültesi	20 (41,7)	28 (58,3)	
	Evde bakım ekibi	1 (100,0)	0 (0,0)	
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti	Sırt ve bel ağrıları	57 (36,5)	99 (63,5)	<0,01
	Üst solunum yolları enfeksiyonu	64 (43,8)	82 (56,2)	
	Kardiyovasküler hastalıklar	88 (66,7)	44 (33,3)	
	Solunum sistemi hastalıkları	64 (73,6)	23 (26,4)	
	Nörolojik hastalıklar	21 (29,6)	50 (70,4)	
	Sindirim sistemi hastalıkları	14 (25,0)	42 (75,0)	
	Üreme sistemi hastalıkları	11 (39,3)	17 (60,7)	
	Endokrin sistemi hastalıkları	9 (34,6)	17 (65,4)	
	Boşaltım sistemi hastalıkları	7 (53,8)	6 (46,2)	
	Göz hastalıkları	3 (25,0)	9 (75,0)	
	Acil durumlar	0 (0,0)	14 (100,0)	
	Psikolojik yakınmalar	5 (26,3)	14 (73,7)	
	Diş hastalıkları	4 (66,7)	2 (33,3)	
	Deri hastalıkları	2 (66,7)	1 (33,3)	
	Diyetisyen	1 (100,0)	0 (0,0)	
En sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşunda yapılan tedavi	Reçete yazılması	235 (42,1)	323 (57,9)	<0,01
	Hastaneye yatış	54 (70,1)	23 (29,9)	
	Cerrahi müdahale	24 (35,3)	44 (64,7)	
	Sevk edilme	24 (60,0)	16 (40,0)	
	Hatırlamıyor	10 (47,6)	11 (52,4)	
	Enjeksiyon uygulanması	3 (50,0)	3 (50,0)	
Her türlü imkana sahip olunduğunda başvurmak istenilen sağlık kuruluşu	Özel hekim/hastane	195 (42,6)	263 (57,4)	<0,01
	Tıp fakültesi	102 (57,3)	76 (42,7)	
	Devlet hastanesi-poliklinik	32 (47,1)	36 (52,9)	
	Aile hekimi	9 (26,5)	25 (73,5)	
	Devlet hastanesi-acil servis	8 (33,3)	16 (66,7)	
	Yurtdışı	4 (50,0)	4 (50,0)	

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin genel depresyon ölçeği (GDÖ) ortalaması 14,04±7,6 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında 65-74 yaş grubunda 13,15±7,3, 75-84 yaş grubunda 15,06±8,5 ve 85 ve üstü yaş grubunda 17,95±8,3 idi. GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 65-74 yaş grubunda olanların 75-84 yaş grubu ve 85 ve üstü yaş

grubunda olanlara göre ölçek toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan bireyler arasında erkeklerin (12,47±7,6) kadınlardan (15,08±7,5), evli olanların (12,90±7,7) eşi ölmüş olanlardan (15,38±7,4), doğum yeri il merkezi (13,22±8,0) olanların doğum yeri belde/köy (14,92±7,3) olanlardan, ilkokul (13,03±7,7) ortaokul (13,21±6,8) lise (11,09±7,4) üniversite ve üstü (12,08±8,4) ve okuryazar (14,63±7,3) olanların okuryazar olmayanlardan (16,18±7,7) depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan bireyler arasında aylık gelirini iyi olarak algılayanlarda (10,20±7,3) ‘‘depresyon yok’’; aylık gelirini orta olarak algılayanlarda (13,77±7,4) ‘‘olası depresyon’’; aylık gelirini orta altı olarak algılayanlarda (16,09±7,7) ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında aylık gelirini orta altı olarak algılayanların aylık gelirini orta ve iyi olarak algılayanlara göre, aylık gelirini orta olarak algılayanların aylık gelirini iyi olarak algılayanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin çalışma durumlarına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında halen çalışıyor (12,32±7,8) ve emekli olanlarda (12,89±7,4) ‘‘olası depresyon’’; hiç çalışmamış/işi bırakmış (15,39±7,6) olanlarda ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında hiç çalışmamış/işi bırakmış olanların emekli ve halen çalışıyor olanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları kişilere göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eşi ile (12,92±7,6) ve eşi ve çocukları ile (13,90±9,0) yaşayanlarda ‘‘olası depresyon’’; çocuğu ile (14,52±7,8) yalnız (14,79±7,3) ve akrabaları ile (15,92±8,5) yaşayanlarda‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşadıkları kişilere göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yalnız yaşayanların eşiyle yaşayanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p=0,03) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin alkol kullanımlarına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında alkol kullananlarda (11,59±6,9) ve geçmişte

alkol kullananlarda (12,59±7,3) ‘‘olası depresyon’’; alkol kullanmayanlarda (14,30±7,7) ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sigara kullanımlarına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında sigara kullananlarda (12,40±7,7) ve geçmişte sigara kullananlarda (13,40±7,1) ‘‘olası depresyon’’; sigara kullanmayanlarda (14,30±7,7) ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında; sigara kullanmıyor olanların sigara kullanıyor olanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p=0,02) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık varlığına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında kronik hastalığı olmayanlarda (12,66±7,3) ‘‘olası depresyon’’; kronik hastalığı olanlarda (14,40±7,8) ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında; kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığa sahip olmayanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlığını çok iyi olarak algılayanlarda (9,92±6,2) ‘‘depresyon yok’’; sağlığını iyi olarak algılayanlarda (11,33±7,0) ‘‘olası depresyon’’; sağlığı hakkında kararsız olanlar (14,83±7,3), kötü (18,12±7,5) ve çok kötü (18,30±7,6) olarak algılayanlarda ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında; sağlığını çok kötü olarak algılayanların iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlığını kötü olarak algılayanların sağlığı hakkında kararsız olanlar, iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlığı hakkında kararsız olanların ise sağlığını iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ölçek ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p<0,01) (Çizelge 3.13.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık güvencesi varlığına göre GDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık güvencesi olanlarda (13,75±7,7) ‘‘olası depresyon’’ sağlık güvencesi olmayanlarda (14,17±7,7) ‘‘kesin depresyon’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 3.13.).

Çizelge 3.13. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile GDÖ* Ortalamalarının Dağılımı ve Anlamlılık (p) Düzeyleri.

Özellikler (n= 770)		GDÖ*		
		n	Ort ± SS	t-F / p
Yaş	65-74 yaş	584	13,15±7,3	
	75-84 yaş	144	15,06±8,5	10,282/ <0,01
	85 ve üstü yaş	42	17,95±8,3	
Cinsiyet	Erkek	385	12,47±7,6	4,760 / <0,01
	Kadın	385	15,08±7,5	
Medeni Durum	Evli	439	12,90±7,7	
	Bekar	25	12,04±7,2	
	Eşi ölmüş	266	15,38±7,4	4,718/ <0,01
	Boşanmış	31	13,77±7,5	
	Ayrı yaşıyor	9	13,55±5,3	
Doğum yeri	İl merkezi	279	13,22±8,0	
	İlçe merkezi	278	13,45±7,5	3,350/ 0,03
	Belde/köy	213	14,92±7,3	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	148	16,18±7,7	
	Okur-yazar	168	14,63±7,3	
	İlkokul	254	13,03±7,7	6,168/ <0,01
	Ortaokul	78	13,21±6,8	
	Lise	64	11,09±7,4	
	Üniversite ve üstü	58	12,08±8,4	
Aylık gelir	Orta altı	174	16,09±7,7	
	Orta	484	13,77±7,4	20,899/ <0,01
	İyi	112	10,20±7,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	91	12,32±7,8	
	Emekli	388	12,89±7,4	10,828/ <0,01
	Çalışmıyor/Hiç çalışmamış	291	15,39±7,6	
Çocuk sayısı	0-1 çocuk	82	13,46±7,2	
	2 çocuk	175	12,88±7,9	
	3 çocuk	210	14,15±7,9	0,963/ 0,42
	4 çocuk	142	13,85±7,3	
	5 çocuk ve üstü	161	14,34±7,5	
Yaşanılan kişiler	Eşi ile	393	12,92±7,6	
	Yalnız	206	14,79±7,3	
	Çocuğu ile	125	14,52±7,8	2,692/ 0,03
	Akrabaları ile*	14	15,92±8,5	
	Eşi ve çocukları ile	32	13,90±9,0	
Alkol kullanımı	Evet	44	11,59±6,9	
	Hayır	637	14,09±7,7	3,370/ 0,06
	Geçmişte kullanmış	89	12,59±7,3	
Sigara kullanımı	Evet	150	12,40±7,7	
	Hayır	495	14,30±7,7	3,682/ 0,02
	Geçmişte kullanmış	125	13,40±7,1	
Kronik hastalık varlığı	Evet	493	14,40±7,8	3,027/ <0,01
	Hayır	277	12,66±7,3	
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	506	14,46±7,9	3,575/ <0,01
	Hayır	264	12,45±7,1	
Sağlığı algılama	Çok kötü	20	18,30±7,6	
	Kötü	155	18,12±7,5	
	Kararsızım	212	14,83±7,3	30,04/ <0,01
	İyi	344	11,33±7,0	
	Çok iyi	39	9,92±6,2	
Sağlık güvencesi	Evet	730	13,75±7,7	0,336/ 0,73
	Hayır**	40	14,17±7,7	

*Geriatrik Depresyon Ölçeği.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin GDÖ puan ortalamaları ile sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun nedeninin aynı ya da farklı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,72) (Çizelge 3.14.).

Çizelge 3.14. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin GDÖ* Puan Ortalamalarının Sağlık Kuruluşuna Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı.

	Sağlık Kuruluşuna Yapılan Son İki Başvuru		
	Nedeni Aynı (n=350)	Nedeni Farklı (n=420)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/ p
GDÖ*	14,10±8,08	13,92±7,38	0,349/ 0,72

*Geriatrik Depresyon Ölçeği.

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD Ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan ham/toplam (alt boyutlar için 4-20; toplam puan için 24-120) puan ortalamaları dağılımı Çizelge 3.15'de verilmiştir.

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD Ölçeği'nden en az 24 puan, en fazla 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı sonucuna varılmaktadır.

Araştırma grubunun WHOQOL-OLD Ölçeği'nden aldıkları en az puan ''32,00'', en fazla puan ''112,00'' ve toplam puan ortalaması ''75,68'' olarak bulunmuştur (Çizelge 3.15.). Ölçekten alınan toplam puan ortalaması yüksek olduğu için, araştırma grubumuzun yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur.

WHOQOL-OLD Ölçeği tüm_alt boyutlarından alınabilecek en az puan 4, en fazla puan 20'dir. Araştırma grubunun ''duyusal işlevler'' alt boyutundan aldıkları en az puan ''4,00'', en fazla puan ''20,00'' ve toplam puan ortalaması ''12,07'' olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun ''özerklik'' alt boyutundan aldıkları en az puan ''4,00'', en fazla puan ''20,00'' ve toplam puan ortalaması ''12,95'' olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun ''geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri'' alt boyutundan aldıkları en az puan ''4,00'', en fazla puan ''20,00'' ve toplam puan ortalaması ''12,74'' olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun ''sosyal katılım'' alt boyutundan aldıkları en az puan ''4,00'', en fazla puan ''20,00'' ve toplam puan ortalaması ''12,30'' olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun ''ölüm ve ölmek'' alt boyutundan aldıkları en az puan ''4,00'', en fazla puan ''20,00'' ve toplam puan ortalaması ''11,94'' olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun ''yakınlık'' alt

boyutundan aldıkları en az puan ‘‘4,00’’, en fazla puan ‘‘20,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘13,65’’ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.15.).

Çizelge 3.15. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ham/Toplam (alt boyutlar için 4-20; toplam puan için 24-120) Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Ölçeğin Alt Boyutları (n=770)	Ortalama± Standart sapma	Ortanca	Birinci çeyrek	Üçüncü çeyrek	En küçük-En büyük
Duyusal işlevler	12,07±2,7	12,00	10,00	14,00	4,00-20,00
Özerklik	12,95±3,06	13,00	11,00	15,00	4,00-20,00
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	12,74±2,97	13,00	11,00	15,00	4,00-20,00
Sosyal katılım	12,30±3,2	12,00	10,00	14,00	4,00-20,00
Ölüm ve ölmek	11,94±4,09	12,00	9,00	15,00	4,00-20,00
Yakınlık	13,65±3,37	13,00	12,00	16,00	4,00-20,00
WHOQOL-OLD* toplam puan	75,68±11,1	75,00	69,00	83,00	32,00-112,00

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Standartlaştırılmış (1-5) Puan Ortalamalarının Dağılımı Çizelge 3.16’da verilmiştir.

Araştırma grubunun WHOQOL-OLD Ölçeği ‘‘standartlaştırılmış’’ şeklinden aldıkları en az puan ‘‘1,33’’, en fazla puan ‘‘4,67’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,15’’ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.16.).

WHOQOL-OLD Ölçeği ‘‘standartlaştırılmış’’ şekli tüm alt boyutlardan alınabilecek en az puan 1, en fazla puan 5’dir. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’, en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,01’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘özerklik’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’, en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,23’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’, en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,18’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘sosyal katılım’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’, en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,07’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’, en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘2,98’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun standartlaştırılmış ‘‘yakınlık’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘1,00’’,

en fazla puan ‘‘5,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘3,41’’ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.16.).

Çizelge 3.16. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Standartlaştırılmış (1-5) Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Ölçeğin Alt Boyutları (n=770)	Ortalama± Standart sapma	Ortanca	Birinci çeyrek	Üçüncü çeyrek	En küçük-En büyük
Duyusal işlevler	3,01±0,6	3,00	2,50	3,50	1,00-5,00
Özerklik	3,23±0,7	3,25	2,75	3,75	1,00-5,00
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	3,18±0,7	3,25	2,75	3,75	1,00-5,00
Sosyal katılım	3,07±0,8	3,00	2,50	3,50	1,00-5,00
Ölüm ve ölmek	2,98±1,0	3,00	2,25	3,75	1,00-5,00
Yakınlık	3,41±0,8	3,25	3,00	4,00	1,00-5,00
WHOQOL-OLD* toplam puan	3,15±0,4	3,12	2,87	3,45	1,33-4,67

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD Ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan dönüştürülmüş (0-100) puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.17.’de verilmiştir.

Araştırma grubunun WHOQOL-OLD Ölçeği ‘‘dönüştürülmüş’’ şeklinden aldıkları en az puan ‘‘8,33’’, en fazla puan ‘‘91,67’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘53,84’’ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.17.).

WHOQOL-OLD Ölçeği ‘‘dönüştürülmüş’’ tüm alt boyutlarından alınabilecek en az puan 0,00, en fazla puan 100,00’dür. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘50,44’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘özerklik’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘55,96’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘’54,68’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘sosyal katılım’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘51,90’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyutundan aldıkları en az puan ‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘49,68’’ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun dönüştürülmüş ‘‘yakınlık’’ alt boyutundan aldıkları en az puan

‘‘0,00’’, en fazla puan ‘‘100,00’’ ve toplam puan ortalaması ‘‘60,35’’ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.17.).

Çizelge 3.17. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Dönüştürülmüş (0-100) Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Ölçeğin alt boyutları (n=770)	Ortalama± Standart sapma	Ortanca	Birinci çeyrek	Üçüncü çeyrek	En küçük-En büyük
Duyusal işlevler	50,44±17,12	50,00	37,50	62,50	0,00-100,0
Özerklik	55,96±19,16	56,25	43,75	68,75	0,00-100,0
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	54,68±18,6	56,25	43,75	68,75	0,00-100,0
Sosyal katılım	51,90±20,18	50,00	37,50	62,50	0,00-100,0
Ölüm ve ölmek	49,68±25,5	50,00	31,25	68,75	0,00-100,0
Yakınlık	60,35±21,1	56,25	50,00	75,00	0,00-100,0
WHOQOL-OLD* toplam puan	53,84±11,6	53,12	46,87	61,45	8,33-91,67

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin medeni durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olanların eşi ölmüş olanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları ve ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.18.).

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 65-74 yaş arasında olanların 75-84 yaş arasında ve 85 ve üstü yaşında olanlara göre ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin kadınlara göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin doğum yerine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri ilçe merkezi ve köy olanlara göre ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin doğum yerine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında okuryazar olmayanların; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna

göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre; okuryazar olanların ise lise mezunlarına göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin algıladıkları aylık gelire göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık gelirini orta olarak algılayanların orta altı olarak algılayanlara göre ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin algılanan aylık gelire göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık gelirini orta altı olarak algılayanların orta ve iyi olarak algılayanlara göre; aylık gelirini orta olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin algılanan aylık gelire göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık gelirini orta altı olarak algılayanların orta ve iyi olarak algılayanlara göre orta olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; halen çalışıyor olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre; hiç çalışmamış/işi bırakmış olanların emekli olanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; halen çalışıyor olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre; emekli olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.18.).

Çizelge 3.18. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Duyusal İşlevler, Özerklik ve Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Alt Boyutu Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=770)			WHOQOL-OLD* Ölçeği					
			Duyusal İşlevler		Özerklik		Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetler	
		n	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p
Yaş	65-74 yaş arası	584	11,86±2,6	8,237/	13,04±3,0	1,163/	12,81±2,9	0,960/
	75-84 yaş arası	144	12,51±2,9	<0,01	12,65±3,1	0,31	12,62±3,1	0,38
	85 ve üstü yaş	42	13,35±2,1		12,66±3,3		12,21±3,3	
Cinsiyet	Erkek	385	12,02±2,7	0,43/	13,45±2,9	4,55/	13,17±2,8	3,96/
	Kadın	385	12,11±2,7	0,66	12,45±3,0	0,10	12,32±3,0	<0,01
Medeni Durum	Evli	439	11,97±2,8		13,17±3,0		13,06±2,9	
	Bekar	25	13,32±3,1		13,88±2,4	3,94/	13,36±3,1	4,61
	Eşi ölmüş	266	12,16±2,5	2165/	12,39±3,0	<0,01	12,13±2,9	<0,01
	Boşanmış	31	11,38±2,9	0,07	13,74±3,7		12,44±4,0	
	Ayrı yaşıyor	9	12,77±2,2		13,44±3,5		12,74±2,9	
Doğum yeri	İl merkezi	279	11,33±2,7	16,56/	13,25±3,2	3,478/	12,96±3,0	2,739/
	İlçe merkezi	278	12,52±2,5	<0,01	12,97±2,8	0,03	12,84±2,7	0,06
	Belde/köy	213	12,45±2,7		12,52±3,0		12,35±3,0	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	148	12,69±2,5		11,89±3,1		11,66±3,0	
	Okur-yazar	168	11,95±2,5	1,957/	12,82±2,6	7,060/	12,38±2,8	7,582/
	İlkokul	254	11,91±2,8	0,07	13,00±3,1	<0,01	13,10±2,9	<0,01
	Ortaokul	78	11,76±2,7		13,52±3,3		13,25±2,9	
	Lise	64	11,95±3,0		13,92±2,6		13,62±2,5	
	Üniversite ve üstü	58	12,01±2,9		14,00±2,6		13,39±2,9	
Aylık gelir	Orta altı	174	12,67±2,6	5,745/	12,14±3,0	24,10/	11,86±3,0	25,95/
	Orta	484	11,86±2,7	<0,01	12,86±2,8	<0,01	12,69±2,7	<0,01
	İyi	112	12,02±2,7		14,61±3,1		14,37±2,9	
Çalışma durumu	Çalışıyor**	91	12,16±3,1	0,160/	13,85±2,9	20,91/	13,36±3,0	13,21/
	Emekli	388	12,01±2,6	0,85	13,39±2,9	<0,01	13,12±2,7	<0,01
	Çalışmıyor/Hiç çalışmamış	291	12,11±2,6		12,07±3,0		12,05±3,1	

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Emekli ve hala çalışıyor olan 3 kişi, bu gruba (çalışıyor) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin alkol kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullananların alkol kullanmayanlara ve geçmişte alkol kullananlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre ‘‘özerklik’’ ve ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığı ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığa sahip olanların sahip olmayanlara göre ‘‘özerklik’’ ve ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sürekli kullanılan ilaç ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sürekli kullandığı

ilacı olanların olmayanlara göre ‘‘duyusal işlevler’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sürekli kullanılan ilaç ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sürekli kullandığı ilacı olanların olmayanlara göre ‘‘özerklik’’ ve ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu kötü olarak algılayanların kararsız, iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘özerklik’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu çok kötü olarak algılayanların çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kötü olarak algılayanların kararsız, iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kararsız olarak algılayanların iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Çizelge 3.18. Devam).

