T.C

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KENTSEL ALANDA YAŞAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

VELİ FEHMİ YAYMACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2019

T.C

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KENTSEL ALANDA YAŞAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

VELİ FEHMİ YAYMACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2019

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmanın her aşamasında ilgisini, bilgisini, tecrübesini ve değerli zamanını benimle paylaşan her fırsatta bana rehberlik eden, sabırlı ve motive eden tutumuyla akademik olarak bana rol model olan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Belgin AKIN'a,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Sayın Doç Dr. Deniz TANYER'e

Hayatımın her alanında bana yardım eden, manevi desteğini gördüğüm, beni her koşulda destekleyen, ümidimi kaybettiğim anlarda ümit veren, yüreklendiren eşim Ayşe YAYMACI'ya, arkadaşlarım Fahrettin GÖK ve Gökhan DAĞLI'ya,

Beni bu yaşıma getiren, maddi ve manevi destekleri kelimelerle bile ifade edilemeyecek kadar çok olan değerli AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Veli Fehmi YAYMACI

Konya/2019

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **v**

ÖZET vi

SUMMARY vii

1.GİRİŞ **1**

1.1.Araştırma Soruları 4

1.2.Yaşlıların Genel Özellikleri İle İlgili Literatür 4

1.3.Yaşlı Sağlığı İle İlgili Literatür 5

2.YÖNTEM 10

2.1.Araştırmanın Tasarımı 10

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 10

2.3.Araştırmanın Evreni 10

2.4.Örneklem Büyüklüğü 10

2.4.1. Örnek Seçimi 11

2.4.2.Örnek Seçim Kriterleri 11

2.5.Veri Toplama Araçları ve Tekniği 11

2.5.1.Anket Formu 11

2.5.2.Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOLOLD) 12

2.6. Ön Uygulama 13

2.7. Değişkenler 13

2.8. Verilerin Analizi 14

2.9. Araştırmanın Etiği 14

3.BULGULAR 15

4.TARTIŞMA 26

4.1. Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlılardan Elde Edilen Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması 26

4.2. Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımının Tartışılması 27

5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER 33

5.1. Sonuçlar 33

5.2. Öneriler 33

6.KAYNAKLAR 35

7.EKLER 40
EK A: Anket Formu 40
EK B: Öl çek Formu (WHOQOL-OLD) 44
EK C: Etik Kurul Onayı 48
EK D: Yazılı Kurum İzni 49
8.ÖZGEÇMİŞ 52

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

WHOQOL-OLD: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Veli Fehmi YAYMACI

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Araştırma kentsel alanda yaşayan 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Konya İli Meram İlçesine bağlı 10 Nolu ASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü 979 birey oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü 126 kişidir. Veriler ev ziyareti yapılarak anket formu, WHOQOL-OLD ölçeği kullanılarak araştırmacı ve iki anketör tarafından yüz yüze görüşme metoduyla toplanmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük değer olarak özetlenmiştir. Karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve Tek yönlü varyans analizi Tukey testi ile birlikte kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 71,2±4,2 olup, %62,7'si kadın; %51,6'sı ortaöğretim mezunu, %51,6'sı evli, %61,9'u ekonomik durumunu iyi algılamakta ve %81,7'si çalışmamaktadır. Ailedeki birey sayısı 2,4±1,1'dir. Yaşlıların %94,4'ünün apartman dairesinde, %84,1'inin kendi evinde yaşadığı ve %96,0'ının herhangi bir maddi yardım almadığı bulunmuştur. Yaşlıların %66,7'sinin hastalık tanısı bulunmakta (hastalık sayısı 2,4±1,4) ve %71,4'ü ilaç (ilaç sayısı 3,0±1,7) kullanmaktadır. Hipertansiyon en sık görülen hastalıkken (%44,4), antihipertansifler en sık kullanılan ilaçtır. Yaşlıların %49,2'si son bir yılda hastaneye yatmıştır, %17,5'i baston/yürüteç, %9,5'i işitme cihazı ve %69,0'ı gözlük kullanmaktadır. Yaşlıların %76,2'si kamu hastanelerini tercih etmekte, %86,5'i ASM hekimini, %65,1'i aile sağlığı elemanını tanımakta, %96,8'i ASM'den ev ziyareti almamış ve %11,9'u ASM'ye ulaşım problemi yaşamaktadır. ASM'yi kullanan yaşlıların %88,9'u ASM'yi muayene olmak için kullanmaktadır. Ayrıca %96,8'i evde sağlık hizmeti almamıştır. WHOQOL-OLD ölçeği için "Duyusal fonksiyonlar" alt boyutu 16,0±2,2; "Özerklik" 14,8±3,2; "Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler" 14,4±3,1; "Sosyal katılım" 14,7±3,4; "Ölüm ve ölmek" 15,9±2,7; "Yakınlık" 14,5±3,1 ve ölçeğin toplam puanı ortalama 90,6±16,8 bulunmuştur.