Çizelge 3.18 (Devam). Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Duyusal İşlevler, Özerklik ve Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Alt Boyutu Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=770)			WHOQOL-OLD* Ölçeği					
			Duyusal İşlevler		Özerklik		Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetler	
		n	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p
Çocuk sayısı	1 çocuk ve altı	82	12,31±2,9	2,185/ 0,06	13,45±2,3	1,127/ 0,34	13,04±2,4	2,494/ 0,06
	2 çocuk	175	12,16±2,9		12,92±3,4		13,11±3,0	
	3 çocuk	210	11,86±2,7		13,06±3,1		12,63±3,1	
	4 çocuk	142	11,66±2,5		12,93±2,7		12,92±2,7	
	5 çocuk ve üstü	161	12,47±2,4		12,60±3,0		12,19±2,9	
Yaşanılan kişiler	Eşi ile	393	11,95±2,7	0,609/ 0,65	13,19±3,0	1,392/ 0,23	13,01±2,9	2,547/ 0,03
	Yalnız	206	12,31±2,5		12,82±3,1		12,32±2,9	
	Çocuğu ile	125	12,01±2,6		12,52±2,9		12,44±2,9	
	Akrabaları ile*	14	12,21±3,2		12,78±2,7		12,85±3,3	
	Eşi ve çocukları ile	32	12,15±4,1		12,95±3,0		13,37±2,9	
Alkol kullanımı	Evet	44	12,79±3,3	1,633/ 0,19	14,63±2,8	7,311/ <0,01	14,13±3,2	5,230/ <0,01
	Hayır	637	12,02±2,7		12,82±3,0		12,64±2,9	
	Geçmişte kullanmış	89	12,02±2,4		13,03±3,2		12,80±2,8	
Sigara kullanımı	Evet	150	11,97±3,0	0,221/ 0,80	14,04±3,0	14,32/ <0,01	13,39±2,8	5,607/ <0,01
	Hayır	495	12,06±2,7		12,55±3,0		12,49±3,0	
	Geçmişte kullanmış	125	12,20±2,4		13,20±2,8		12,95±2,5	
Kronik hastalık varlığı	Evet	493	12,17±2,6	1,420/ 0,15	12,70±3,1	3,095/ <0,01	12,50±3,0	3,025/ <0,01
	Hayır	277	11,87±2,8		13,39±2,8		13,18±2,8	
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	506	12,22±2,6	2,219/ 0,02	12,74±3,1	2,740/ <0,01	12,53±3,0	2,838/ <0,01
	Hayır	264	11,76±2,8		13,35±2,8		13,15±2,7	
Sağlığı algılama	Çok kötü	20	13,85±2,8	3,868/ <0,01	13,20±3,5	18,03/ <0,01	11,55±3,5	21,11/ <0,01
	Kötü	155	12,45±2,4		11,45±3,2		11,42±3,1	
	Kararsızım	212	12,10±2,4		12,65±2,6		12,29±2,5	
	İyi	344	11,79±2,9		13,62±2,8		13,46±2,7	
	Çok iyi	39	11,89±3,2		14,53±3,6		14,76±3,4	
Sağlık güvencesi	Evet	730	12,07±2,7	0,008/ 0,99	12,98±3,0	1,069/ 0,28	12,77±2,9	0,925/ 0,35
	Hayır**	40	12,07±2,8		12,45±2,6		12,32±3,0	

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Bakıcısıyla yaşayan 3 kişi ve huzurevinde yaşayan 1 kişi, bu gruba (akrabaları ile) dahil edilmiştir.
***Bilmiyorum cevabı veren 9 kişi bu gruba (hayır) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 85 yaş ve üstü yaşında olanların 65-74 yaş arasında ve 75-84 yaş arasında olanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin yaşlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 65-74 yaş arasında olanların 75-84 yaş arasında olanlara göre ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin kadınlara

göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların erkeklere göre ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin medeni duruma göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli, bekar ve boşanmış olanların eşi ölmüş olanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olanların eşi ölmüş olanlara göre ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin doğum yerine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre, doğum yeri ilçe merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyler arasında doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin algılanan aylık gelire göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık gelirini orta altı olarak algılayanların orta ve iyi olarak algılayanlara göre; orta olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyler arasında; aylık gelirini iyi olarak algılayanların orta altı olarak algılayanlara göre ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyler arasında aylık gelirini iyi olarak algılayanların orta altı ve orta olarak algılayanlara göre ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; halen çalışıyor olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre; emekli olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.19.).

Çizelge 3.19. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık Alt Boyutu Ortalamalarının Dağılımı.

Özellikler (n=770)			WHOQOL-OLD* Ölçeği					
			Sosyal katılım		Ölüm ve ölmek		Yakınlık	
		n	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p
Yaş	65-74 yaş arası	584	12,47±3,1	6,361/	11,72±3,9	3,674/	13,70±3,2	2,028/
	75-84 yaş arası	144	12,07±3,3	<0,01	12,70±4,3	0,02	13,76±3,8	0,13
	85 ve üstü yaş	42	10,71±3,2		12,47±5,1		12,64±3,9	
Cinsiyet	Erkek	385	12,56±3,1	2,27/	11,57±4,	2,53/	13,79±3,2	1,11/
	Kadın	385	12,04±3,2	0,02	12,32±4,0	0,01	13,52±3,4	0,26
Medeni Durum	Evli	439	12,69±3,3		11,85±3,9		14,07±3,1	
	Bekar	25	13,36±2,8	9,21/	12,72±3,8	1,033/	14,56±3,6	5,69/
	Eşi ölmüş	266	11,39±3,0	<0,01	12,17±4,2	0,38	12,89±3,4	<0,01
	Boşanmış	31	13,16±2,8		10,93±4,7		13,61±3,5	
	Ayrı yaşıyor	9	14,11±3,7		11,22±4,6		13,55±3,6	
İkamet yeri	İl merkezi	279	12,63±3,3	5,165/	11,94±4,1	1,193/	14,08±3,4	3,938/
	İlçe merkezi	278	12,41±3,0	<0,01	11,70±3,9	0,30	13,51±3,2	0,02
	Belde/köy	213	11,72±3,1		12,27±4,1		13,27±3,4	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	148	11,03±3,2		12,54±4,4		12,96±3,7	
	Okur-yazar	168	12,04±2,9	8,118/	11,84±3,7	1,025	13,30±3,3	2,943/
	İlkokul	254	12,62±3,1	<0,01	11,62±4,0	0,40	13,87±3,3	0,06
	Ortaokul	78	12,78±3,3		12,19±4,0		13,97±3,1	
	Lise	64	13,01±3,3		11,96±3,8		14,21±2,5	
	Üniversite ve üstü	58	13,46±3,1		11,81±4,4		14,43±3,2	
Aylık gelir	Orta altı	174	11,26±3,4	24,43/	12,68±4,3	5,30/	12,99±3,5	12,17/
	Orta	484	12,30±2,9	<0,01	11,88±3,9	<0,01	13,59±3,2	<0,01
	İyi	112	13,91±3,4		11,10±4,0		14,96±3,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor**	91	13,20±3,1		12,00±4,3		14,18±3,1	
	Emekli	388	12,54±3,1	9,877/	11,80±4,0	0,545/	13,80±3,2	3,219/
	Çalışmıyor/Hiç çalışmamış	291	11,70±3,1	<0,01	12,13±4,0	0,58	13,29±3,5	0,06

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Emekli ve hala çalışıyor olan 3 kişi, bu gruba (çalışıyor) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 5 ve üstü çocuğa sahip olanların 4 çocuk, 2 çocuk ve 1 çocuğa sahip olanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları kişilere göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eşi ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ ve ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullananların alkol kullanmayanlara ve geçmişte alkol kullananlara göre ‘‘geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’’ ve ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullananların alkol kullanmayanlara göre ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığı ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığa sahip olanların sahip olmayanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ ve ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sürekli kullanılan ilaç ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sürekli kullandığı ilacı olanların olmayanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ ve ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kararsız olarak algılayanların sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘sosyal katılım’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu çok kötü olarak algılayanların iyi ve çok iyi algılayanlara göre; sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘ölüm ve ölmek’’ alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu çok kötü olarak algılayanların iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kötü olarak algılayanların iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kararsız olarak algılayanların iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘yakınlık’’ alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Çizelge 3.19. Devam).

Çizelge 3.19 (Devam). Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık Alt Boyutu Ortalamalarının Dağılımı.

Özellikler (n=770)			WHOQOL-OLD* Ölçeği					
			Sosyal katılım		Ölüm ve ölmek		Yakınlık	
		N	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p
Çocuk sayısı	1 çocuk ve altı	82	12,82±2,8	4,169/ <0,01	12,36±3,4	1,325/ 0,25	14,40±3,2	1,821/ 0,12
	2 çocuk	175	12,73±3,4		12,14±4,2		13,74±3,3	
	3 çocuk	210	12,18±3,3		12,09±3,9		13,30±3,5	
	4 çocuk	142	12,57±3,1		11,28±3,8		13,45±3,2	
	5 çocuk ve üstü	161	11,50±3,0		11,92±4,6		13,81±3,1	
Yaşanılan kişiler	Eşi ile	393	12,72±3,2	4,505/ <0,01	11,82±3,8	1,659/ 0,15	14,03±3,2	4,336/ <0,01
	Yalnız	206	11,66±2,9		12,13±4,2		12,84±3,4	
	Çocuğu ile	125	11,88±3,3		12,36±4,2		13,72±3,5	
	Akrabaları ile**	14	12,28±3,3		9,64±4,3		13,57±3,5	
	Eşi ve çocukları ile	32	12,87±3,5		11,65±4,7		14,03±3,1	
Alkol kullanımı	Evet	44	14,43±3,0	10,43/ <0,01	10,72±4,4	2,584/ 0,07	14,93±3,5	3,346/ 0,03
	Hayır	637	12,19±3,1		11,96±4,0		13,58±3,3	
	Geçmişte kullanmış	89	12,05±3,2		12,42±3,9		13,57±3,0	
Sigara kullanımı	Evet	150	12,79±3,1	2,173/ 0,11	11,76±4,2	0,252/ 0,77	14,00±3,3	1,453/ 0,23
	Hayır	495	12,17±3,1		11,97±4,1		13,50±3,4	
	Geçmişte kullanmış	125	12,23±3,1		12,10±3,6		13,82±3,0	
Kronik hastalık varlığı	Evet	493	12,01±3,3	3,334/ <0,01	12,12±4,0	1,616/ 0,10	13,46±3,3	2,170/ 0,03
	Hayır	277	12,81±3,0		11,63±4,1		14,0±3,3	
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	506	12,08±3,3	2,714/ <0,01	12,12±4,1	1,646/ 0,10	13,47±3,4	2,039/ 0,04
	Hayır	264	12,71±2,8		11,61±4,0		14,00±3,2	
Sağlığı algılama	Çok kötü	20	11,55±4,1	12,28/ <0,01	14,05±4,5	7,366/ <0,01	11,70±4,4	15,54/ <0,01
	Kötü	155	11,18±3,5		13,07±4,0		12,59±3,3	
	Kararsızım	212	11,96±2,7		11,99±3,0		13,07±3,1	
	İyi	344	12,84±3,0		11,48±4,0		14,38±3,1	
	Çok iyi	39	14,28±3,4		10,20±3,3		15,61±3,7	
Sağlık güvencesi	Evet	730	12,31±3,2	0,362/ 0,71	11,91±4,0	1,072/ 0,28	13,66±3,3	0,302/ 0,76
	Hayır***	40	12,12±3,1		12,62±4,1		13,50±3,0	

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Bakıcısıyla yaşayan 3 kişi ve huzurevinde yaşayan 1 kişi, bu gruba (akrabaları ile) dahil edilmiştir.
***Bilmiyorum cevabı veren 9 kişi bu gruba (hayır) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin (76,58±10,9) kadınlara (74,78±11,2) göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli (76,84±11,2) ve bekar (81,20±11,2) olanların eşi ölmüş (73,16±10,1) olanlara göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların (72,79±11,4); ilkokul (76,14±11,6), ortaokul (77,50±11,7), lise (78,70±9,3) ve üniversite (79,12±11,1)

mezunlarına göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılanların algılanan aylık gelire göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık gelirini iyi (81,00±11,0) olarak algılayanların orta altı (73,63±11,6) ve orta (75,19±10,6) olarak algılayanlara göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların çalışma durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışıyor (78,78±11,1) ve emekli (76,69±10,7) olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış (73,37±11,2) olanlara göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.20.).

Çizelge 3.20. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Özellikler (n=770)		WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam		
		n	Ort ± SS	t-F/ p
Yaş	65-74 yaş arası	584	75,64±11,1	0,688/
	75-84 yaş arası	144	76,33±10,8	0,50
	85 ve üstü yaş	42	74,07±11,6	
Cinsiyet	Erkek	385	76,58±10,9	2,25/
	Kadın	385	74,78±11,2	0,02
Medeni Durum	Evli	439	76,84±11,2	
	Bekar	25	81,20±11,2	6,37/
	Eşi ölmüş	266	73,16±10,1	<0,01
	Boşanmış	31	76,00±13,6	
	Ayrı yaşıyor	9	77,50±13,9	
Doğum yeri	İl merkezi	279	76,22±11,6	1,435/
	İlçe merkezi	278	75,97±10,3	0,23
	Belde/köy	213	74,60±11,3	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	148	72,79±11,4	
	Okur-yazar	168	74,36±9,7	
	İlkokul	254	76,14±11,6	5,151/
	Ortaokul	78	77,50±11,7	<0,01
	Lise	64	78,70±9,3	
	Üniversite ve üstü	58	79,12±11,1	
	Orta altı	174	73,63±11,6	16,88/
Aylık gelir	Orta	484	75,19±10,6	<0,01
	İyi	112	81,00±11,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor**	91	78,78±11,1	
	Emekli	388	76,69±10,7	11,65/
	Çalışmıyor/Hiç çalışmamış	291	73,37±11,2	<0,01

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Emekli ve hala çalışıyor olan 3 kişi, bu gruba (çalışıyor) dahil edilmiştir

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 5 ve üstü (74,52±10,0), 4 (74,84±10,5) ve 3 çocuğa (75,14±11,7) sahip olanların 2 çocuğa (76,81±12,3) ve 1 çocuk ve altına (78,41±9,3) sahip olanlara göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılanların alkol kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullananların (81,65±12,0) alkol

kullanmayanlara (75,24±11,0) göre ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların sigara kullanımlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullananların (77,97±11,1) sigara kullanmayanlara (74,78±11,3) göre ‘‘toplam’’ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların kronik hastalık varlığı ile WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığa sahip olanların (74,99±11,3) sahip olmayanlara (76,91±10,7) göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılanların sağlığı algılama durumlarına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu kötü (72,18±10,9) olarak algılayanların sağlık durumunu iyi (77,60±10,8) ve çok iyi (81,30±13,3) olarak algılayanlara göre; sağlık durumunu kararsız (74,08±10,0) olarak algılayanların sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre ‘‘toplam’’ puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Çizelge 3.20. Devam).

Çizelge 3.20 (Devam). Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Bazı Özellikleri ile WHOQOL-OLD* Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Özellikler (n=770)			Toplam	
		n	Ort ± SS	t-F/ p
Çocuk sayısı	1 çocuk ve altı	82	78,41±9,3	2,466/ 0,04
	2 çocuk	175	76,81±12,3	
	3 çocuk	210	75,14±11,7	
	4 çocuk	142	74,84±10,5	
	5 çocuk ve üstü	161	74,52±10,0	
Yaşanılan kişiler	Eşi ile	393	76,74±11,3	2,348/ 0,05
	Yalnız	206	74,10±10,4	
	Çocuğu ile	125	74,96±10,5	
	Akrabaları ile**	14	73,14±14,4	
	Eşi ve çocukları ile	32	76,87±13,0	
Alkol kullanımı	Evet	44	81,65±12,0	6,956/ <0,01
	Hayır	637	75,24±11,0	
	Geçmişte kullanmış	89	75,92±10,3	
Sigara kullanımı	Evet	150	77,97±11,1	5,182/ <0,01
	Hayır	495	74,78±11,3	
	Geçmişte kullanmış	125	76,51±10,0	
Kronik hastalık varlığı	Evet	493	74,99±11,3	2,303/ 0,02
	Hayır	277	76,91±10,7	
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	506	75,20±11,3	1,669/ 0,96
	Hayır	264	76,61±10,6	
Sağlığı algılama	Çok kötü	20	75,90±13,0	10,44/ <0,01
	Kötü	155	72,18±10,9	
	Kararsızım	212	74,08±10,0	
	İyi	344	77,60±10,8	
	Çok iyi	39	81,30±13,3	
Sağlık güvencesi	Evet	730	75,71±11,2	0,342/ 0,73
	Hayır***	40	75,10±10,0	

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Bakıcısıyla yaşayan 3 kişi ve huzurevinde yaşayan 1 kişi, bu gruba (akrabaları ile) dahil edilmiştir.
***Bilmiyorum cevabı veren 9 kişi bu gruba (hayır) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması ile WHOQOLD-OLD Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.21.).

Çizelge 3.21. Çalışmaya Katılan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin WHOQOL-OLD* Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlık Kuruluşlarına Yaptıkları Son İki Başvurunun Aynı ya da Farklı Nedenli Olmasına Göre Dağılımı

WHOQOL-OLD Ölçeği	Sağlık Kuruluşuna Yapılan Son İki Başvuru		
	Nedeni Aynı (n=350)	Nedeni Farklı (n=420)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/ p
Duyusal İşlevler	11,95±2,75	12,16±2,72	-1,083/0,27
Özerklik	13,14±3,03	12,79±3,09	1,557/0,12
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	12,76±2,93	12,73±3,01	0,115/0,90
Sosyal katılım	12,37±3,21	12,24±3,24	0,542/0,58
Ölüm ve ölmek	12,13±4,26	11,79±3,94	1,119/0,26
Yakınlık	13,87±3,35	13,47±3,38	1,652/0,09
Toplam	76,24±10,92	75,22±11,31	1,268/0,20

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.

WHOQOLD-OLD Ölçeği Duyusal işlevler alt boyutu ile GDÖ arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,14; p<0,01). Özerklik alt boyutu ile GDÖ arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,46; p<0,01). Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu ile GDÖ arasında orta derecede, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,50; p<0,01). Sosyal katılım alt boyutu ile GDÖ arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,41; p<0,01). Ölüm ve ölmek alt boyutu ile GDÖ arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,30; p<0,01). Yakınlık alt boyutu ile GDÖ arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,46; p<0,01). WHOQOL-OLD Ölçeği toplam puanı ile GDÖ toplam puanı arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,38; p<0,01) (Çizelge 3.22.).

Çizelge 3.22. WHOQOL-OLD* Ölçeği ve GDÖ Korelasyon Analizi.**

WHOQOL-OLD* ÖLÇEĞİ	GDÖ**	
	P	R
Duyusal işlevler alt boyutu	<0,01	0,14
Özerklik alt boyutu	<0,01	-0,46
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu	<0,01	-0,50
Sosyal katılım alt boyutu	<0,01	-0,41
Ölüm ve ölmek alt boyutu	<0,01	0,30
Yakınlık alt boyutu	<0,01	-0,46
Toplam	<0,01	-0,38

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.
**Geriatrik Depresyon Ölçeği.