Sonuç olarak ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bekar olma, düşük ekonomik düzey, çalışmıyor olma, kronik hastalıklar, son bir yıl içinde hastaneye yatma ve baston/yürüteç kullanmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Konut mülkiyeti, gözlük kullanımı, ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanıma ve ASM'ye ulaşım problemi yaşama durumlarının yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

Özellikle risk grubu olan ileri yaştaki eğitim düzeyi düşük ve kronik hastalığa sahip olan kadın yaşlılar odak noktası olarak belirlenmeli, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından kronik hastalıklarla baş etme yöntemleri için eğitim verilmeli, yaşam kaliteleri izlenmeli ve araştırmacılar tarafından sosyoekonomik olarak riskli bölgelerdeki yaşlıların yaşam kaliteleri incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: kentsel alan; WHOQOL-OLD; yaşlı; yaşam kalitesi.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Quality of Life in The Elderly Living in Urban Areas

Veli Fehmi YAYMACI

Nursing Department

MASTER THESIS / KONYA-2019

This is a descriptive study aimed to investigate the quality of life of elderly people over 65 years of age and the factors affecting this, in urban areas.

The population of the study consists of 979 individuals over 65 years of age who are registered to FHC 10 which is located in Meram District of Konya Province. Sample size is 126 people.The data were collected through home visit, questionnarie, WHOQOL-OLD scale and face to face interview method carried out by researcher and two interviewers. Data are summarized as number, percentage, mean, standard deviation, median, smallest and maximum value. In the comparisons, t-test and one-way ANOVA were used together with Tukey test in independent groups.

The mean age of elderly participants is 71,2±4.2 and %62,7 are female; %51,6 are secondary school graduates, %51,6 are married, %61,9 perceive their economic situation well and %81,7 do not work. The number of individuals in the family is 2,4±1,1. It was found that %94,4 of the elderly live in the apartment, %84,1 live in their own home and %96,0 do not receive any financial aid. %66,7 of the elderly were diagnosed with disease (number of diseases 2,4±1,4) and %71,4 were using medication (number of drugs 3,0±1,7). Hypertension is the most common disease (%44,4), antihypertensives are the drugs which most commonly used. %49,2 of the elderly were hospitalized in the last year, %17,5 of them use cane / walker, %9,5 of them use hearing aids and %69,0 of them wear glasses.%76,2 of the elderly prefer public hospitals, %86,5 of them know about FHC practitioner, %65,1 of them know about family health personel, %96,8 of them did not receive home visits from FHC, %11,9 of them have problem of transportation to FHC. %88,9 of the elderly who apply FHC aim to get examined. In addition, %96,8 did not receive home health services. Subdimension of WHOQOL-OLD for '' Sensory functions'' 16,0±2,2; ''Autonomy'' 14,8±3,2 ; ''Past ,present and future activities'' 14,4±3,1; ''Social participation'' 14,7±3,4; ''Death and die'' 15,9±2,7; ''Proximity'' 14,5±3,1 and the total score of scale was found 90,6±16,8.

As a conclusion, it was found that advanced age, female gender, low education level, single status, low economic level, not working, chronic diseases, hospitalization within the last year and using walking stick/walker has negative effects on quality of life. It was determined that housing ownership, wearing glasses, getting to know FHC physician and family health personnel and having problem of access to FHC did not affect the quality of life.

Especially elderly women who are in risk group, with low level of education and have chronic diseases should be identified as the focal point, should be trained for coping with chronic diseases by primary health care facilities , quality of life of them should be monitored, and quality of life of elderly in socio-economically risky regions should be examined by researchers.

Key Words: elderly; quality of life; urban area; WHOQOL-OLD

1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu hızla artmaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonuna (UNFPA) göre 2017 yılında yaşlılar dünya nüfusunun %8,9'unu oluşturmaktadır (UNFPA 2017). Yaşlı nüfus oranı 2000 yılında yaklaşık %11 iken 2050 yılında %22 ile iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu da yaşlı nüfusunun 605 milyondan 2 milyara yükseleceği anlamına gelmektedir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014a, Human Mortality Database 2018). Geçtiğimiz yıllar boyunca ortalama yaşam beklentisi küresel olarak artmış, 2014 yılında dünya çapında ortalama 70 ve gelişmiş ülkelerde yaklaşık 80 yıla ulaşmıştır. Bu gelişme özellikle sanitasyon, tıbbi ilerlemeler, artan yaşam standartları ve çocuk ölümlerinde azalma nedeniyle iyileşmiştir (DSÖ 2014b). En fazla yaşlı nüfusa sahip ülke (%32,2) Monako'dur. Japonya %27,9 ile 2. Sırada ve Almanya %22,1 ile 3. sırada yer alırken Türkiye 167 ülke içinde 66. sırada bulunmaktadır (UNFPA 2017). Türkiye'de 2013 itibariyle 5 milyon 891 bin 694 yaşlı bulunmaktayken bu sayı 2017 yılında %17 artışla 6 milyon 895 bin 385'e yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017). Erkeklerde doğuşta beklenen yaşam süresi 1940 yılında 30 iken 75,3'e; kadınlarda ise 33 iken 80,8'e yükselmiştir. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,5 yıldır (TÜİK 2018).

DSÖ'ye göre "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" (DSÖ 1946). Bu tanıma da dayanarak sağlığı objektif ve subjektif olarak iki bölüme ayırabiliriz. Yaş ilerledikçe geriatrik sendromlar (işitme ve görme kayıpları, immobilizasyon, inkontinans, depresyon, deliryum, demans, düşme, bası yarası, osteoporoz, kırılgan yaşlı, malnütrisyon, yürüme bozukluğu, ağrı, bası yarası, uyku bozukluğu, ilaç kullanımı, ihmal ve suistimal), komorbidite (iki yada daha fazla hastalığa sahip olma) riski ve yeti yitimleri oluşumu artabilmektedir (Leon 2011, Kane ve ark 2012, DSÖ 2015a). Dünyada en yüksek mortaliteye sebep olan hastalıklar iskemik kalp hastalığı, inme ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (DSÖ 2015b). Tüm bu hastalıklardan kaynaklanan yük düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre daha fazla olduğu gibi 10-15 yıl önceden görülmektedir (Leon 2011). Ülkemizde 2016 yılında 65 yaş ve üstü bireylerin %46,6'sı dolaşım sistemi hastalıklarından yaşamını yitirmiştir (TÜİK 2017).