WHOQOL-OLD Ölçeği *Duyusal İşlevler* alt boyutu puanı ile GDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, diğer değişkenler kontrol edildiğinde ve duyusal işlevler alt boyut puanı bir birim arttığında GDÖ toplam puanı 0,35 birim artmaktadır. *Özerklik* alt boyutu ile GDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, diğer değişkenler kontrol edildiğinde ve özerklik alt boyut puanı bir birim arttığında GDÖ toplam puanı 0,50 birim azalmaktadır. *Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri* alt boyutu ile GDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, diğer değişkenler kontrol edildiğinde ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut puanı bir birim arttığında GDÖ toplam puanı 0,49 birim azalmaktadır. *Ölüm ve Ölmek* alt boyutu puanı ile GDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, diğer değişkenler kontrol edildiğinde ve ölüm ve ölmek alt boyut puanı bir birim arttığında GDÖ toplam puanı 0,36 birim artmaktadır. *Yakınlık* alt boyutu ile GDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, diğer değişkenler kontrol edildiğinde ve yakınlık alt boyut puanı bir birim arttığında GDÖ toplam puanı 0,49 birim azalmaktadır (Çizelge 3.23.).

WHOQOL-OLD Ölçeği duyusal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, ölüm ve ölmek ve yakınlık alt boyutları GDÖ ‘nün yorumlanmasında önemli değişkenler olarak bulunmuştur (Çizelge 3.23.).

Çizelge 3.23. GDÖ* Yorumlanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Değişken	**GDÖ Toplam Puanı**	
	B (SH)	**P**
Sabit	25, 91 (1,61)	<0,01
Duyusal İşlevler	0,35 (0,08)	<0,01
Özerklik	-0,50 (0,09)	<0,01
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	-0,49 (0,12)	<0,01
Sosyal katılım		
Ölüm ve ölmek	0,36 (0,05)	<0,01
Yakınlık	-0,49 (0,08)	<0,01
WHOQOL-OLD Toplam Puan		
	R=0,62 R^2=0,38 $F_{(80,06)}$=2942,11 P<0,01	

*Geriatrik Depresyon Ölçeği

Bulgular kısmında yer alan ve aralarında anlamlı ilişki bulunan değişkenler, tartışma kısmında tartışılmıştır.

4. TARTIŞMA

Ülkemizde son yıllarda yaşlı bireylerle ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen yaşlıların hangi nedenlerle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvurduğu, depresyon sıklığı ve yaşam kalitelerinin ne düzeyde olduğu ile ilgili çalışmalar sayıca yetersizdir. Bu araştırma; 65 yaş ve üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı, depresyon sıklığı, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yaşlılar ve yaşlanma ile ilgili yapılan araştırmalarda; 65 yaş ve üstü bireylerin çoğunda birden fazla hastalığın bir arada bulunduğu, bu durumun sonucu olarak onların hastanelere daha sık başvurduğu ve hastanelerde daha uzun süre kaldığı ifade edilmiştir (Ölüç 2007, Kurt ve ark 2010). Ortalama yaşı 80 olan 2735 kişiyle İtalya'da yürütülen bir kohort araştırmasında; hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde tekrar hastaneye başvuru sıklığı %4 olarak bulunmuştur (Morandi ve ark 2013). 65 yaş ve üstü yaşlılarla Burdur ilinde yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılanların %34,8'inin son 15 gün içerisinde herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu belirlenmiştir (Çatak ve ark 2011). 2014 yılında Burdur'da bulunan yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde ki payı %13,8'dir ve 2013 yılında Türkiye'de bulunan yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde ki payı olan %7,7'ye göre belirgin biçimde artmıştır. Burdur'da bulunan yaşlı nüfus Türkiye ortalamasının çok üzerindedir (Kılınç ve ark 2010, TÜİK 2015). Bu durum, Burdur'da ikamet eden yaşlıların sayıca fazla olduğunu ve sağlık kurum ve kuruluşlarına sık gittiğini göstermektedir. Yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstü bireylerin %45,5'inin sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvuruda, başvuru nedenlerinin aynı olduğu bulunmuştur. Yaşlıların gençlere göre kronik hastalıklara daha fazla sahip olduğu ve Burdur'da bulunan yaşlıların sağlık kuruluşlarına sık gittiği düşünüldüğünde araştırma sonucumuzun diğer araştırmaları desteklediği görülmektedir (Aydın 2005). Araştırmamıza katılan yaşlılar kronik hastalığa sahip olabilir ve aynı nedenle birden fazla kez tedavi için başvurmuş olabilirler.

Yaşlılarda hipertansiyon, kalp damar sistemi hastalıkları, kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve psikolojik sorunlar en sık görülen sağlık sorunlarıdır (Ölüç 2007). 60 yaş ve üstü bireylerle yürütülen bir araştırmada en sık görülen sağlık sorunları (sırayla) hipertansiyon, sırt ağrısı, eklem ağrısı ve depresyon olarak

bulunmuştur (Lima ve ark 2009). 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir araştırmada yaşlılarda en sık görülen sağlık sorunu hipertansiyon olarak bulunmuştur. İkinci sırada romatizmal hastalıklar, üçüncü sırada kalp hastalıkları yer almıştır ve listenin en sonunda da kanser yer almıştır (Bilir ve ark 2002). 65 yaş ve üstü yaşlılarla Sivas'ta yapılan bir araştırmada ise en sık görülen hastalıklar (sırayla) hipertansiyon, diyabet, koroner hastalık, anemi ve obezite olarak belirlenmiştir (Özdemir ve ark 2005). Yaşlılar için; ağır derecede astıma sahip olmak, ileri yaşa sahip olmak, psikolojik rahatsızlıklar ve 5 yaşından önce astım tanısı almış olmak gibi faktörler acil ve poliklinik başvuru sıklığını etkilemektedir (Doğru ve ark 2013). Yaşlılarda sık görülen ve kronik hastalıklar arasında yer alan; diyabet, hipertansiyon ve damar sertliği gibi hastalıklar işitme kaybı ve serebrovasküler hastalıkların risk faktörleri (İlhan ve ark 2002), şeker hastalığı ise görme kaybının risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Yapılan bir araştırmada serebrovasküler hastalığa sahip bireylerin %75'inde hipertansiyon olduğu görülmüştür (İlhan ve ark 2002). Ayrıca kronik hastalıklar yaşlıları enfeksiyonlar karşısında zayıf hale getirmektedir (Kaptanoğlu 2012). Yaptığımız araştırmada da literatüre benzer şekilde; araştırmaya katılanların en son başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanıları birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada astım, beşinci sırada baş ağrısı ve altıncı sırada KOAH olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanıları ise birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada baş ağrısı, beşinci sırada astım ve altıncı sırada KOAH olduğu görülmüştür. İlk sırada yer alan üst solunum yolu enfeksiyonları dışındaki diğer beş hastalığın kronik hastalık olduğu görülmüştür. Yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstü bireyler arasında sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun nedenleri aynı olan bireylerin tekrar başvuru nedenleri sıklıkla sağlıkla ilgili şikayetlerinin devam ettiğine inanmalarıdır ve en son başvuru sonucu sıklıkla eski tedaviye devam şeklinde olmuştur. Bir aile hekimliği merkezinde yaş ortalaması 37,4 olan 2618 kişiyle yapılan bir araştırmada da hastalara en sık konulan tanı üst solunum yolu enfeksiyonu ve sonrasında hipertansiyon olarak bulunmuştur (Şensoy ve ark 2009). Yapılan başka bir araştırmada ise üst solunum yolu enfeksiyonlarının, astımın tetikleyicisi olduğu vurgulanmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2012). Kendi araştırma sonuçlarımız birbirleriyle ve literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu durum araştırmaya katılanların en sık üst solunum yolları şikayetiyle ve sonrasında üst solunum yolları ya da başka tetikleyiciler sonucunda oluşan kronik hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaları sonucunda olmuştur. Her iki hastalıkta da hastalar başvurularını hala iyileşmediklerine inandıkları için yaparlar ve genel olarak yeni tedavi, eski tedaviye devam şeklinde sonuçlanır. Yine yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstü bireyler arasında en son başvurduğu sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti kardiyovasküler hastalıklar (kalp rahatsızlığı, hipertansiyon vb.), solunum sistemi hastalıkları (KOAH, astım vb.), endokrin sistem hastalıkları (diyabet vb.), diyetisyen ihtiyacı (kilo vb.) ve psikolojik yakınma olanların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı birbirine yakın ve en fazla olarak bulunmuştur. En son başvurduğu sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti acil durumlar olanların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en az olarak bulunmuştur. Kronik hastalıkların yaşlılarda sık görülmesi, uzun süreli olması, kesin tedavilerinin bulunmaması ve diğer hastalıkların oluşumunda rol almaları aynı nedenle tekrar tekrar hastaneye yapılan başvuruları artırmaktadır. Yaşlılarda, acil servis başvuruları travmalar, yanıklar ve enfeksiyonlar gibi akut olarak meydana gelen ve kısa süreli tedavisi olan rahatsızlıklar sonucunda da olmaktadır (Türk Geriatri Derneği Erişim tarihi 20.11.2015). Bu nedenle de acil durumlarla sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlıların tekrar tekrar aynı nedenle sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığının düşük olması beklenen bir durumdur. Burdur'da acil servise başvuran yaşlıların başvuru sıklığı ve nedenlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, en sık yapılan acil servis başvurularının dolaşım, solunum ve kas-iskelet sistemiyle ilgili olduğu ve acil servise başvuran yaşlıların %93'ünün ayaktan tetkik ve tedavisinin yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kılınç ve ark 2012). Bu durum değerlendirildiğinde; yaşlılar acil servise dolaşım ve solunum sistemi ile ilişkili olan kronik hastalıklar nedeniyle başvurmuş olsalar bile acil serviste kronik hastalıklarla müdahale amacıyla yapılan tedaviler daha çok ayaktan ve kısa sürelidir. Bu durumda acil servise başvuru yapan yaşlıların bir sonraki başvurularında acil servise gitmek istememeleri olağan bir durumdur.

Yaptığımız araştırma sonucunda, 65 yaş ve üstü bireyler arasında BAĞ-KUR sağlık güvencesine sahip olanların sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru yapma sıklığının en fazla; ücretli sağlık güvencesine sahip olanların sağlık

kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru yapma sıklığının en az olduğu bulunmuştur. SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil kart/Ücretsiz sağlık güvencesine sahip olanların sağlık kuruluşlarına aynı nedenle ikinci defa başvuru sıklığı birbirine yakın olarak bulunmuştur. Burdur'da, 65 yaş ve üstü hastalarla yapılan bir araştırmada; evde bakım hizmeti alan yaşlı hastaların %32,4'ünün BAĞ-KUR sağlık güvencesine sahip olduğu belirlenmiştir. SSK, Yeşil Kart ve Emekli Sandığı sağlık güvencesine sahip olanların yüzdeleri ise birbirine yakın ve daha az bulunmuştur (Çatak ve ark 2012). Yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstü bireyler arasında bir sağlık sorunu nedeniyle en sondan bir önceki başvurusunu evde bakım ekibine yapanların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı da en fazla olarak bulunmuştur. Aynı popülasyonda ve yaşlılarla yapılan bu iki çalışma birbiriyle örtüşmektedir. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı fazla ve bu yaşlılarında daha çok BAĞ-KUR sağlık güvencesine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Burdur'da bulunan yaşlı nüfusun sayıca artması ve kronik hastalıklarla mücadele için yapılan tedaviler sonucunda yaşlı yaşam süresinin uzaması, evde bakım hizmetlerine başvuru sıklığını artıran bir etken olabilir.

Yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstü bireyler arasında bir sağlık sorunu nedeniyle en sondan bir önceki başvurusunu evde bakım ekibine yapanların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en fazla olarak bulunmuştur. Bakım hizmetlerine en fazla gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve engellilerin sağlığını korumak ve bakım hizmeti sunmak; evde bakım hizmetlerinin hedefinde yer almaktadır (Yılmaz ve ark 2010). Yaşlanmayla birlikte yatağa bağımlılık ve kronik hastalıklar artmakta; bu durum evde bakım hizmetlerinin genellikle yaşlılara verilmesine neden olmaktadır. 1998 yılında, Avusturya'da ve Almanya'da evde bakım hizmeti alanların %83'ünü 65 yaş ve üstü yaşlılar oluşturmuştur (Yılmaz ve ark 2010). Türkiye'de ise 2014 yılında evde bakım hizmeti alan birey sayısı 450,031 olarak belirlenmiştir. Bu durumla ilgili literatür incelendiğinde, sadece yaşlıların evde bakım hizmetleri alma durumlarıyla ilgili net bir bilgiye ulaşılamamıştır (TÜİK 2015). Burdur'da 65 yaş ve üstü bireylerle yürütülen bir araştırmada, araştırmaya katılan yaşlıların %46,3'ünün evde bakım hizmeti sırasında tedavi edildiği ve ilaçla tedavisine başlandığı belirlenmiştir. Aynı araştırmaya göre; evde bakım hizmetlerinin uygulanması yaşlıların %28,7'sinin

hastaneye gitme sıklığını da azaltmıştır (Çatak ve ark 2012). Evde bakım hizmeti alanların genellikle yaşlılar olduğu ve kronik hastalıklara sahip olma sıklığının da en fazla yaşlılarda olduğu yapılan araştırmalarda saptanan bir durumdur (Aydın 2005). Bu durum bize, araştırma grubumuzda ki evde bakıma başvuran yaşlıların kronik hastalığa sahip olabileceğini, kronik hastalık ya da başka nedenlerle engellilik durumuna sahip olabileceğini ve son iki sağlık kuruluşu başvurularını evde bakım ekibine yapmış olabileceklerini düşündürmektedir. Aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığında ikinci sırada ise en sondan bir önceki başvurusunu devlet hastanesi-poliklinik kısmına yapan bireyler yer almaktadır. KOAH'lı hastalarla yapılan bir araştırmada, araştırmanın yapıldığı tarihten önceki son bir yıl içinde hastaların %55,7'sinin göğüs hastalıkları polikliniğine 1-5 kez başvurduğu, hastaların %38,1'inin acil servise 1-4 kez başvurduğu belirlenmiştir (Okutan ve ark 1999). Araştırmamızda, en sondan bir önceki başvurusunu acil servise yapanların aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en az olarak bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyecek şekilde kendi araştırmamızda; en sondan bir önceki başvurduğu sağlık kuruluşunda tedavi olmak amacıyla cerrahi müdahale yapılan ve reçete yazılan bireylerin aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en az; hastaneye yatış verilenlerin ise aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en fazla olarak bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde 65 yaş ve üstü hastaların acil servise daha çok nefes darlığı, karın ağrısı, göğüs ağrısı, bilinç kaybı (kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve ürolojik nedenler) gibi nedenlerle başvurduğu, travma gibi anlık oluşan ve genelde etkisi ya da tedavisi kısa süren acil durumların biraz daha sonlarda yer aldığı ifade edilmiştir (Loğoğlu ve ark 2013, Akpınar ve ark 2014, Elçin ve ark 2014). Acil servise başvuran yaşlı hastaların hastalık nedenlerinin daha çok kardiyovasküler hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları gibi riskli ve önceden var olan ya da o anda oluşan ve sonrasında devam eden hastalıklar olması yaşlı hastaların aynı nedenle ikinci defa acil servise yaptığı başvuruyu engelleyen faktörler arasında sayılabilir. Hastaneye gittiğinde hastalığına son verilmesini isteyen yaşlılar için acil serviste ayaktan tedavi edilmek ve tedavi sonrası halen hastalığın devam ediyor olması, tedavi olunduğuna dair bir inanç oluşturmayabilir ve psikolojik açıdan yaşlıyı rahatlatan bir durum olmayabilir. 14,645 geriatrik hastanın acil servise başvurusunun incelendiği bir araştırmada, hastaların %85,6'sının ayaktan tedavi edildiği ve %12,8'inin hastaneye yatırıldığı saptanmıştır (Akpınar ve ark 2014). Acil serviste

hasta sirkülasyonu hızlı olmaktadır ve kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmamaktadır, bu durum hastaneye tekrar başvuru sayısını ve uzun süreli bakım ihtiyacını artırmaktadır (Akpınar ve ark 2014). Yaşlı hastaların süregelen ve riskli bir hastalıkları varsa ya da o anda gelişen hastalıkları sürekli tedavi olmalarına neden olacaksa hastalar hastaneye yatırılabilir ve daha detaylı izlemleri sağlanabilir. Bu nedenle de acil serviste tedavi edilip gönderilen hastaların aynı nedenle sağlık kuruluşu başvurularının en az, yatış yapılan hastaların aynı nedenle sağlık kuruluşu başvurularının en fazla olması olasıdır. Eğer, acil hastalık yanık ve kırık gibi o anda tedavi edilebilen ve kısa süreli izlem gerektiren bir hastalık ise hastaların ayaktan tedavi edilmesi, acil hastalık kronik hastalığa bağlı olarak gelişmişse hastaların hastaneye yatışının yapılması da olası bir durumdur.

Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireyler arasında her türlü imkana sahip olsalardı/olduklarında Tıp Fakültesi'ne gitmek isteyenlerin aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en fazla olarak bulunmuştur. İkinci sırada ise yurtdışına gitmek isteyen bireyler yer almaktadır. Her türlü imkana sahip olsalardı/olduklarında aile hekimine gitmek isteyen bireylerin aynı nedenle ikinci defa sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı en az olarak bulunmuştur. Sağlık hizmeti kullanımını belirlemeye yönelik 5 yaş ve üstü 760 kişiyle yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılanların her türlü olanakları olsaydı gitmek istedikleri sağlık kuruluşu ilk sırada özel hastane ikinci sırada ise üniversite hastanesi olarak belirlenmiştir (Ateş ve ark 2004). Yaşlıların kullandığı sağlık kurumları ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir araştırmada -kendilerine her türlü imkan sağlansaydı- yaşlılar en fazla başvurmak istedikleri kuruluşu üniversite hastanesi, sonrasında özel hastane ve en son da ise devlet hastanesi olarak ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada üniversite hastanesine başvurmak isteyenlerin üniversite hastanesini seçme nedeni olarak ilk sırada, hastaneye ve hekimlere güven duyulması gelmektedir. Sağlık ocağına başvurmak isteyenlerde sağlık ocağını seçme nedeni olarak ilk sırada kurumun yakın olması gelmektedir. Özel hastaneye başvurmak isteyenler ise daha fazla zaman ayrılması ve daha çabuk sonuç alınması nedeniyle bu kurumu seçmektedirler (Kulaç ve ark 2011). Bizim çalışmamız ve Kulaç ve ark (2011) çalışmasında benzer sonuçlar bulunmasına rağmen, Ateş ve ark (2004) yapılan çalışmada farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu durumun nedeni ilk sırada tıp fakültesini tercih eden bizim ve Kulaç ve ark (2011) araştırmasının 65 yaş ve üstü bireyleri kapsaması, ilk sırada özel

hastaneyi tercih eden Ateş ve ark (2004) araştırmasının ise 5 yaş ve üstü her yaş grubunu kapsaması ve aynı araştırma içinde yer alan 65 yaş ve üstü nüfusun tüm araştırmaya katılanlar içinde payının sadece %3,1 olması olabilir. Yaşlı hastalar daha detaylı incelendiklerini düşündükleri için tıp fakültesini, genç hastalar ise işleri kısa bittiği ya da kendileriyle daha çok ilgilenildiğini düşündükleri için özel hastaneyi tercih ediyor olabilirler.

Majör depresyon sıklığı genel toplumda %15 ve kadınlarda %25 olarak görülmektedir ve psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır (Ertan 2008). Yapılan bir araştırmada, depresyonun 65 yaş ve üzeri grupta görülme sıklığının çok fazla olduğu belirlenmiştir. Genel nüfusta %15-%25 arasında görüldüğü belirtilen depresyon sıklığının; bakımevinde kalanlarda %40, hastanede kalanlarda ise %50 civarında olduğu belirlenmiştir (Kurban ve ark 2010). Ayrıca, kültür ve ülkeden bağımsız olarak depresyonun kadınlarda 2 kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Ertan 2008). Yaptığımız araştırmaya katılan yaşlılarda depresyon varlığı saptanmıştır ve erkeklerde olası depresyon, kadınlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Kadınların depresyon sıklığının erkeklere göre fazla olduğu görülmüştür. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan başka çalışmalarda da kadın katılımcılarda görülen depresyon sıklığının erkek katılımcılardan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Soydan ve ark 2005, Keskinoğlu ve ark 2006, Ölüç 2007, Çınar ve Kartal 2008, Altay 2012). Japonya'da 65 yaş ve üstü 5,863 kişiyle dört kırsal bölgede yapılan bir araştırmada, dört bölgenin üç tanesinde kadınlarda görülen depresyon sıklığı erkeklerden yüksek bulunmuştur (Wada ve ark 2004). Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla 90 yaşlı ile yürütülen bir araştırmada, kadınlarda erkeklerden daha fazla depresyon riski bulunmuştur (Dişçigil ve ark 2005). Geriatrik depresyon ile ilişkili risk etmenlerinin (huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi) araştırıldığı bir çalışmada, kadınlarda hem tanı konmuş depresyon hem de depresyon skala puanları erkeklerden daha fazla bulunmuştur (Gül ve ark 2012). Çoğu ülkede görülen; yoksulluk, eğitim yetersizliği, eşitsizlik, ruhsal ve fiziksel engellilik gibi durumlar kadınların depresyon sıklığının fazla olmasının nedenleri olarak gösterilmektedir (Öztürk ve Çetin 2012). Türkiye'de yaşlı yoksulluğu ile ilgili yapılan bir araştırmada da 65 yaş ve üstü bireylerin yoksulluk sınırının altında yaşama sıklığının %23 olduğu ve yoksulluğun kadınlarda %58,9 erkeklerde %41,1 olduğu vurgulanmıştır (Karadeniz ve Öztepe 2013).

Araştırma sonucumuz diğer araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Sosyal, kültürel ve ekonomik eşitsizlikler nedeniyle kadınların erkeklere göre depresyon düzeylerinin fazla olması beklenen bir durumdur.

Araştırma sonucumuza göre, 65-74 yaş arasında olan katılımcılarda olası depresyon, 75-84 yaş ve 85 ve üstü yaş grubunda olan katılımcılarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan başka bir araştırmada da yaş artışıyla birlikte depresif belirti düzeylerinde artma görülmüştür (Gülseren ve ark 2000). Bir üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riskinin incelendiği araştırmada da 80 yaş ve üstündekilerde görülen depresyon riski 80 yaşın altındakilerden 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (Altay ve Üstün 2012). Bu durumda, 65 yaş ve üstü bireylerde depresyon görülmesi beklenen bir durumdur. Yine, kendi araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında evli, bekar, boşanmış ve ayrı yaşıyor olanlarda olası depresyon; eşi ölmüş olanlarda ise kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Eşi ölmüş olanların evli olanlara göre depresyon sıklığının fazla olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmalarda da; major depresif bozukluğun yakın ilişkisi olmayanlar, eşi ölmüş olanlar, boşanmış olanlar ve ayrı yaşayanlarda daha sık olduğu belirtilmiştir (Ertan 2008, Çınar ve Kartal 2008). 65 yaş ve üstü hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların dul olmasının ve huzurevinde yaşamalarının depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Kahraman 2009). Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla 90 yaşlı ile yürütülen bir araştırmada, dul olanlarda depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (Dişçigil ve ark 2005). Amerika'da evli olmayan (dul veya hiç evlenmemiş) kadınların %17,3'ünün; evli olan kadınların %4,3'ünün ve boşanmış kadınların ise %20,4'ünün yoksulluk içinde yaşadığı belirlenmiştir (Öztürk ve Çetin 2012). Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir araştırmada, eşi ölmüş kadınların yoksul yaşlı kadınlar içerisinde en fazla paya sahip olduğu belirlenmiştir (Karadeniz ve Öztepe 2013). Yaşlılık ve yoksullukla beraber anksiyete, huzursuzluk ve depresif belirtiler artmaktadır (Öztürk ve Çetin 2012). Yaşlılıkta oluşan depresif belirtilerin yanı sıra, eşi ölmüş olanların eşlerini kaybetmelerinden dolayı yalnız kalmaları, yas etmeleri, üzüntü duymaları onların diğer yaşlılardan daha hassas olmasına neden olabilir. Eşin ölümüyle birlikte sosyal güvenceye sahip olunmaması ve sonrasında gelen maddi sıkıntılar da depresyonu artıran nedenler arasında sayılabilir. Yaş ve medeni durumla ilgili bulduğumuz sonuç literatürde ki diğer araştırmalarla uyum göstermektedir.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında doğum yeri il merkezi ve ilçe merkezi olanlarda olası depresyon, doğum yeri belde/köy olanlarda ise kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Doğum yeri belde/köy olanların doğum yeri il olanlara göre depresyon sıklığı fazla bulunmuştur. Doğum yeri ve yaşam kalitesi arasında ki ilişkiyi doğrudan gösteren başka bir araştırmaya rastlanılamamıştır. Fakat yaşanılan yer açısından bakılırsa, yapılan bir araştırmada depresyon sıklığının şehirlerde yaşayanlarda köylere göre daha sık olduğu bulunmuştur (Ertan 2008). Kentte yaşayan yaşlıların kendi evlerinde yalnız yaşama sıklığı köyde yaşayan yaşlıların kendi evlerinde yalnız yaşama sıklığının yaklaşık 14 katıdır. Bu nedenle de kentleşmenin yoğun olduğu bölgelerde yaşlılar daha fazla yalnızlığa terkedilmekte ve daha fazla depresif belirtiler göstermektedirler (Durgun ve Tümerdem 1999). Doğum yeri ve ikamet yeri aynı kavramlar olmadığı için iki araştırma sonucu doğrudan karşılaştırılamayabilir. Fakat araştırmamıza katılanların doğum yerleri farklı olsa da halen ikamet yerleri il merkezidir. Bu durumda iki araştırma karşılaştırıldığında, Burdur kırsal ve küçük bir il olarak tabir edilirken, Ertan (2008) tarafından yapılan araştırma daha büyük ve şehirleşme düzeyi yüksek illerden bahsetmektedir. Bu nedenle iki araştırmada yer alan yaşlılar arasında ikamet yeri ve depresyon açısından farklılık çıkması olasıdır.

90 yaşlı ile birinci basamakta ve geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla yapılan bir araştırmada, eğitim durumu ile depresyon riski arasında bir ilişki bulunamamıştır (Dişçigil ve ark 2005). Yaşlı hastalarda depresyon riskinin araştırıldığı başka çalışmalarda ise, eğitim düzeyi arttıkça depresyon sıklığının azaldığı ve okuryazar olmayanlarda depresyon sıklığının fazla olduğu bulunmuştur (Keskinoğlu ve ark 2006, Altay ve Üstün 2012, Gül ve ark 2012). Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite ve üstü mezunu olanlarda olası depresyon; okuryazar olan ve okuryazar olmayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. En fazla depresyon sıklığının okuryazar olmayanlarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim araştırmamız ve Gül ve ark (2012) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları birbirine benzer bulunmuştur. Araştırmaların birisi il merkezinde diğeri ise huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerle yürütülmüştür. Dişçigil ve ark (2005) tarafından yapılan araştırma ise, birinci basamakta yer alan bir sağlık kuruluşunda ve oraya başvuran yaşlı hastalarla yapılmıştır. Bu nedenle de, araştırma yapılan sağlık ocağına gelen yaşlı hastalar

arasında kültür, eğitim, maddi durum ve sağlık güvencesi bakımından benzerlikler olabilir. Benzer niteliklere sahip olan yaşlı hastaların eğitim düzeyleri araştırma sonucunu etkilememiş olabilir.

Japonya'da dört kırsal bölgede 65 yaş ve üstü 5,863 kişiyle yapılan bir araştırmada, gelir düzeyi düşük olan kişilerde depresyon sıklığının fazla olduğu görülmüştür (Wada ve ark 2004). Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında aylık gelirini iyi olarak algılayanlarda depresyon yok, aylık gelirini orta olarak algılayanlarda olası depresyon ve aylık gelirini orta altı olarak algılayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. En fazla depresyon sıklığının aylık gelirini orta altı olarak algılayanlarda olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucumuz diğer araştırma sonucunu desteklemektedir. Gelirini orta altı olarak algılayanlarda depresyon sıklığının fazla görülmesi, gelirin az olmasına bağlı olarak gıda, sağlık, eğitim ve diğer alanlarda yetersizlik ve yoksunluk hissedilmesi ve bu durumun yaşama dair olumsuz duyguları arttırması nedeniyle olabilir.

Yaşlılıkta yaşanan sorunlar arasında depresyon, intihar girişimi ve demans ilk sıralarda yer almaktadır. Yaşlılıkta bu sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıran psikososyal faktörler arasında ise; yaş, eğitim, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, aile yapısı, medeni durum, çocuk sayısı, hobi ve boş zamanlarını değerlendirme biçimleri sayılmaktadır. Meslek açısından bakıldığında, halen çalışıyor olma ya da emekli olma yaşlı bireye maddi olarak bağımsızlık sağlarken; hiç çalışmamış olma ya da işi bırakmış olma yaşlı bireyin kendisini işe yaramaz ya da değersiz hissetmesine neden olmaktadır ve bu durum özgüven sarsılmasına neden olmaktadır (Öz 2002, Soydan ve ark 2005). Üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riskinin araştırıldığı bir çalışmada düzenli aylık geliri olmayanların %57,1'inde depresyon riski saptanmıştır (Altay ve Üstün 2012). Ülkelerin çoğunda yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden yoksul olduğu ifade edilmektedir. Bu durumun en önemli iki nedeni arasında kadının işgücü piyasasında ki konumu ve eğitim imkanlarından yararlanma durumunun yetersiz olması gösterilmektedir. Kadınların istihdama katılımlarının düşük olması; sağlık hakkına eş üzerinden ulaşmalarına, aile içinde ki konumlarının geri planda kalmasına ve uzun çalışma saatlerine ve sigortasız çalışmaya ses çıkarmamalarına neden olmaktadır. Sonuç olarak ta maddi imkansızlık ve yaşanan stres sonucunda kadınlarda depresyon sıklığı fazla görülmektedir (Koyun

ve ark 2011). Araştırma sonucumuza göre de; 65 yaş ve üstü bireyler arasında halen çalışıyor ve emekli olanlarda olası depresyon; hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. En fazla depresyon sıklığının hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun, araştırmamızın sonuçları arasında yer alan hiç çalışmamış/işi bırakmış kadınların erkeklerden yaklaşık 12 kat fazla olması ve kadınlarda depresyon sıklığının erkeklerden fazla olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum literatürle uyumlu olarak yaşlı bireylerin o zamana kadar (özellikle kadınlar) hiç çalışmamış/işi bırakmış olmasından bu nedenle de kendilerini başkalarına hem maddi hem de manevi anlamda bağımlı hissetmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında sadece eşi ve eşi ve çocukları ile yaşayanlarda olası depresyon; çocuğu ile, yalnız ve akrabaları ile yaşayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Yalnız yaşayanların eşiyle yaşayanlara göre depresyon sıklığının fazla olduğu bulunmuştur. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan başka bir araştırmada ise katılımcıların Geriatrik Depresyon Skalası ile birlikte kaldığı kişiler arasında bir ilişki bulunamamıştır (Ölüç 2007). Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla 90 yaşlı ile yürütülen bir araştırmada, çocuğu ile yaşayanlarda depresyon riskinin arttığı saptanmıştır. Aynı araştırmada yalnız yaşamanın depresyon için risk oluşturmadığı belirlenmiştir (Dişçigil ve ark 2005). Araştırma sonuçları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum araştırmaya katılan grupların birbirinden farklılığı, eğitim durumları ve yaşadıkları yerler arasında ki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında alkol kullananlarda ve geçmişte alkol kullananlarda olası depresyon, alkol kullanmayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, alkol kullanımının beyaz ırkta daha sık görüldüğü ve ağır içiciliğin erkeklerde kadınlara göre 4-5 kez daha sık olduğu bulunmuştur (Ertan 2008). Alkol kullanımının yaşlılarda yaygın görüldüğü ve depresyon, hipertansiyon, diyabet, ilaç etkileşimi, kazalar ve acil servis başvurularının artmasına neden olduğu ile ilgili araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Fleming ve ark 1999). Alkol tüketen yaşlı insanlarda depresyon ve hafıza problemleri gibi problemler görülmektedir. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir araştırmada alkol kullananların depresyon düzeyinin

yüksek olduğu bulunmuştur (Kahraman 2009). Fiziksel (kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması), sosyal (kadınların erkeklerden daha uzun süre yalnız kalması) ve psikolojik (kadınların bağımsızlığının erkeklerden daha az olması) nedenlerle yaşlı kadınlarda da alkol tüketimi ve alkolün kötüye kullanımı sıklıkla görülmektedir (Blow ve Barry 2002, Borges ve ark 2014). Araştırma sonucumuzda diğer araştırmaların aksine alkol kullanmayanlarda kesin depresyon olduğu bulunmuştur. Bu durumla ilişkili olduğunu düşünerek yaptığımız diğer analizlerde, erkeklerde görülen depresyon sıklığının kadınlardan az ve erkeklerde alkol kullanımın kadınlardan yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle de, alkol kullanmayanlarda (genellikle kadınlar) kesin depresyon, alkol kullananlarda (genellikle erkekler, kadınlardan yaklaşık 4 kat fazla) olası depresyon bulgusuna ulaşmış olabiliriz.

65 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir araştırmada sigara içen yaşlılarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Altay ve Avcı 2009). Araştırma sonucumuza göre, sigara kullananlarda ve geçmişte sigara kullananlarda olası depresyon, sigara kullanmayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Sigara kullanmıyor olanların sigara kullanıyor olanlara göre depresyon sıklığı fazla bulunmuştur. Literatürde yer alan sigara içmenin depresyon belirtilerini artırdığı verisi bizim araştırmamızla uyuşmamaktadır. Bu durumla ilişkili olduğunu düşünerek yaptığımız diğer analizde ise, erkeklerde sigara kullanımın kadınlardan yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uluslararası literatür incelendiğinde de erkeklerin kadınlardan 4 kat daha fazla sigara tükettiği görülmektedir (Borges ve ark 2014). Bu durumun yanı sıra araştırmamızda bulduğumuz, erkeklerde görülen depresyon sıklığının kadınlardan az olması nedeniyle sigara kullanmayan katılımcılarda (genellikle kadınlar) kesin depresyon varlığı saptarken, sigara kullanan katılımcılarda (genellikle erkekler, kadınlardan yaklaşık 4 kat fazla) olası depresyon varlığı saptamış olabiliriz.

Yaptığımız araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında kronik hastalığı olmayanlarda olası depresyon kronik hastalığa sahip olanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığa sahip olmayanlara göre depresyon sıklığı fazla bulunmuştur. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan başka bir araştırmada da, kronik hastalığı olanlarda depresyon

semptomlarının fazla olduğu belirlenmiştir (Ölüç 2007). Kronik hastalıklar uzun süreli, kesin tedavisi olmayan, engelliliğe neden olan ve hastalıklarıyla mücadele etmek zorunda kalan insanları olumsuz etkileyen hastalıklardır. Bu nedenle de zaten depresyon ya da depresyon riski ile yaşayan yaşlıların kronik hastalıklara sahip olduklarında depresyon sıklıklarının artması beklenen bir durumdur.

65 yaş ve üstü yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak nitelendirenlerde depresyon sıklığı yüksek bulunmuştur (Keskinoğlu ve ark 2006). Üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riskinin araştırıldığı bir çalışmada da sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların %76'sında depresyon riski saptanmıştır (Altay ve Üstün 2012). Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında sağlığını çok iyi olarak algılayanlarda depresyon yok, sağlığını iyi olarak algılayanlarda olası depresyon, sağlığı hakkında kararsız olanlar, kötü ve çok kötü olarak algılayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. En fazla depresyon sıklığının sağlığını kötü ve çok kötü olarak algılayanlarda olduğu bulunmuştur. Yaşlılarda hafızada görülen azalma, demans ya da anksiyete bulgularıyla ortaya çıkmaktadır. Bu durum yaşlı bireyi hem fiziksel hem de psikolojik açıdan rahatsız etmekte ve kişide depresif eğilime neden olmaktadır. Literatürde sıklıkla karşılaştığımız ve yaşlılıkla ilişkilendirilen kronik hastalıklar, kişide fiziksel anlamda engellilik ve bağımlılık oluştururken psikolojik anlamda anksiyete ve depresyon için risk oluşturmaktadır (Soydan ve ark 2005). Araştırma sonucumuz literatürle uyum göstermektedir. Sağlık durumunun iyi olarak algılanması, öz bakım yetisini, kişiler arası ilişkileri ve sosyal yaşantıyı etkileyeceği için yaşlılarda depresyonu azaltan etkenler arasında sayılabilir.

Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla 90 yaşlı ile yürütülen bir araştırmada, sağlık güvencesi varlığı ile depresyon riski arasında ilişki bulunamamıştır (Dişçigil ve ark 2005). Hastanede yatan yaşlı hastalarla yapılan bir araştırmada, sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon sıklığı yüksek bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2011). Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında, sağlık güvencesi olanlarda olası depresyon, sağlık güvencesi olmayanlarda kesin depresyon varlığı bulunmuştur. Literatüre bakıldığında araştırma sonuçları açısından görülen farklılıklar; katılımcıların eğitim

durumları, ekonomik durumları ya da sahip oldukları sağlık güvencesinin türü gibi farklılıklardan kaynaklanabilir. Araştırmaya katılanların maddi durumları iyi ise sağlık güvenceleri olmasa bile ücretli olarak muayene olabilirler ve bu durumdan çok etkilenmeyebilirler. Fakat, katılımcıların maddi durumları ücretli muayene olmaya elverişli değilse sağlık güvencelerinin olmamasından çok fazla etkilenebilirler. Türkiye'de 2009 yılında yapılan bir araştırmada, yaşlıların %22'sinin en yoksul üç gelir grubu içinde olduğu görülmüştür. 2010 yılında bu düzey %26,1'e yükselmiştir. Bu durumda da, Türkiye'de her 10 yaşlı bireyden neredeyse 3'ünün yoksul olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karadeniz ve Öztepe 2013). Hastanede yatan yaşlı hastalarla yapılan bir araştırmada, yaşlıların %93,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalığa sahip yaşlıların %82,7'sinin daha önce hastaneye yattığı belirlenmiştir (Koç ve Sağlam 2011). Araştırma yaptığımız grubun da yaşlı olması, kronik hastalık ortalamasının 1,8±0,9 olması ve her 10 yaşlıdan 3'ünün yoksul kabul edildiği bir ülkede yaşaması; katılımcılarımız için sağlık güvencesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve fiziksel, sosyal, psikolojik ve somatik duyu gibi farklı ölçümleri kapsamaktadır (Gülseren ve ark 2000). Yaşam kalitesi araştırmalarında sıklıkla bahsedilen ve yaşam kalitesi ölçeklerinde yer alan duyusal işlevler boyutu; görme, işitme, koku alma, tat alma, iştah ve dokunma gibi duyusal işlevler ve bunların yaşam kalitesine yaptığı etkileri değerlendirmekte kullanılır. Özerklik boyutu saygı, yaşamı kontrol etme/kendi başına yaşayabilme, özgür biçimde tercih yapma ve ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine yaptığı etkileri değerlendirmekte kullanılır. Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri boyutu, geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılardan yaşam boyu memnuniyet durumunu, geçmişten bahsetme durumunu, gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri, yaşamdaki başarılardan elde edilen doyumu ve geleceğe bakışı gösterir. Sosyal katılım boyutu, zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumunu, özellikle de toplum içinde gündelik faaliyetlere katılma durumunu anlatır. Ölüm ve ölmek boyutu, ölümün kaçınılmaz olduğu ve kabul edilmesi gerektiği ile ilgili düşünceler, ölümün anlamı ve tanımı, ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular ile ilgilidir. Yakınlık boyutu ise, algılanan sosyal destek, kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisi ve bu ilişkilerin boyutunu değerlendirir (Eser ve ark 2010).

Araştırmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında ise araştırmamıza katılan yaşlıların yaşam kalitesi bazı araştırmalarda yer alan yaşlıların (Eser ve ark 2010, Arpacı ve ark 2015) yaşam kalitelerinden yüksek, bazı araştırmalarda yer alan yaşlıların (Şahin ve ark 2013) yaşam kalitelerinden düşük çıkmıştır. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2008'e göre kentsel alanda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin kırsal alanlarda yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). Araştırmamız kentsel alanda yapılmasına rağmen Burdur küçük bir şehirdir ve kırsal özellik gösterir, yaşam kalitesi açısından karma bir yapıdadır. Bu durumun yanı sıra yaşam kalitesi göreceli bir kavramdır ve kişinin o anda ki algıladığı sağlık, ruh hali vb. durumlara göre değişir. Bu nedenle araştırmamızın literatürle farklılık göstermesi olasıdır. Ayrıca, yaşlılarda kronik hastalık, engellilik ve bağımlılık durumları nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesi beklenmektedir. Bu durumun aksine kendi araştırmamızda ve literatürde yer alan araştırmalarda yaşlıların yaşam kalitesi beklenenden yüksektir. Sonuçların beklenenden farklı olması ve sonuçlar arasında ki tutarsızlık ise araştırma gruplarında yer alan yaşlıların yaşadıkları bölgelerin (kırsal ya da kentsel olması), yaşlıların eğitim seviyeleri, ekonomik durumları ve araştırmanın yapıldığı yer (il sınırları, il merkezi, sağlık kuruluşu) arasında ki farklılıklardan olabilir.

Araştırma sonucuna göre; 65-74 yaş grubunda olanların, 75-84 ve 85 ve üstü yaşında olanlara göre duyusal işlevler ve sosyal katılım alt boyut puanı yüksek bulunmuştur. 65 yaş ve üstü yaşlılarla yapılan bir araştırmada, 65-74 yaş arasında ki bireylerin fiziksel ve sosyal fonksiyon durumunun 75 yaş ve üzerindekilere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada; 65-74 yaş arasında ki bireylerin duygusal kısıtlılık durumunun 75 yaş ve üzerindekilere göre daha az olduğu saptanmıştır (Ölüç 2007). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir araştırmada, 65-74 yaş arasında ki bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur (Zincir 2008). TNSA 2008'e göre yaş arttıkça yaşlıların yaşam kalitesindeki bozulmanın arttığı bulunmuştur. 75-84 yaş arasında ki yaşlılarda görülen yaşam kalitesi 65-74 yaş arasında ki yaşlılarda görülenden 2,2 ve 85 yaş ve üstü yaşlılarda görülen yaşam kalitesi 65-74 yaş arasında ki yaşlılarda görülenden 7,5 kat daha düşük bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010).

65-74 yaş grubunda bulunan bireyler 75 yaş ve üstünde bulunan bireylere göre daha gençtir ve yaşlanmayla birlikte artan olumsuz koşullardan daha az etkilenmeleri beklenen bir durumdur. Yaş ilerledikçe artan kronik hastalıklar, fiziksel engellilik ve başka kişilere bağımlılık düşünüldüğünde 65-74 yaş grubunda bulunan bireylerin 75 yaş ve üstü grupta bulunan bireylere göre görme, işitme vb. duyusal işlevlerinin yani yaşam kalitesinin daha iyi olması beklenen bir durumdur. Yine benzer nedenlerle 65-74 yaş grubunda bulunan bireylerin daha ileri yaşlarda olanlara göre toplum içinde gündelik faaliyetlere katılmaları yani sosyal katılımlarının fazla olması da beklenen bir durumdur. Yaptığımız araştırmada, 65-74 yaş grubunda olanların 75-84 yaş grubunda olanlara göre ölüm ve ölmek alt boyutu puanın düşük olduğu gözlemlenmiştir. 60 yaş ve üstü grupta yaşlılık döneminde ölüm psikolojisinin araştırıldığı bir çalışmada, yaşlılık dönemini ölüm ve ölüm ötesinin daha çok düşünülmeye başlandığı zaman olarak ifade edenlerin yüzdesi %82,5 olarak bulunmuştur (Koç 2003). İki araştırma sonucu birbiri ile paralellik göstermektedir. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısını incelemek amacıyla yapılan bazı araştırmalarda ise ölüm kaygısı ile yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır (Kalaoğlu Öztürk 2010, Top ve ark 2010). Yaşlı bireylerle yapılan bir araştırmada 73 yaş ve altı yaş grubunda ki bireylerde ölüm alt puanlarının 74 ve üstü yaş grubun da ki bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tavşanlı 2013). Yapılan başka bir araştırmada ise, en yüksek ölüm kaygısının 60-64 yaş aralığında olduğu bulunmuştur ve 70 yaş ve üstünde olanlarda daha düşük ölüm kaygısı olduğu saptanmıştır (İlhan ve ark 2002). Yaş ilerledikçe ölüme yaklaşıldığı ve ölüm korkusunun bireyleri etkilediği düşünüldüğünde araştırma sonucumuzda çıkan 75 yaş ve üstü grupta bulunanların ölüm korkusunun 65-74 yaş grubuna göre fazla olması bize göre olağan bir durumdur. Literatürde bakıldığında ise, konuyla ilgili değişik sonuçlara ulaşılmıştır. Bu durum araştırma gruplarının kültürel ya da dini inanışlarının farklılığından kaynaklanabilir. Farklı dini inanışlarda ki bireylerin ölüm kaygılarını araştırmak için yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ölçeğinden alınan puanların farklı dine mensup olmaya bağlı olarak değişiklik gösterdiği saptanmıştır (Erdoğdu ve Özkan 2007). Bu durumda da ölüm korkusunu belirleyen etkenler arasında yaşın yanı sıra toplumun dini inanışının önemli olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre 65 yaş ve üstü erkeklerin kadınlara göre; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve ölçek toplam

puanı yüksek bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada kadınların çocuk bakımını üstlenmek durumunda oldukları, çocuk sahibi olan kadınlar arasında iş arayanların mevcut kreş ve bakımevlerinin ücretlerinin yüksek olması nedeniyle işgücüne katılmaktan vazgeçtiği, çalışan kadınların ise işi bırakmak durumunda kaldıkları belirtilmiştir (Önder 2013, Kurt 2006). Özellikle çalışmayan kadınlar evde daha fazla vakit geçirmektedir. Bu durumun yanı sıra kadının birden fazla ve çeşitli yaşlarda çocuğa sahip olması kadının zamanının önemli bir kısmının çocuk bakımıyla geçmesine ve hem maddi hem de manevi yönden sosyal katılımının kısıtlanmasına neden olabilir. Kadın çocukların her birine ayrı ayrı bakım vermek zorunda kalıp eşiyle ya da arkadaşlarıyla birlikte vakit geçirmekte zorlanırken bir yandan da maddi imkansızlıklar nedeniyle tüm parasını çocuklarına harcamak durumunda kalabilir. Bu durum kadınların geçmiş yaşantılarından dolayı kendilerini başarısız hissetmelerine, mutsuz olmalarına ve geçmişten bahsetmekten kaçınmalarına neden olabilir. Yaşlanmayla birlikte güçsüzlük, yoksulluk, bakım, bağımsızlığın yitirilmesi ve yaşam kalitesinin düşmesi söz konusudur. Yaşam kalitesi fırsatlar, etkinlikler ve rollerin yanı sıra gelir ve barınma ile de yakından ilişkilidir. Kadınların çoğu partnerlerinden daha uzun süre yaşadığı ve gençliklerinde çalışmayıp sadece kocalarının emekli maaşıyla geçindikleri için yaşlılık dönemi sıkıntılarıyla daha fazla karşılaşabilmektedir. Kronik sağlık sorunları, artan sağlık maliyetleri, çocukların destek olmaması ve yaşam memnuniyetinin az olması yaşlı kadınları yıpratmaktadır. Yaşlı kadınlar genellikle ekonomik olarak daha fazla sıkıntı çekmektedirler ve yaşlılık dönemlerinde bile olsalar onların torunlarına bakması beklenmektedir (Buz ve Beydilli 2015). Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentilerinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların sosyal dışlanma endişesinin erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur; yaş arttıkça sosyal dışlanma endişesinin de arttığı görülmüştür (Genç 2013). Bu faktörler göz önüne alındığında yaşlı erkeklerin kadınlara kıyasla iş yaşantısına daha fazla katılmaları, ev dışında geçirdikleri vaktin daha fazla olması, daha sosyal olmaları, yaşamlarında daha fazla başarı elde etmiş olmaları ve yaşamlarından memnun olmaları olağan bir durumken kadınlarda bu faktörlerin düşük seviyede olması da olağan bir durumdur. Yaptığımız araştırmada, 65 yaş ve üstünde olan erkeklerin aynı yaş grubunda ki kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha fazla olduğu sonucuna da ulaşılmıştır. Yine yaşam kalitesi açısından bakıldığında, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için yapılan araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur (Zincir

ve ark 2008, Eser ve ark 2010, Erkal ve ark 2011). Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur. Yaptığımız araştırmada, ölüm ve ölmek alt boyutunda ise kadınların puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Çeşitli yaş grubunu içeren, farklı dini inanışlarda ki bireylerin ölüm kaygılarının incelendiği bir araştırmada ölüm kaygısı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Erdoğdu ve Özkan 2007). Çeşitli yaş grubunu içeren başka bir araştırmada ise 30 yaş ve altında ki kadınlarda ölüm kaygısı yüksek görülürken, 30 ve 60 yaş arasında ölüm kaygısının azaldığı fakat erkeklerde ölüm kaygısının yaşa göre değişmediği bulunmuştur (Russac ve ark 2007). Yaşlı bireylerle yapılan bir araştırmada, bizim araştırmamıza benzer bir bulgu olarak kadınların erkeklere göre ölüm ve ölmek alt boyut puanı yüksek bulunmuştur (Tavşanlı ve ark 2013). 60 yaş ve üstünde yapılan başka bir çalışmada da kadınların erkeklerden daha fazla ölüm korkusuna sahip olduğu bulunmuştur (Azaiza ve ark 2010). Diğer bulgulardan ve bizim bulgumuzdan farklı olarak, yaşlıların ölüm kaygısının incelendiği bir araştırmada, ölüm kaygısı ve cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır (Arpacı ve ark 2011). Araştırma yaptığımız grup yaşlı bir gruptur ve bu nedenle de bulduğumuz sonuç genel olarak literatürle uyumludur. Uyumlu olmayan bazı çalışmalardaki farklılık araştırma grubundaki yaş dağılımının çeşitliliğinden, yapılan diğer çalışmaların örnekleminde ki kadın ve erkek sayısının eşit olmamasından, araştırma yapılan gruptaki toplumun yapısından ve dini inanışlardan kaynaklanabilir.

Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında evli olanların eşi ölmüş olanlara göre özerklik alt boyutu; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve yakınlık alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. 65 yaş ve üstü bireyler ile yapılan bir araştırmada evli olanların sosyal fonksiyon durumunun yalnız olanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (Ölüç 2007). Başka bir araştırmada ise; yaşlıların sağlığını geliştirmek amacıyla yapılan aktivitelere katılımın ileri yaşlarda az görüldüğü saptanmıştır. Katılımın az olmasının nedenleri arasında cinsiyet, yaş, kronik hastalık varlığı, kaynaklara ulaşabilmek gibi faktörlerin yanı sıra medeni durum da (eşi ölmüş olmak) gösterilmiştir (Kulakçı ve ark 2012). Toplumuzda eşi ölmüş olmak daha rahat ve bağımsız hareket edebilmeyi, yaşam boyunca hissedilen mutlu olma durumunu, diğer kişilerle ilişkileri ve sosyalleşmeyi azaltan bir etken olabilir. Evli olan çiftler aile ortamlarında daha rahat hareket edebilir, çift olarak aktivitelere katılabilir ve birbirlerine maddi manevi

destek olabilirler. Yaptığımız araştırmada, evli ve bekar olanların yaşam kalitelerinin eşi ölmüş olanlardan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2008'de yapılan TNSA'ya göre eşi ölmüş yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olma olasılığının, halen evli olan yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olma olasılığından %61 daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). İki araştırma sonucu birbirini desteklemektedir. Evli olan bireylerin fiziksel ve psikolojik sorunlara birlikte çözüm bulmaya çalışması, yaşam kalitelerinin yüksek olmasının nedeni olabilir. Benzer şekilde bekar olan yaşlıların da tüm yaşamları boyunca rutin bir şekilde ailelerinden destek görmeleri, yaşam kalitelerinin yüksek olmasını sağlayan bir neden olabilir. Yaşamının belirli bir süresini eşiyle paylaşan, eşinin ölümüyle yalnız kalan ve yas tutan yaşlıların da yaşam kalitelerinin düşük olması olası bir durumdur.

Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri ilçe merkezi ve köy olanlara göre duyusal işlevler alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuştur. İlçe merkezi ve köy gibi kırsal alanlarda genel olarak nüfus yoğunluğu düşüktür ve üretim daha çok tarım ve hayvancılığa dayanmaktadır. Bu nedenle de kırsal alanlar ekonomik yönden doğal kaynaklara daha bağımlı, teknolojik gelişmelerin daha az olduğu yerler olarak görülmektedir. Bu durum kırsal alanlarda yaşayan yaşlıların kentlerde yaşayan yaşlılara göre sağlık, bakım ve güvenlik hizmetlerine daha zor erişmelerine, genel olarak halkın yaşam kalitesinin düşük olmasına neden olmaktadır (Kalkınma Atölyesi 2015). İki araştırma birbirini desteklemektedir, Burdur gibi kırsal ve küçük illerde ikamet eden yaşlıların birçoğunun doğum yeri ilçe merkezi ve köydür. Bu nedenle de ilçe merkezi ve köylerde evleri ya da akrabaları vardır ve yaşlılar maddi ya da manevi nedenlerle yılın belirli dönemlerini ya da tamamını doğdukları yerde geçirmektedirler. Kırsal kesimle daha fazla bağlantısı olan yaşlıların ekonomik yetersizlik ya da sağlık hizmetlerine erişiminin az olması nedeniyle görme, işitme, koku alma vb. duyularının yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin (duyusal işlevler) daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum, ikamet yeri il olarak görülse de yaşamının bir kısmını ilçe merkezi ve köylerde geçirmiş yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin az olmasından, görme, işitme vb. duyu organlarında oluşan hastalıklarda erken tanı ve tedaviye hemen başlayamamalarından ve tedavi edilemeyen duyu organlarının kaybı sonucunda yaşam kalitelerinin bozulmasından kaynaklanabilir. Benzer şekilde,

doğum yeri il merkezi olan ve sıklıkla il merkezinde bulunan yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olması, sağlıklarıyla ilgili olumsuz bir durum olduğunda sağlık kuruluşlarına hemen başvurabilmeleri, fiziksel ya da psikolojik rahatsızlıklarının farkında olmaları, tedaviye başlamaları ve başlayan tedavilerini sürdürebilmeleri için daha az çaba harcamaları yaşam kalitelerini yükselten bir etken olabilir. Doğum yeri il merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre özerklik alt boyutu, yakınlık alt boyutu ve sosyal katılım alt boyutu, doğum yeri ilçe merkezi olanların doğum yeri köy olanlara göre sosyal katılım alt boyutu puan ortalaması fazla bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, kırsal alanlarda yaşayanların geleneklerine daha bağımlı olduğu, aile ve akrabalık bağlarının güçlü olduğu, yaşlıların sıklıkla eşleriyle, oğullarıyla ya da hep birlikte yaşadıkları ve yaşlılığın kişiye itibar sağlayan bir etken olduğu belirtilmiştir. Bu durumun yanı sıra sanayileşme sonucunda ekonomik ve sosyal yapıda değişiklikler olduğu, geniş hanelerin çekirdek yapıya dönüştüğü, aile yapısında ki değişiklikler sonucunda yaşlının çocuklarından ayrı yaşaması ve bağımsızlaşması ile kendini gösterdiği ifade edilmiştir (Konak ve Çiğdem 2005). Kentte yaşayan yaşlılar genellikle yalnız yaşayarak bağımsız bir hayat sürmek istemekte ve çocuklarıyla birlikte değil de onlara yakın yaşamayı tercih etmektedirler (T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı 2015). Bu durum ile araştırma sonucumuz karşılaştırıldığında araştırma grubumuzun tamamının ikamet yeri il merkezi olsa da, il merkezinde doğan ve yaşayan yaşlıların kırsal kesimde doğan ve kırsal kesimle iletişimini koparmayanlara göre yalnız yaşama düzeylerinin fazla olması, bu durumun sonucunda da çocuklarından ayrı bir yaşantılarının olması, daha bağımsız olmaları, alışveriş ve temizlik gibi günlük işlerini kendileri yaptıkları için diğer kişilerle ilişkilerinin daha iyi olması ve daha sosyal olmaları beklenen bir durumdur.

TNSA 2008'e göre yaşlıların eğitim seviyeleri düştükçe yaşam kaliteleri de düşmektedir. Aynı araştırmada eğitimsiz yaşlıların yaşam kalitelerinin düşük olma olasılığının lise ve üzerinde eğitime sahip olan yaşlılardan neredeyse 5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında okuryazar olmayanların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve toplam puan ortalaması düşük bulunmuştur. Okuryazar olmayanların yaşam kalitesinin ilkokul,

ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşlılarla yapılan bir araştırmada, eğitim düzeyi düşük olan yaşlıların sosyal katılım alt boyutu ve yaşam kalitesi toplam puanı düşük bulunmuştur (Tavşanlı ve ark 2013). Huzurevinde yapılan bir araştırmada ise düşük seviyede eğitimi olanların sosyal fonksiyonları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur (Kılıçoğlu ve Yenilmez 2005). 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir başka araştırmada da eğitim durumu düşük olanların sosyal fonksiyon durumunun diğerlerine göre daha kötü olduğu saptanmıştır (Ölüç 2007). Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan bir araştırmada, okuryazar olmayanların yardımcı yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesinin ruhsal alan puanının düşük olduğu belirlenmiştir (Tel ve ark 2011). Yaşlılarla yürütülen başka bir araştırmada; eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı yaşam davranışları ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (Kulakçı ve ark 2012). Türkiye'de yaşlı yoksulluğu ile ilgili yapılan bir araştırmada Türkiye'de yoksulluk sınırının altında yaşayan bireylerin %65,5'inin okuryazar olmadığı; okuryazar olmayan kadınlarında yoksulluk yüzdesinin %81,9 olduğu vurgulanmıştır (Karadeniz ve Öztepe 2013). Tüm araştırma sonuçları birbiri ile paralellik göstermektedir. Bu durum eğitim ve maddi durum arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Okuryazarlık durumunun ve eğitim seviyesinin iyi olması bireylerin iyi bir iş sahibi olmasını, yaşıtlarından ekonomik olarak daha iyi durumda olmasını, bağımsız hareket edebilmesini, geçmiş yaşamından memnuniyet duymasını ve geleceğe daha umutla bakabilmesini, maddi imkanları doğrultusunda sosyalleşebilmesini sağlayan bir durumdur. Bu nedenlerle eğitim seviyesinin artmasının yaşam kalitesini artırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında aylık gelirini orta olarak algılayanların orta altı olarak algılayanlara göre duyusal işlevler alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuştur. Bu durum aylık gelirinin orta düzeyde olduğuna inanan yaşlıların maddi anlamda daha rahat olmaları ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olması nedeniyle olabilir. Sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşamayan yaşlılar görme, işitme vb. duyusal işlevlerle ilgili herhangi bir rahatsızlıkları olduğunda hemen sağlık kuruluşlarına başvurabilir, erken önlem alabilir ve yeti yitimlerini önleyerek gelecek yaşantılarında ki yaşam kalitelerini artırabilirler. Aylık gelirini orta altı olarak algılayanların orta ve iyi olarak algılayanlara göre; aylık gelirini orta olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara

göre özerklik alt boyutu, geçmiş bugün gelecek alt boyutu ve sosyal katılım alt boyutu puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Yaşlı bireylerin aylık gelirinin düşük olması onların maddi anlamda ki özgürlüklerini kısıtlayarak başkalarına bağımlı olmalarına neden olabilir, maddi yetersizlik yaşamaları sosyal faaliyetlere katılımlarını azaltabilir ve bu durum gelecek yaşantılarıyla ilgili duydukları endişeyi artırabilir Geçmiş yaşantılarını maddi sıkıntı ile geçiren yaşlılarda ise geçmiş yaşantılarıyla ilgili üzüntü ve memnuniyetsizlik görülmesi olası bir durumdur. Aylık gelirini iyi olarak algılayanların orta altı olarak algılayanlara göre ölüm ve ölmek alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuştur. Yaşlıların aylık gelirlerinin iyi olması onların sağlıklı yaşam davranışlarının ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin fazla olmasını dolayısıyla da yaşıtlarına göre sağlık durumlarının daha iyi olmasını sağlayabilir. Sağlıklı bir yaşantı ise onların kendilerini ölüme daha uzak hissetmesini ve ölümle ilgili olumsuz düşüncelerinin azalmasını sağlayabilir. Aylık gelirini iyi olarak algılayanların orta altı ve orta olarak algılayanlara göre yakınlık alt boyutu ve toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Aylık geliri iyi olan yaşlıların sosyal faaliyetlere katılımı fazla olabilir. Bu durum ise kişiler arası ilişkilerin ve yaşam kalitesinin artışına katkı sağlayabilir. Araştırmamızda aylık gelirini iyi olarak algılayanların yaşam kalitesinin aylık gelirini orta ve orta altı olarak algılayanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Yaşlı bireylerde sosyodemoğrafik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir araştırmada, gelir durumunun fiziksel skoru (yaşam kalitesi alt boyutu) etkilediği bulunmuştur. Gelir seviyesine bağlı olarak bireylerin beslenme, kişisel bakım ve sağlıklarıyla ilgilenme gibi durumlarında değişiklikler olduğu bu durumun da fiziksel skoru etkilediği belirtilmiştir (Onat 2013). TNSA 2008'e göre de hane halkı refah seviyesi ile yaşlıların yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. En düşük refah seviyesindeki hanelerde yaşayan yaşlıların yarısında düşük yaşam kalitesi saptanırken, en yüksek refah seviyesinde yaşayan yaşlılarda bu düzey %21 olarak bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). Gelir ile ilgili yapılan bir araştırmada gelirinin yeterli olduğuna inanan yaşlıların diğerlerine göre 1,5 kat daha fazla yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (Bryla ve ark 2013). Yapılan diğer araştırmalarda gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve bireyin yaşam kalitesi algısını en fazla etkileyen faktörün de gelir düzeyi olduğu belirlenmiştir. Gelir arttıkça kişilerin yaşamlarını kaliteli bulduğu belirtilmiştir (Torlak ve Yavuzçehre 2008, Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011). Araştırma

sonucumuz literatürle uyum göstermektedir. Gelir seviyesinin fazla olmasının yaşam kalitesini artırdığı bu durumun da beklenen bir durum olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında halen çalışıyor olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre özerklik alt boyutu puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yaptığımız araştırmada da kadınların hiç çalışmamış/işi bırakmış olma durumu erkeklerden yaklaşık 12 kat fazla bulunmuştur. Erkeklerin halen çalışıyor ve emekli olma durumları ise kadınlardan yaklaşık 3 kat fazla olarak bulunmuştur. Bu durum bize toplumumuzda yaşayan kadınların işgücü katılımının erkeklere nispeten az olduğunu göstermektedir. İş sahibi olan bireyler hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre maddi olarak daha özgür hareket edebilirler. Maddi özgürlüğün yanı sıra iş yeri arkadaşlarına sahip olma yani sosyal çevrenin genişlemesi de kişiyi manevi yönden rahatlatan bir faktör olabilir. Halen çalışıyor ve emekli olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeninin katılımcıların çalışma durumu değil de katılımcıların cinsiyet farklılıkları olduğu düşünülmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi halen çalışıyor ve emekli olan erkek sayısının kadın sayısından fazla olması ve erkeklerin geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve toplam puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek olması bu durumun nedeni olabilir. Araştırmamızda, halen çalışıyor ve emekli olanların hiç çalışmamış/işi bırakmış olanlara göre yaşam kalitesi fazla bulunmuştur. TNSA 2008'e göre herhangi bir geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi, geliri olmayan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur. Emekli maaşı olan ya da kira/faiz/rant geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi yüksek saptanırken, gelirinin kaynağı yaşlılık aylığı olan ya da eşinin ölümünden sonra eşinin emekli maaşını alan yaşlıların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri arasında ki ilişkiyi belirlemek için yapılan bir araştırmada, kadınların yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyut puanları erkeklere göre düşük bulunmuştur. Aynı araştırmada, ev hanımı olan kadınların yaşam kalitesi ruhsal alan puanının, çalışan kadınlara göre düşük olduğu bulunmuştur (Tel ve ark 2011). Yaptığımız araştırmada da hiç çalışmamış/işi bırakmış olanların %92,1'i kadındır. Bu durumda araştırma sonucumuz literatürle uyum göstermektedir. Gelir düzeyi yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir, gelir

düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Araştırma grubumuzda ki kadınların gelir getiren bir işte çalışma sıklığı yani gelir düzeyleri az olduğu için yaşam kaliteleri de düşük bulunmuştur. Erkeklerin ise gelir getiren bir işte çalışma ya da emekli olma durumları fazla olduğu için yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında 5 ve üstü çocuğa sahip olanların 4 çocuk, 2 çocuk ve 1 çocuğa sahip olanlara göre sosyal katılım alt boyut puanları düşük bulunmuştur. Yaptığımız araştırmada 65 yaş ve üstü bireyler arasında 5 ve üstü, 4 çocuk ve 3 çocuğa sahip olanların 2 çocuk ve 1 çocuğa sahip olanlara göre yaşam kalitesi toplam puanları da düşük bulunmuştur. Fazla çocuğa sahip olanlar geçmişte ki ya da halen vakitlerinin çoğunu çocuklarıyla geçirdiği için sosyal yaşantıları diğerlerine göre daha az olabilir. Aynı zamanda çocuk sayısı artışıyla çocukların masrafı da artacağı için ekonomik gelir dolayısıyla yaşam kalitesi de azalabilir. Yapılan bazı araştırmalarda yaşlıların çocuk sayısı ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki bulunamamıştır (Torlak ve Yavuzçehre 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2010). Araştırma grubumuzun sahip olduğu çocuk sayısı yaşam kalitesini etkilemektedir ve diğer sonuçlarla tutarsızlık göstermektedir. Bu durum yaşlıların sahip olduğu ailenin çekirdek ya da kalabalık olmasından (aile kompozisyonu) ve yaşlıların ekonomik gelir düzeyinde ki farklılıklarından kaynaklanabilir.

Yaşlı bireylerde sosyodemoğrafik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir araştırmada, evli olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ölçeği fiziksel skor ortalaması evli olmayan yaşlı bireylerinkinden düşük bulunmuştur. Aynı araştırmada evli olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ölçeği mental skor ortalaması ise evli olmayan yaşlı bireylerden yüksek bulunmuştur (Onat 2013). Evli olan yaşlılar eşleriyle birlikte çeşitli etkinliklere katılabilir ve birbirlerine maddi ve manevi anlamda destek olabilirler. Yaşlı çiftlerin yapılan çeşitli etkinliklere katılması onları fiziksel anlamda yorarken, birbirlerine verecekleri destek ve işlerin paylaşılması ruhsal anlamda daha huzurlu olmalarını sağlayabilir. Araştırma sonucumuzda ortaya çıkan, eşi ile yaşayan yaşlıların sosyal katılım ve yakınlık puanlarının yalnız yaşayanlara göre yüksek olması da bu durumdan kaynaklanabilir. Eşi ile yaşayan yaşlıların hayatlarına devam ederken yanlarında sevdiği ve tanıdığı

birisinin olması onların sosyal faaliyetlerini artırırken diğer kişilerle olan ilişkilerini de olumlu etkileyebilir.

Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında alkol kullananların alkol kullanmayanlara ve geçmişte alkol kullananlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Alkol kullananların, alkol kullanmayan ve geçmişte alkol kullananlara göre yaşam kalitesinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Alkol kullanımı ve içme problemleri hastalık ve ölümlerin nedenleri arasında gösterilmektedir. Sık ilaç kullanan yaşlılarda ilaçla birlikte kullanılan alkol sonucunda ilaç ve alkol etkileşimi olmakta, ilaçların verdiği zararlar artmakta ve bu durum yaşam kalitelerini düşürmektedir (Naegle 2012). Araştırma sonucumuz literatürle uyum göstermemektedir. Bu tutarsızlık araştırmamıza katılanların sadece %5,7'sinin alkol kullanmasından ve alkol kullananlarında %79,5'inin erkek olmasından kaynaklanabilir. Alkol kullananların büyük çoğunluğu erkek olduğu için de, cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında ki ilişkiye benzer bir sonuç (erkeklerin kadınlara göre; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve ölçek toplam puanı yüksek) ortaya çıkmış olabilir.

Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, astım, akciğer enfeksiyonu, endokrin sistem ve üreme sistemi hastalıkları; artmış osteoporoz, kalça kırığı ve tüberküloz riski; birçok kanserin oluşma riski ve obstrüktif uyku apnesine neden olmakta; yaşam kalitesini düşürmektedir. 65 yaş ve üstü bireylerde sigara kullananlarda görülen ölümlerin sigara kullanmayanlarda görülen ölümlerden iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Berges ve Augusto 2007). Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu ve toplam puanı yüksek bulunmuştur. Sigara kullananların, sigara kullanmayanlara göre yaşam kalitesinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bulduğumuz sonuç benzer araştırmaların sonuçlarını desteklememektedir. Bu durumun nedeni araştırmamıza katılan erkeklerde kadınlara göre sigara kullanımının yaklaşık 4 kat daha fazla olmasından (araştırmamıza göre, erkeklerin yaşam kaliteleri kadınlardan daha yüksek), araştırmamızda yer alan ve sigara içen bireylerin diğerlerine göre maddi

durumlarının iyi olmasından ya da sigara içenlerin sigaranın zararlarından henüz etkilenmemiş olmalarından kaynaklanabilir.

Kronik hastalıkların kesin tedavisi yoktur ve genellikle uzun süreli tedavi gerektirir; bu nedenle de kronik hastalık sahibi bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı fazla olmaktadır. Yaşlılarda sıklıkla karşılaştığımız kronik hastalıklar yaşlıların kapasitelerini ve bağımsızlıklarını azaltır ve kaliteli bir yaşama sahip olmalarını engeller (Lima ve ark 2009). Yapılan bir araştırmada 60 yaş ve üstü bireylerde en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, eklem hastalıkları, düşmeler ve kalp hastalıkları olarak belirlenmiş; bu hastalıkların görülme sıklığının ise kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalıkların, hastalıkların ve ölümlerin çoklu nedenlere atfedilmesine ve belirsizleşmesine neden olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıkların azaltılmasının bağımsız yaşamayı ve yaşam kalitesini artıracağı; 70 yaş ve üstü bireylerde özellikle kalp hastalıklarının azaltılmasının engelliliği azaltacağı ve bu durumun da kadınlarda 4 yaş, erkeklerde 3 yaş yaşam süresini uzatacağı ifade edilmiştir (Campolina ve ark 2013). Geriatrik yaş grubunda depresyonu ölçmek amacıyla birinci basamağa başvuran 90 yaşlı ile yürütülen bir araştırmada, iki veya daha fazla kronik hastalığa sahip olanlarda depresyon riskinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Dişçigil ve ark 2005). Araştırma sonucuna göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında kronik hastalığa sahip olanların olmayanlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu, yakınlık alt boyutu ve toplam puanı düşük bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığa sahip olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bulduğumuz sonuç diğer sonuçları desteklemektedir. Ayrıca araştırmamız içinde kronik hastalığa sahip bireylerin düzeyinin %64 olduğu ve kronik hastalığa sahip bireyler içinde de ilaç kullananların düzeyinin %99,8 olduğu belirlenmiştir. Tüm bu nedenlerle, kronik hastalığa sahip bireylerde birden fazla ilaç kullanımı, engellilik ve bağımlılık faktörlerinin fazla bağımsızlık, bugün ve geleceğe ait planlar yapılması, sosyal katılım gibi faktörlerin az olması beklenen bir durumdur.

Yapılan bir araştırmada yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının sık görüldüğü belirlenmiştir. Çoklu ilaç kullanımının sağlık durumunun kötü olması, düşme sayısının artması (4 ve üzeri ilaç alanlarda) gibi durumların yanı sıra depresyon,

hipertansiyon, anemi, astım, anjina, osteoartrit, gut ve diyabet gibi hastalıkların sık görülmesine neden olduğu vurgulanmıştır. Aynı araştırmada çoklu ilaç kullanımının yaşlılıkta görülen sendromları yükselttiği; yaşlılarda hastalık ve ölümü artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Hajjar ve ark 2007). Başka bir araştırmada ise, çoklu ilaç kullanımının özellikle yaşlılarda, tedavi masraflarını artırdığı ve yan etkilere neden olduğu belirlenmiştir. İlaç yan etkilerinin ise kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoniden sonra önlenebilir ciddi sağlık sorunları arasında yer aldığı belirtilmiştir (Yeşil ve ark 2012). Görüldüğü gibi, çoklu ilaç kullanımı olumsuz ilaç etkileşimlerine neden olmakta; hastane başvurularını ve yatışlarını artırmakta, hastalık ve ölümlere neden olmaktadır (Yeşil ve ark 2012, Asma ve ark 2014). İngiltere'de 3,695 hastada yapılmış bir araştırmada hastane yatışlarının %14,7'sinin ilaçların yan etkilerine bağlı olduğu saptanmıştır ve bu hastaların hastanede yatış sürelerinin normalden uzun olduğu belirlenmiştir (Davies ve ark 2009). Araştırma sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında sürekli kullandığı ilacı olanların olmayanlara göre duyusal işlevler alt boyut puanı yüksek bulunmuştur. Sürekli kullandığı ilacı olanların olmayanlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu ve yakınlık alt boyutu puanları düşük bulunmuştur. Sürekli kullandığı ilacı olanların genellikle kronik hastalıkları bulunmaktadır. Hem kronik hastalığa sahip olanlarda hem de sürekli kullandığı ilacı olanlarda görülen yaşam kalitesinin az olması beklenen bir durumdur. Araştırma sonucumuz benzer araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Sürekli ilaç kullanmak fiziksel olarak kişinin bağımsızlığını ve sosyalleşmesini azaltırken, psikolojik olarak ta diğer bireylerden uzaklaşmasına neden olabilir.

Yaşlılarla yürütülen bir araştırmada; yaşlılarda sağlık algısının öz etkililik-yeterlilik durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlığını iyi ve çok iyi olarak algılayan yaşlıların, sağlığını orta olarak algılayan yaşlılara göre öz etkililik-yeterlilik ve kronik hastalıklarla mücadele davranışına başlama puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada kendisini iyi ve çok iyi hisseden yaşlıların kendisini kötü ve çok kötü hisseden yaşlılara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur. Kendisini iyi ve çok iyi hisseden yaşlıların manevi gelişim, kendisini kötü ve çok kötü hisseden yaşlıların da stres yönetimi puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kulakçı ve ark 2012). Araştırma

sonucumuza göre; 65 yaş ve üstü bireyler arasında, sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlık durumunu kararsız, iyi ve çok iyi olarak algılayanlara göre özerklik alt boyutu, geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri alt boyutu, sosyal katılım alt boyutu, yakınlık alt boyutu, ölüm ve ölmek alt boyutu ve toplam puanları düşük bulunmuştur. Algıladığı sağlık seviyesi çok iyi ya da iyi olanların, algıladığı sağlık seviyesi kararsız ya da kötü olanlara göre yaşam kalitesinin fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bulduğumuz sonuç literatür ile uyum göstermektedir. Özellikle yaşlı bireyler kendilerini sağlıklı ve iyi hissediyorsa sağlıklı yaşam davranışlarına katılmak istemeleri, sosyalleşmek istemeleri, bağımsız yaşamak istemeleri, gelecek için planlar yapmak istemeleri ve manevi yönden huzurlu olmaları beklenen bir durumdur. Yine yaşlı bireyler, sağlıklarını kötü olarak algılıyorsa; başkalarına bağımlı yaşamaları, gelecekten endişe duymaları, kendilerini ölüme yakın hissetmeleri ve manevi yönden huzursuz olmaları da beklenen bir durumdur.

Depresyon yaşlılık döneminde görülen önemli sağlık sorunları arasındadır ve bu yaş grubunda en sık rastlanan ruhsal sorundur. Mental ve duygusal sağlığın bozulmasına, sosyal fonksiyonların azalmasına, engelliliğe, yeti yitimine neden olur ve yaşam kalitesini azaltır. Demansın öncü belirtisi olması ve Alzheimer hastalığının ilk evrelerinde görülen bellek bozukluğu durumunda (yeti yitimi) hastaların depresyon semptomları ile karşılık vermesi nedeniyle yaşam kalitesi bakımından çok önemli bir faktördür. Depresyonun tedavi edilmemesi, yaşlılarda sosyalleşmenin azalması, işlev kaybı, erken ölüm, intihar riskinin artması ve sağlığın bozulması gibi olumsuz durumlara neden olur ve bu durum aile ve toplum üzerinde yaşlılar tarafından oluşturulan maddi ve manevi yükün artmasına neden olur. Yaşlılarda ki depresyonun erken tanı ve tedavisi, yaşlıların günlük aktivitelerde ki bağımlılık durumunu ve erken ölümleri azaltır ve yaşam kalitelerini artırır (Sahyoun 2001, Karakuş ve ark 2003, Lima ve ark 2009, Kurban ve ark 2010). Japonya'da 65 yaş ve üstünde olan 5,863 bireyle yapılan bir araştırmada depresif yaşlılarda yaşam kalitesi depresif olmayan yaşlılara göre daha düşük bulunmuştur (Wada ve ark 2004). Sönmez ve ark tarafından (2007) 75 yaş ve üstü bireylerle yapılan bir araştırmada depresyon varlığında ussal bileşen ve bu alana ilişkin tüm yaşam kalitesi alt bileşen puan ortalamaları düşük bulunmuştur. 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan başka bir araştırmada yaşam kalitesi ile depresyon arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Kahraman 2009). Yaptığımız korelasyon analizi sonucunda da,

Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Geriatrik Depresyon Ölçeği arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesi ve depresyon arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, yaşam kalitesi arttıkça depresyon sıklığının azaldığı görülmüştür. Bulduğumuz sonuç diğer araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Eğitim seviyesi ve gelirin düşük olması ya da algılanan sağlık durumunun kötü olması kişinin yaşamına yön veren olumsuz durumlardır ve depresyonla ilişkilendirilebilir bu durumun yanı sıra eğitim seviyesi, algılanan sağlık durumu ve gelir gibi faktörlerin yüksek olması olumlu durumlar arasındadır ve yaşam kalitesinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Yaşlanmayla birlikte meydana gelen olumsuz değişiklikler böbreklerde, midede, akciğerlerde, beyin ve kalpte dolayısıyla tüm sistemlerde çeşitli bozulmalar meydana getirmektedir (Yaman 2003). Sistemlerde meydana gelen bozulmaların ise strese neden olduğu ve stresin de depresyonu artırdığı bilinmektedir (Doğan 2000). Benzer şekilde yaşlılarda yakınlarını kaybetmek giderek yalnızlaşmak, diğer insanlardan uzaklaşmaya ve hayattan kendini somutlamaya neden olmaktadır. Bu durum yaşlılarda ‘‘hiçlik’’ duygusunun ortaya çıkmasına ve bu duygunun da kişilerde ölüm korkusu ve kaygısını artırmaya dolayısıyla da depresyon artışına neden olmaktadır (Kalaoğlu Öztürk 2010). Yaptığımız regresyon analizi sonucunda ise Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları olan duyusal işlevler ve ölüm ve ölmek puanları arttığında Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyum göstermiştir. Hem sosyal, fizyolojik ve psikolojik kayıplar hem de bu kayıpların olumsuz bir sonucu olarak meydana gelen evden çıkamama ve yalnızlık ölüm düşüncesinin artmasına neden olmakta, bu durum ise depresyonu artırabilmektedir.

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklarla mücadele edilmesi, yaşlıların daha hareketli bir yaşama sahip olması ve kırılganlığın azaltılması yaşlıların yaşadıkları durumlardan ya da kişilerden daha bağımsız hareket edebilmelerini yani özerk olabilmelerini sağlamaktadır. Yaşlılarda görülen bağımsızlık, kendi kendine yetebilme duygusunu ve yaşam hazzını artırırken depresyonu azaltmaktadır (Tuna ve Şenol Çelik 2012). Diğer taraftan yaşlılık döneminde birey daha önceki dönemlere ait mutluluk ya da mutsuzluklara sahip olabilmektedir. Eğer yaşlı birey o güne kadar üretken bir hayat geçirmişse ve benlik

duygusuna ulaşmışsa mutlu bir yaşlılık geçirmektedir. Böyle bir durumda geçmişe ait yaşantısını gençlere anlatmak yaşlıyı mutlu ederken, yaşlılığın getirdiği stres ve sıkıntıyı azaltmaktadır (Gürses ve Kılavuz 2011). Sosyalleşme ve diğer kişilerle olan iletişim ve yakınlık açısından bakıldığında ise, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan maddi sıkıntıların azaltılması ve yaşlıların yeterince fiziksel aktivite yapabilmelerinin sağlanması yaşlıların birbirleriyle olan etkileşimlerini ve sosyal katılımlarını artırmaktadır. Sevgi ve saygı gibi kavramlar yaşlıların manevi duygularını artırarak ruhsal yönden iyi bir yaşlılık geçirmesini sağlarken, depresyonu da azaltmaktadır (Türkiye İşçi Emeklileri Derneği 2005). Huzurevinde yapılan bir araştırmada da, gelir durumu ve günlük yaşam aktivitelerinin sosyal katılımı ve yaşam kalitesini artırdığı ve yaşlılıkta görülen stresi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ercan Şahin ve Emiroğlu 2013). Yaptığımız regresyon analizi sonucunda Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları olan özerklik; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri ve yakınlık puanları arttığında Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının da azaldığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarla sonuçlarımız uyumlu bulunmuştur. Yaşlılarda bağımsızlık olgusu ve geçmiş deneyimlerden duyulan mutluluk hissi, kişilerarası ilişkiler ve sosyal katılımın artması yaşlıların yaşam kalitesini artırırken yaşlılarda görülen depresyonu da azaltmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmalarıyla ilgili bazı davranışları, aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklıkları, depresyon sıklıkları, yaşam kaliteleri ve bu konularla ilişkili olduğu düşünülen faktörler belirlenmiştir. Yapılan araştırmada, sağlık kuruluşlarına tekrar başvuru nedenleri de belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %45,5'inin sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvuruda, başvuru nedenlerinin aynı olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların en son başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanılarına baktığımızda birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada astım, beşinci sırada baş ağrısı ve altıncı sırada KOAH olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılanların en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşunda hekim tarafından atfedilen hastalık tanılarına baktığımızda birinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada kalp rahatsızlıkları, dördüncü sırada baş ağrısı, beşinci sırada astım ve altıncı sırada KOAH olduğu görülmüştür. İlk sırada yer alan üst solunum yolu enfeksiyonları dışındaki diğer beş hastalığın kronik hastalık olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ve sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun nedenleri aynı olan bireylerin en son başvuru sonucu sıklıkla eski tedaviye devam şeklinde olmuştur ve tekrar başvuru nedenleri sıklıkla sağlıkla ilgili şikayetlerinin devam ettiğine inanmalarıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık kuruluşlarına yaptıkları son iki başvurunun aynı ya da farklı nedenli olması ile ilişkili önemli değişkenler en son başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti, sağlık güvencesi türü, en sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşu, en sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşuna başvuru şikayeti, en sondan bir önceki başvurulan sağlık kuruluşunda yapılan tedavi, her türlü imkana sahip olunduğunda gitmek istenilen kuruluştur.

Araştırmaya katılan bireylerde depresyon sıklığı yüksektir. Araştırmaya katılanların depresyonla ilişkili önemli değişkenleri cinsiyet, yaş, medeni durum, doğum yeri, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan kişiler, sigara

kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma, sağlığı algılama, sağlık güvencesi varlığı ve yaşam kalitesidir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi yüksektir. Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi ile ilişkili önemli değişkenleri cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, aylık gelir, çalışma durumu, çocuk sayısı, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, sağlığı algılama ve depresyondur.

Araştırmaya katılanların yaşam kaliteleri ile depresyon sıklığı arasında zayıf ve ters yönlü bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılanların depresyon düzeylerinin açıklanmasında önemli değişkenler yaşam kalitesi içerisinde yer alan duyusal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, ölüm ve ölmek ve yakınlıktır.

65 yaş ve üstü bireylerin sağlık kuruluşlarına aynı nedenle en sık başvuru yaptıkları üst solunum yolları hastalıklarının tedavisiyle ilgili, yaşlılara aynı nedenle tekrar sağlık kuruluşlarına başvuru yaptıklarında sıklıkla eski tedaviye devam edileceği vurgulanmalı, sağlıkla ilgili şikayetlerinin geçmesi için kullandıkları ilaçların yanı sıra evde bakımın ve istirahatın önemli olduğu belirtilmelidir. Aynı nedenle en sık başvuru yapılan diğer hastalıkların geneli kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara sahip yaşlılar için, bir taraftan hastaların memnuniyetini artırırken diğer taraftan sağlık hizmetlerine harcanacak bütçeyi azaltan, yataklı tedavi kuruluşlarına göre daha ucuz olan evde bakım hizmetleri ve birinci basamağı teşvik eden ve ülkemizde uygulanabilirliği mümkün olan kronik hastalık yönetimi modelleri geliştirilmelidir. Benzer şekilde sağlık politikalarının planlanmasında da yaşlıların günümüzdeki ve gelecekteki gereksinimleri, sürekli artan yaşlı nüfus ve yaş ortalaması, artan yaş ve yaş ortalamasına paralel olarak kronik hastalık sayısı ve engelliliğin artışı bu durumun yaşlıların aynı nedenlerle sürekli sağlık kuruluşlarına başvurmasına neden olması ve tüm bunların ülkemize maliyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

6. KAYNAKLAR

Akpınar O, Türkdoğan KA, Kapçı M, Duman A, 2014. Geriatrik hastaların acil servisi kullanımı. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 6(3), 310-14.

Aldrich N, Benson WF, 2008. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. Public Health Research Practice and Policy, 5(1), 1-7.

Alemayehu B, Warner KE, 2004. The lifetime distribution of health care costs. Hsr: Health Services Research, 39(3), 627-42.

Altay B, Avcı İA, 2009. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull, 8(1), 139-46.

Altay B, Üstün G, 2012. Bir üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riski ve bazı sosyo-demografik özelliklerin etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 108-16.

Altarum Institute, 2012. Recommendations to promote health and well-being among aging populations. s. 1-17, Erişim tarihi, 14 Şubat 2016. Erişim adresi, http://healthyamericans.org/assets/files/Prevention%20Recommendations%20for%20Aging%20Populations2.pdf.

Anadolu Üniversitesi, 2012. Yaşlı ve hasta bakım hizmetleri, Eskişehir Web Ofset Tesisleri, s. 2-146.

Anadolu Üniversitesi, 2013. Sağlık kurumlarında maliyet yönetimi, Eskişehir Web Ofset Tesisleri, s. 1-204.

Appleby J, 2013. Spending on health and social care over the next 50 years why think long term? First ed. London, The King's Fund, p. 1-51.

Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N, 2015. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1), 1-11.

Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T, 2011. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1(2), 53-66.

Ardıç A, Köşkeroğlu C, 2014. Sağlık hizmetlerinde finansal değerlendirme özel hastane uygulaması. Iaaoj, Scientific Science, 2(1), 41-73.

Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur AP, Erdoğan AF, 2014. Multimorbiditesi olan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanımı: aile hekimliğinde önemli bir problem. Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care, 8(1), 8-12.

Atasever M, 2014. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi. 2002-2013 Dönemi. Birinci baskı, Ankara, Bakanlık Yayın No: 983, s. 1-283.

Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E, 2004. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), 319-340.

Aydın D, 2005. Evde bakım hizmetleri. Birinci baskı, Ankara, Başak Matbaası, s. 1-110.

Azaiza F, Ron P, Shoham P, Gigini İ, 2010. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. Death Studies, 34, 351-64.

Beğer T, Yavuzer H, 2012. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim, 25, 1-3.

Bekçi İ, Özal H, 2010. Stratejik maliyet yönetiminin sağlık sektöründe uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 2(3), 78-97.

Berges BM, Augusto JM, 2007. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 163-71.

Bilir N, 2005. Yaşlanan Toplum. s. 1-6. Erişim tarihi, 03 Şubat 2016. Erişim adresi, http://www.selcuk.edu.tr/dosyalar/files/302/tezz2015(1).pdf.

Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö, 2002. Ankara'da Altındağ sağlık ocağı bölgesi mahallesinde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Geriatri, 5(3), 97.

Bilir N, 2006. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3), 1-6.

Bilir N, Yaşlanan toplum. s. 1-10. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015. Erişim adresi, http://www.turkgeriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_03.pdf.

Blow FC, Barry KL, 2002. Use and misuse of alcohol among older women. Alcohol Research & Health, 26(4), 308-15.

Borges GLG, Meléndez MÁM, Brambila MÁL, Pacheco JÁG, Velasco-Ángeles LR, Silva MAB, Corchado PEV, Medina-Mora ME, Solís RC, 2014. Prevalence and associated factors of use of tobacco, alcohol and drugs in a population sample of elderly individuals from Mexico City. Salud Mental, 37, 15-25.

Bryla M, Burzyńska M, Maniecka-Bryła I, 2013. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes, 11, 181.

Bulut Ü, Özçakar N, 2012. Nasıl yaşlanıyoruz? Turkish Family Physician, 3(1), 1-5.

Bullinger M, Power MJ, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT, 1996. Creating and evaluating cross-cultural instruments, In: Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Ed: Spilker B, Second edition, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, p. 659-69.

Buz S, Beydili E, 2015. Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(37), 557-70.

Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML, 2013. Effect of eliminating chronic diseases among elderly individuals. Rev Saúde Pública, 47(3), 514-22.

Candaş A, Buğra A, Yılmaz V, Günseli S, Çakar BY, 2010. Türkiye'de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış. Açık Toplum Vakfı, 1-188.

Cooper RN, Doyle JG, Greyerbiehl MN, Hancock GH, Husebye ME, Mccoy G, Mcwhirter J, Orvedahl, DH, 1967. Medical-social needs in a sample population of elderly post-hospital patients. Master Of Social Work Paper, Portland State University (Dissertations and Thesis), 348, 1-93.

Cornwell J, 2012. The care of frail older people with complex needs: time for a revolution. The Sir Roger Bannister Health Summit, Leeds Castle, 1-16.

Center for Disease Control, 2003. Public Health and Aging: Trend in Aging-United States and Worldwide. Weekly, 52(06), 101-106. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015, Erişim adresi, http://Www.Cdc.Gov/Mmwr/Preview/Mmwrhtml/Mm5206a2.Htm.

Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D, 2012. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(1), 13-21.

Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Sarıoğlu O, 2011. Bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta sağlık hizmet kullanımı, kronik hastalık sıklığı ve bağımlılık durumu. Akademik Geriatri Dergisi, 3, 88-94.

Çavdar İ, 2011. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. Türk Onkoloji Dergisi, 26(3), 142-47.

Çelik Y, 2011. Türkiye sağlık harcamalarının analizi ve sağlık harcama düzeyinin uygunluğunun değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 62-81.

Çınar İÖ, Kartal A, 2008. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5), 399-404.

Davies EC, Green CF, Taylor S, Williamson PR, Mottram DR, Pirmohamed M, 2009. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. Plos One, 4(2), 4439.

Definition of an older or elderly person. Erişim tarihi, 17 Ağustos 2015. Erişim adresi, Http://Www.Who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/.

Demir G, Ünsal A, Gürol Arslan G, Çoban A, 2013. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 1-12.

Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2013. World Population Ageing, United Nations, Newyork, 1-95.

Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N, 2005. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Türk Geriatri Dergisi, 8(3), 129-33.

Doğan O, 2000. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi, 1, 29-38.

Doğru S, Kanat F, Özer F, Maden E, Akoğlu S, Babayiğit C, 2013. Bilinen risk faktörlerine bağlı astım ataklarına duyarlılık ile hasta yaşı arasındaki ilişki. Türk Toraks Dergisi, 14, 8-141.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2012. Version Edited For The Global Polio Eradication Initiative. Assessing vaccination coverage levels using clustered lot quality assurance sampling, s. 1-39.

Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G, 2005. Manisa İli kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3), 170-78.

Durgun B, Tümerdem Y, 1999. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Geriatri 2(3), 115-20.

Eker E, Noyan A, 2004. Yaşlıda depresyon tedavisi. Klinik Psikiyatri, 2, 75-83.

Elçin G, Yolcu S, Kapçı M, Değerli V, Gün B, Parlak İ, 2014. Acil servise bilinç değişikliği ile başvuran geriatrik hastalar. Bozok Tıp Dergisi, 4(2), 5-20.

Ercan Şahin N, Emiroğlu ON, 2014. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 57-66.

Erdem R, Pirinççi E, 2003. Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 20(1), 39-46.

Erdoğdu MY, Özkan M, 2007. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(3), 171-79.

Erkal S, Şahin H, Sürgit EB, 2011. Examination of the relationship between the quality of life and demographic and accident-related characteristics of elderly people living in a nursing home. Turkish Journal of Geriatrics, 14(1), 45-53.

Erkol Ü, Ağırbaş İ, 2011. Hastanelerde maliyet analizi ve faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemine dayalı bir uygulama. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(2), 87-95.

Erol S, 2011. Yaşlılık sigortası ve emeklilik yaşı tartışması. Sosyal Bilimler Dergisi, 1(1), 40-65.

Ertan T, Eker E, Şar V, 1997. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi, 34, 62-71.

Ertan T, 2008. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 62, 25-30.

Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C, 2010. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1), 37-48.

Eyüboğlu C, Şişli Z, Kartal M, 2012. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Turkish Family Physician, 3(1), 18-22.

Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA, 1999. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. The Journal of Family Practice, 48(5), 378-84.

Fried LP, 2000. Health promotion for older adults: What is the potential? Policy Brief, New York, Syracuse University, p. 1-19.

Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS, 2004. Depression in the elderly: are doctors investigating it. Rev Bras Pisquiatr, 26(3), 145-49.

Genç Y, 2013. Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri. International Journal Of Social Science, 6(4), 461-82.

Gökçe Kutsal Y, Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. s. 1-6. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015. Erişim adresi, http://www.turkgeriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_01.pdf.

Gül HL, Evcili G, Karadaş Ö, Gül ES, 2012. Geriatrik depresyon ve ilişkili risk etkenleri: huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi. J Clin Anal Med, 3(3), 308-10.

Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N, 2000. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri Dergisi, 3(4), 133-40.

Gümüş E, 2010. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi: mevcut durum, sorunlar ve öneriler. Seta Analiz, 24, 3-21.

Güncel Türkçe Sözlük, 2015. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015. Erişim adresi, http://tdk.gov.tr/.

Gürses İ, Kılavuz MA, 2011. Erikson'un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. T.C. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 20(2), 153-66.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Ankara, Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti. s. 1-371.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010. Türkiye'de doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık. 2008 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 231-281.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2012a. Türkiye halk sağlığı raporu. s. 1-543.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2012b. Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Palme Yayıncılık, s.1-96.

Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT, 2007. Polypharmacy in elderly patients. The American Journal of Geriatric Pharmacotherap, 5(4), 345-51.

Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Wouldes T, Robertson MC, Campbell AJ, 2007. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. Optometry and Vision Science, 84(11), 1024-30.

Howse K, 2006. Increasing life expectancy and the compression of morbidity: a critical review of the debate. Oxford Institute Of Ageing Working Papers, p. 1-22.

Http://www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015.

Https://tr.wikipedia.org/wiki/Burdur_(il) Erişim tarihi, 20 Ağustos 2015.

Isaacs JB, 2009. Spending in children and the elderly brookings, Center On Children Families, 1-10.

İlhan S, Alp R, Koçer A, Börü ÜT, 2002. Serebrovasküler hastalıklarda majör risk faktörleri, SVH tipi ve cinsiyet ilişkisi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 3(3), 170-72.

İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R, 2010. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-99.

Kahraman C, 2009. Hospitalize edilen geriatrik hastalarda beslenme bozukluğunun kognitif fonksiyonlar, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1-59.

Kalaoğlu Öztürk Z, 2010. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

Kalkınma Atölyesi, 2015. Yaşlanma ve kırsal yaşlılık mevcut durum raporu. Ankara Altan Matbaası, s. 1-47.

Kaptanoğlu AY, 2012. Yaşlı sağlığı. İkinci baskı, İstanbul, Nakış Ofset, s. 1-144.

Karabulut K, 1999. Sağlık harcamaları ve göstergelerinin karşılaştırılması. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 13(1), 139-52.

Karadeniz O, Öztepe ND, 2013.Türkiye'de yaşlı yoksulluğu. Çalışma ve Toplum, 3, 77-102.

Karagöz K, Tetik N. Kamu sağlık harcamalarını belirleyen faktörler: ekonometrik bir değerlendirme. Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, 17-19 Haziran 2009, Eskişehir.

Karakuş A, Süzek H, Atay ME, 2003. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11, 39-51.

Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z, 2006. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi, 16(1), 21-6.

Kılınç S, Sütlü S, Atay E, 2010. Burdur ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun bazı sosyo-demografik özellikleri. GeroFam, 1(4), 36-45.

Kılınç S, Sütlü S, Atay E, 2012. Acil servise başvuran yaşlıların başvuru nedenlerinin ve sonuçlarının değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(4), 139-43.

Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç, 2005. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam, 18(4), 187-95.

Koç M, 2003. Yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine bir alan araştırması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2, 117-43.

Koç Z, Sağlam Z, 2011. Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 42-52.

Konak A, Çiğdem Y, 2005. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 29(1), 23-63.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F, 2011. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), 67-99.

Kulaç E, Şemin S, Bilgin AC, 2011. Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşlıların kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(1), 1-7.

Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E, 2012. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 5(2), 53-64.

Kurban NK, Zincir M, Kartal A, Şahiner T, 2010. Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2010(1), 34-43.

Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z, 2010. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi, 24(2), 32-9.

Kurt Ş, 2006. İşsizliğin psiko-sosyal sonuçları ve Türkiye üzerine muhtemel etkileri. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 51, 358-79.

Lim LL, Chang W, Yu X, Chiu H, Chong MY, Kua EH, 2011. Depression in Chinese elderly population. Asia-Pacific Psychiatry, 3(2), 46-53.

Lima MG, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM, 2009. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 25(4), 21-314.

Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, Lin CS, Tang YJ, Yang SH, Lane HY, 2014. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. BioMed Central Geriatrics, 14-77.

Lis K, Reichert M, Cosack A, Billings J, Brown P, 2008. Evidence-based guidelines on health promotion for older people. Austrian Red Cross, s. 7-40.

Loğoğlu A, Ayrık C, Köse A, Bozkurt S, Demir F, Narcı H, Karaaslan U, 2013. Acil servise başvuran travma dışı geriatrik olguların demografik özelliklerinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 13(4), 171-79.

Mandıracıoğlu A, 2010. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi, 49(3), 39-45.

Misiaszek BC, 2008. Geriatrik medicine survival handbook, Revised Edition, 1-152. Erişim adresi, https://fhs.mcmaster.ca/medicine/geriatric/docs/Geriatric_Handbook08.pdf. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015.

Morandi A, Bellelli G, Vasilevskis EE, Turco R, Guerini F, Torpilliesi T, Speciale S, Emiliani V, Gentile S, Schnelle J, Trabucchi M, 2013. Predictors of rehospitalization among elderly patients admitted to a rehabilitation hospital: the role of polypharmacy, functional status and length of stay. J Am Med Dir Assoc, 14(10), 761-67.

Murphy K, O'Shea E, Cooney A and Casey D, 2007. The quality of life of older people with a disability in Ireland. National Council on Ageing and Older People, 99, 1-232.

Naegle MA, 2012. Alcohol use screening and assessment for older adults. From The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, 17, 1-2.

Naveen KD, Sudhakar TP, 2013. Prevalence of cognitive impairment and depression among elderly patients attending the medicine outpaintet of a tertiary care hospital in South India. International Journal of Research in Medical Sciences, 1(4), 359-64.

Nejati V, Shirinbayan P, Kamrani AA, Foroughan M, Taheri P, Sheikhvatan M, 2008. Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. Middle East Journal of Age and Ageing, 5(2), 21-5.

Nozaki M, Kashiwase K, Saito I, 2014. Health spending in Japan: macro-fiscal implications and reform options. IMF Working Paper, International Monetary Fund, s. 1-35.

Nüfus ve Demografi, 2015. Erişim tarihi, 12 Ağustos 2015. Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist.

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ve Dünya Bankası, 2008. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 1-128. Erişim tarihi, 24 Eylül 2015. Erişim adresi, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf.

Oğuz MT, 2007. Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Okutan O, Kartaloğlu Z, İlvan A, Kunter E, Cerrahoğlu K, Haznedaroğlu T, 1999. KOAH'lı olgularımızın klinik ve sosyal özellikleri. Solunum, 1, 3-6.

Omenn GS, 1990. Health affairs. 9(2), 80-93.

Onat ŞŞ, 2013. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi, 19, 69-73.

Orhaner E, 2006. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 1-22.

Ölüç F, 2007. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.

Önder N, 2013. Türkiye'de kadın işgücünün görünümü. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Dünyası Dergisi, 1(1), 35-61.

Öz F, 2002. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi, 10(2), 17-28.

Özdemir F, Karaoğlu L, Özfırat Ö, 2013. Malatya il merkezinde yaşayan bireylerde boyun, sırt ve bel ağrısı prevalansları ve etkileyen faktörler. Ağrı, 25(1), 27-35.

Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z, 2005. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(3), 89-94.

Öztürk M, Çetin BI, 2012. Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve kadınlar. Journal of Yasar University, 3(11), 2661-98.

Ramashala MF, 2001. Living arrangements, poverty and the health of older persons in Africa. University Of Durban-Westville, Durban, South Africa, Population Bulletin of the United Nations, 42-43, 19.

Rechel B, Doyle Y, Grundy E, Mckee M, 2009. How can health systems respond to population ageing? Who Regional Office For Europe, 1-25.

Research Perspectives of the Max Planck Society, 2010. Ageing and ageing-related disease, p. 38-9. Erişim tarihi, 10 Aralık 2015. Erişim adresi, https://www.mpg.de/36164/bm03_Ageing-basetext.pdf.

Richard R, Gauvin L, Ducharme F, Gosselin C, Sapinski JP, Trudel M, 2005. Health promotion and disease prevention for older adults. Canadian Journal Of Public Health, 96(6), 467-70.

Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D, 2007. Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. Death Studies, 31, 549–61.

Sahyoun NR, Lentzner H, Hoyert D, Robinson KN, 2001. Trends in causes of death among the elderly. Aging Trends, 1, 1-9.

Seyhun ÖK, 2006. Avrupa Birliği'ndeki demografik dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliği çerçevesinde iş gücü piyasalarına yansıması. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Ankara.

Shrivastava SRBL, Shrivastava PS, Ramasamy J, 2013. Health-care of elderly: determinants, needs and services. International Journal of Preventive Medicine, 4(10), 1224-5.

Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, 2007. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. s. 1-113. Erişim tarihi, 28 Temmuz 2015. Erişim Adresi, http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plani.pdf.

Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, 2007. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 21(3), 145-153.

Soydan M, Altıparmak S, Karadeniz G, 2005. Huzurevinde kalan yaşlılarda anksiyete durumu ve ilişkili risk faktörleri (bir huzurevi örneği). Aile ve Toplum, 7(2).

Soyuer F, Soyuer A, 2008. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15 (3), 219-24.

Steven R, Machlin MS, 2009. Trends in health care expenditures for the elderly age 65 and over: 2006 versus 1996. Medical Expenditure Panel Survey, 1-7. Erişim tarihi, 1 Şubat 2016. Erişim adresi, http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st256/stat256.pdf.

Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar HD, 2012. Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(1), 38-41.

Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, İnanç N, 2013. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. Türk Geriatri Dergisi, 16(3), 322-9.

Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A, 2009. Umurlu aile hekimliği merkezinde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi, 10, 49-56.

Taylor WD, 2014. Depression in the elderly. N Engl J Med, 371, 1228-36.

Tamam L, Öner S, 2001. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi, 1, 50-60.

Tangum C, Benson WF, 2012. CDC focuses on need for older adults to receive clinical preventive services. 1-18.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Aile Ve Tüketici Hizmetleri, 2011. Yaşlılık Süreci, 1-55. Erişim tarihi, 10 Ocak 2016. Erişim adresi, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf.

T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı. TR82 bölgesi kırsal yaşlılık analizi. Birinci basım, Salmat Basım Yayıncılık, s. 1-55.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012. Kronik solunum yolu hastalıkları modülleri. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara Anıl Matbaacılık Ltd. Şti, s. 1-97.

Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A, 2013. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. Ağrı, 25(3), 93-100.

Tel H, Güler N, Tel H, 2011. Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 59-67.

Top FÜ, Saraç A, Yaşar G, 2010. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri, 13, 14-22.

Topuz SK, 2009. Türkiye'de sosyal devlet harcamalarının genel eğilimi: 2001–2009 yılları arasında yapılan eğitim, sağlık ve sosyal koruma harcamaları. Alternatif Politika, 1(1), 115-36.

Torlak SE, Yavuzçehre PS, 2008. Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler, 17(2), 23-44.

Tuna Z, Şenol Çelik S, 2012. Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin 65 yaş ve üstü bireylerde geçerlilik-güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 51-61.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), 2015. İstatistiklerle yaşlılar 2014. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, s. 1-109.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), 2014a. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları 2013. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, s. 1-91.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), 2014b. Seçilmiş göstergelerle Burdur 2013. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, s. 1-168.

Tümerdem Y, 2006. Gerçek yaş. Turkish Journal Of Geriatrics. 9(3), 195-96.

Türk Geriatri Derneği, 2015. Yaşlılarda acil sağlık sorunları. s. 1-4. Erişim tarihi, 20 Kasım 2015. Erişim adresi, http://www.turkgeriatri.org/pdfler/.

Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, 2005. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara, s. 1-136.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015. Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, s. 1-139.

United Nations Centre for Human Settlements (Habitat), 1993. Improving the quality of life of the elderly and disabled people in human settlements. Nairobi, p. 1-51.

United Nations Economic And Social Council, 1985. Commission on the status of women. Role Of Women In Development Question Of Elderly Women Report Of The Secretary- General, Thirthy First Session, Vienna, p. 1-17.

United Nations Economic Commission For Europe, 2010. Health promotion and disease prevention. Unece Policy Brief On Ageing, 6, 1-12.

Vlachantoni A, Shaw R, Willis R, Evandrou M, Falkingam J, Luff R, 2011. Measuring unmet need for social care amongst older people. Office For National Statistics, Population Trends, 145, 1-17.

Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T, Matsubayashi K, 2004. Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. Archives of Gerontology and Geriatrics, 38(1), 15-23.

Wider Opportunities For Women, 2012. Doing without: economic insecurity and older Americans, 2, 1-6.

World Health Organization, 1989. Health of the elderly report of a who expert committee. Switzerland, p. 1-100.

Yaman H, 2003. Yaşlılarda sporun fizyolojik fonksiyon kaybına etkisi. Geriatri, 6(4), 142-6.

Yaşar GY, 2007. Sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME, 2012. Polifarmasi. Klinik Gelişim, 25, 18-23.

Yesevage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO, 1983. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, 17, 37-49.

Yıldırım HH, Yıldırım T, Erdem R, 2011. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. Amme İdaresi Dergisi, 44(2), 71-98.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, 2011. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2), 61-8.

Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S, 2010. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3), 125-32.

Zincir H, Taşçı S, Erten ZK, Başer V, 2008. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3) 168-74.

7. EKLER

EK A: Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu

BURDUR İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN AYNI NEDENLE BİRDEN FAZLA KEZ SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU SIKLIĞI, DEPRESYON SIKLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sevgili Katılımcılar;

Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı, depresyon sıklığı, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek veriler/sonuçlar doktora tez yazımında kullanılacak ve bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz yanıtlamaya son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anket formu toplam 6 sayfada 94 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlarınızı, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel ve sağlık hizmetleri kullanımı bilgi formu için soruların altında yer alan seçenekler arasından ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak; Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği için ise soruların karşısında yer alan seçenekler arasından size uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında **"diğer"** seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Tel: 0507 852 7313 (Aysun Güzel)

ARAŞTIRMA EKİBİ
YRD. DOÇ. DR. FATİH KARA, ÖĞR. GÖR. AYSUN GÜZEL

Çalışmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve bir sonraki sayfaya geçiniz.

◯ Kabul ediyorum.
◯ Kabul etmiyorum.

EK B: Kişisel Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Bilgi Formu

1. **Doğum tarihinizi yıl olarak belirtiniz…….**
2. **Cinsiyetinizi belirtiniz.**
   1. Erkek 2. Kadın
3. **Medeni durumunuz nedir?**
   1. Evli 2. Bekar 3. Eşi ölmüş 4. Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor
4. **Doğum yeriniz neresidir?**
   1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Belde/Köy
5. **Eğitim durumunuz nedir?**
   1. Okur-yazar değil
   2. Okur-yazar
   3. İlkokul
   4. Ortaokul
   5. Lise
   6. Üniversite ve üstü
6. **Aylık gelirinizi nasıl tarif edersiniz?**
   1. Orta altı 2. Orta 3. İyi
7. **Çalışma durumunuz nedir?**
   1. Evet çalışıyorum 2. Emekliyim 3. Diğer…….
8. **Kaç çocuğa sahipsiniz. ……...**
9. **Kiminle yaşıyorsunuz?**
   1. Eşimle
   2. Yalnız
   3. Çocuğumla/Çocuklarımla
   4. Akrabalarımla
   5. Diğer……
10. **Alkol kullanıyor musunuz?**
    1.Evet 2. Hayır 3.Geçmişte kullandım 4.Diğer……
11. **Sigara kullanıyor musunuz?**
    1.Evet 2. Hayır 3.Geçmişte kullandım 4.Diğer……..
12. **Kronik hastalığa sahip misiniz?** (Tansiyon, şeker, astım, v.b.)
    1.Evet (……. Adet) 2. Hayır

13. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Tansiyon, şeker, kalp ilacı vb.)

1. Evet (…….. Adet) 2. Hayır

14. Sağlığınızı genel olarak nasıl algılıyorsunuz?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Kararsızım 4. İyi 5. Çok iyi

15. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

16. Sağlık güvenceniz varsa, aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
2. Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞKUR)
3. Emekli Sandığı
4. Yeşil kart ya da ücretsiz (emekli dul yetim aylığı alanlar, ülkemizde ikamet eden sığınmacılar..)
5. Ücretli (Genel Sağlık Sigortası- GSS)
6. Diğer……

17. Hastalandığınızda ilk olarak ne yapıyorsunuz?

1. Evde kendi kendimi tedavi ediyorum
2. Arkadaş ya da komşudan ne yapmam gerektiğiyle ilgili yardım istiyorum
3. Sağlık kuruluşuna başvuruyorum
4. Eczaneye gidiyorum
5. Diğer……

18. 17. soruya verdiğiniz cevaba göre (cevap 3. şık değilse); hastalandığınızda ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurmuyorsanız, bu durumun nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

1. Önemsenmediğimi düşünüyorum
2. Doktora gitmemin bir faydası olmayacak
3. Ekonomik açıdan yeterliliğe sahip değilim
4. Sosyal güvencem yok
5. Diğer…….

19. Herhangi bir hastalığınızda hastaneye başvuru öncesi doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

20. 19. soruya cevabınız evet ise, doktora başvurmadan önce ilaç kullanmanızın nedeni nedir?

……

21. Sağlık kuruluşlarına (hastane, aile hekimi vb.) en çok hangi saatlerde başvuru yaparsınız?

1. 08.01-12.00
2. 12.01-16.00
3. 16.01-20.00
4. 20.01-00.00
5. 00.01-08.00

22. Bir sağlık sorununuzda ilk olarak başvuru tercihiniz olan sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisi olmaktadır?

1. Aile hekimi
2. Devlet hastanesi-acil servis
3. Devlet hastanesi- poliklinik
4. Tıp fakültesi
5. Özel hekim/poliklinik/hastane
6. Diğer……

23. İlk olarak başvuru tercihiniz olan sağlık kuruluşunu, ilk başvuru yeri olarak tercih etme nedeniniz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Bulunduğum yere yakın olması
2. Verilen hizmetten memnun olduğum için
3. Verilen hizmet kaliteli olduğu için
4. Sağlık personelinden memnun olduğum için
5. Ekonomik olarak uygun olduğu için
6. Alışkın olduğum için
7. Tavsiye edenler olduğu için
8. Zorunlu olduğum için (gidecek başka bir yerim yok)
9. Kuruluşta tanıdıklarım olduğu için/işim çabuk bittiği için
10. Diğer……

24. İlk olarak başvuru tercihiniz olan sağlık kuruluşuna ulaşım şekliniz aşağıdakilerden hangisidir?

1.Yürüyerek 2. Otobüs 3. Özel araç 4. Diğer……

25. Bir sağlık sorunu nedeniyle, sağlık kuruluşuna en son başvuru tarihiniz (gün, ay ya da yıl olabilir) nedir?

……..

26. Bir sağlık sorunu nedeniyle, en son başvurduğunuz sağlık kuruluşuna ücret ödediniz mi?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

27. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?

1. Aile hekimi
2. Devlet hastanesi-acil servis
3. Devlet hastanesi- poliklinik
4. Tıp fakültesi
5. Özel hekim/poliklinik/hastane
6. Diğer……

28. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşuna, başvuru şikayetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Üst solunum yolları enfeksiyonu (sinüzit, grip, farenjit)
2. Kalp ve kardiyovasküler hastalıklar
3. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım vb. solunum sistemi hastalıkları
4. Sırt, bel ve ekstremite ağrıları (iskelet kas sistemi rahatsızlıkları)
5. Üreme sistemi rahatsızlıkları
6. Baş ağrısı, miğren vb. nörolojik hastalıklar
7. Gastrointestinal sistem/sindirim sistemi hastalıkları (ishal, kabızlık vb.)
8. Acil durumlar (bıçaklı yaralanma, bayılma vb.)
9. Psikolojik Yakınmalar
10. Diğer……

29. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşunda, size konulan hastalık tanısı nedir?

……

30. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşunda, tedavi için ne yapıldı?

1. Reçete verildi
2. Cerrahi müdahale yapıldı
3. Sevk edildi
4. Hatırlamıyorum/yanıt yok
5. Diğer……

31. Bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık kuruluşuna yaptığınız en sondan bir önceki başvurunun tarihi (gün, ay ya da yıl olabilir) nedir?

……

32. Bir sağlık sorunu nedeniyle, en sondan bir önceki sağlık kuruluşuna başvurunuza ücret ödediniz mi?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

33. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan bir önceki sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?

1. Aile hekimi
2. Devlet hastanesi- acil servis
3. Devlet hastanesi- poliklinik
4. Tıp fakültesi
5. Özel hekim/poliklinik/hastane
6. Diğer……

34. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan bir önceki sağlık kuruluşuna başvuru şikayetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Üst solunum yolları enfeksiyonu (sinüzit, grip, farenjit)
2. Kalp ve kardiyovasküler hastalıklar
3. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım vb. solunum sistemi hastalıkları
4. Sırt, bel ve ekstremite ağrıları (iskelet kas sistemi rahatsızlıkları)
5. Üreme sistemi rahatsızlıkları
6. Baş ağrısı, miğren vb. nörolojik hastalıklar
7. Gastrointestinal sistem/sindirim sistemi hastalıkları (ishal, kabızlık)
8. Acil durumlar (bıçaklı yaralanma, bayılma vb.)
9. Psikolojik Yakınmalar
10. Diğer……

35. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan bir önceki sağlık kuruluşunda, size konulan hastalık tanısı nedir?

……

36. Bir sağlık sorunu nedeniyle en son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan bir önceki sağlık kuruluşunda, tedavi için ne yapıldı?

1. Reçete verildi
2. Cerrahi müdahale yapıldı
3. Sevk edildi
4. Hatırlamıyorum/yanıt yok
5. Diğer……

37. Sağlık kuruluşuna (son iki başvuru) her iki başvurunuzda da aynı sebeple mi başvurdunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

38. Sağlık kuruluşuna (son iki başvuru) her iki başvurunuzda da aynı sebeple başvurduysanız, en son başvurunuzun sonucu ne oldu?

1. Eski tedavi devam 2. Yeni tedavi 3. Yatış
4. Diğer……

39. Sağlık kuruluşuna her iki başvurunuzda da aynı sebeple başvurduysanız, tekrar başvuru nedeniniz nedir?

1. Kendimi iyileşmiş hissetmedim
2. Sağlığımla ilgili şikayetlerim devam ediyordu
3. Sağlığımla ilgili şikayetlerim arttı
4. Sağlığımla ilgili başka şikayetlerim gelişti
5. Hastanede verilen hizmetten memnun kalmadım
6. Hekimden memnun kalmadım
7. Hekim bana yeterli bilgi vermedi
8. Tedavi verilen alandan memnun kalmadım
9. Tedavi verilen malzemelerden memnun kalmadım
10. Diğer……

40. Her türlü olanağınız/imkanlarınız yeterli olsaydı hangi sağlık kuruluşuna başvururdunuz?

1. Aile hekimi
2. Devlet hastanesi-acil servis
3. Devlet hastanesi- poliklinik
4. Tıp fakültesi
5. Özel hekim/poliklinik/hastane
6. Diğer……

EK C: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YAŞLI MODÜLÜ TÜRKÇE SÜRÜMÜ (WHOQOL-OLD TR)

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

2005 (kısa format)

Yönerge

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

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

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

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımınız için teşekkür ederiz

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

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

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

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

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

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

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

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

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

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

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

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

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

7. Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

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

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

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

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

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

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

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

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

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

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

13. Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

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

14. Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

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

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

15. Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

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

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

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

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

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

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

19. Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

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

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

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

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

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

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

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

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

23. İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

24. İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımınız için teşekkür ederiz.

EK D: Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDÖ)

Lütfen yaşamınızın *son bir haftasında* kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	EVET	HAYIR
1. Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?		
2. Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?		
3. Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?		
4. Sık sık canınız sıkılır mı?		
5. Gelecekten umutsuz musunuz?		
6. Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?		
7. Genellikle keyfiniz yerinde midir?		
8. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10. Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11. Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?		
12. Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?		
13. Sıklıkla gelecekten endişe duyuyor musunuz?		
14. Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15. Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		
16. Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?		
17. Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?		
18. Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19. Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20. Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?		
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22. Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24. Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25. Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?		
26. Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		
27. Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		
28. Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?		
29. Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		
30. Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		

EK F: Halk Sağlığı Kurumu ve Valilik İzni

T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 13124672/605
Konu : Doktora Öğrencisi Aysun YURDAKUL'un Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora öğrencisi 123121001005 T.C. Kimlik Nolu Aysun YURDAKUL'un doktora tezinde kullanmak üzere danışman hocası Yrd.Doç.Dr. Fatih KARA ile birlikte "*Burdur İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Aynı Nedenle Birden Fazla Kez Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı ve İlişkili Faktörler*" başlıklı araştırmayı yapması için gerekli izinin verilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz derim.

Dr. Sevinç SÜTLÜ
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../.../2015
Hayri SANDIKÇI
Vali Yardımcısı

Yeni Mah. Eski Antalya Cad. No:24 15030 Merkez/BURDUR
S.SARIOĞLAN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Aysun GÜZEL

Aysun Güzel, 1984 yılında Çankırı'da doğdu. İlk ve ortaokulu Çankırı Merkez İsmet İnönü İlköğretim Okulu'nda, liseyi Eldivan Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. 2005 yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde başladığı lisans öğrenimini, 2009 yılında tamamladı. 2010 yılında başladığı İstanbul Teknik Üniversitesi Afet Yönetimi yüksek lisans öğrenimini 2012 yılında tamamladı. 2014 yılında başladığı Hacettepe Halk Sağlığı Enstitüsü Halk Sağlığı yüksek lisans öğreniminde tez çalışmasına devam etmektedir. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı doktora programına, 2012 yılında başladı. 2012 yılından itibaren Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi bölümünde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. 2015 yılında evlendi. Halk sağlığı, afet tıbbı, afet yönetimi ve afet epidemiyolojisi alanlarında çalışmalarını sürdürmektedir.