Globalleşen dünyamızda artık yaşlıların kırsal alandan kentsel alana geçişiyle yaşam tarzlarının farklılaşmasından dolayı; çoğunlukla tek başına yaşamakta olan yaşlıların devamlı değişen ve gelişen şehir hayatına adapte olma çabaları yaşlı bireylerde fizyolojik, sosyoekonomik ve mental sorunları ortaya çıkarabilmektedir (Köse ve Erkan 2014). Harvey 2006'da yaşlıların şehir hayatına uyum sorununun sebebini kapitalizmin şehirlerin ''içerisinde yaşanacak makinalar'' aramasının olduğunu belirtmiştir. Kapitalizmin öncülüğünde rahat yaşam sürülecek şehirlerin aksine kazanç getirmesi amacıyla yüksek tempo gerektiren para kazanmaya yönelik şehirlerin inşa edildiği de vurgulanmaktadır (Harvey 2006). Bundan ötürü yaşlı kişiler tempoya ayak uyduramamakta ve evlerinden çıkamayarak sosyal izolasyona maruz kalmaktadır (Kalınkara 2017). Yaşlılar için ''yaşlı dostu şehirler''in (güvenlik önlemlerinin arttırılması, ulaşımın kolaylaştırılması, fiziksel aktiviteyi destekleyici ve yeşil alanların arttırılması, mülki binaların, hastanelerin, yaya yollarının, cadde geçişlerinin yaşlıların kullanımına elverişli hale getirilmesi) inşa edilmesi gerekmektedir (Anonymous 2007). Yaşlı dostu şehirler sayesinde hem fonksiyonel yeti hem de içsel kapasitenin artacağı belirtilmektedir (Keating ve ark 2013, Arem ve ark 2015). Ayrıca zorunlu emeklilik yaşıyla içsel kapasitesi yüksek olan bireyler, negatif yaş ayrımcılığına da zorlanabilir ve düşük emekli aylığıyla yaşamını sürdürmek için daha kötü bir mahallede yaşamaya mecbur bırakılabilir. Yaşanılan yer fonksiyonel yeti üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Perry ve ark 2014). Bundan dolayı DSÖ 2015 Yaşlılık Raporunda yerinde yaşlanmayla ilgili içsel kapasitesi azalan yaşlıların yaşadıkları ortamları destekleyici ve geliştirici şekilde düzenlenmesi gerekliliğinden bahsetmiştir (DSÖ 2015). Bu durum yaşlıların sağlık harcamaları açısından da önemli avantajlar sağlayacaktır (Marek ve ark 2012, Wang ve ark 2014).

DSÖ tarafından rapor edilen araştırmalarda, yaşlılarda ciddi sakatlıkların (başka bir kişinin yardımını gerektiren yemek ve özbakım gibi temel faaliyetler) azalmasına rağmen, son 30 yıl içinde fonksiyonel yetinin değişiminde anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır (Chatterji ve ark 2015, DSÖ 2015). Bu araştırmaların ışığında yaşlı sağlığının en önemli göstergesi olarak yaşam kalitesi ön plana çıkmaktadır. DSÖ yaşam kalitesini "kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması" olarak tanımlamıştır. Günümüzde yaşam kalitesini tam anlamıyla ölçecek bir araç bulunmamasından ötürü bazı sosyodemografik, yaşam, sağlık-hastalık özellikleri

değerlendirilerek yaşam kalitesine dair sonuçlar çıkarılmaktadır (DSÖ 2015). Yaşam kalitesi; fonksiyonel yeti, bireyin içsel kapasitesi, yaşadıkları yerin özellikleri ve aralarındaki etkileşim ile belirlenir (Dato ve ark 2012). DSÖ'nün 2015 yaşlı sağlığı raporuna göre yaşam kalitesi için en büyük tehdit içsel kapasite ve fonksiyonel yetinin azalmasıdır. Günümüzdeki gelişmelerle birlikte geriatrik sendromlar ve yeti yitimlerinde azalmalar görülürken yine de yaşam kalitesinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Bundan dolayı içsel kapasite ve fonksiyonel yeti önem kazanmaktadır. İçsel kapasite genç yaşlarda azalmaya başlar. İşlevsellik, artan yaşla birlikte heterojen olarak düşüş eğilimindedir (Dato ve ark 2012). İçsel kapasitenin yaşla birlikte azalmasının kişiden kişiye farklılık göstermesi sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, yaşam tarzı, kronik hastalığın varlığı ve ilaç kullanımı gibi pek çok faktöre bağlıdır. Yüksek gelirli Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerindeki bireyler çocukluk döneminde daha iyi beslenme ve daha destekleyici ortamlara sahip olduklarından içsel kapasiteleri daha yüksek seviyeye ulaşır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde stres ve hastalık yüküne bağlı olarak içsel kapasite orta veya ortanın altında bir seviyede kalır (Keating ve ark 2013). Yaşlanmaya bağlı olarak içsel kapasite ve fonksiyonel yetide azalmaya eğilim olsa da; genç erişkinlerde gözlenen ortalama seviyeden daha yüksek içsel kapasiteye sahip olan 80 yaş ve üstü bireyler vardır (Dato ve ark 2012). Yapılan çalışmalarda kronik hastalık ve depresyon varlığı, yardımcı cihaz kullanımı (Sönmez ve ark 2007), düşük gelir, sağlığı kötü olarak algılama, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, düzenli egzersiz yapmama (Yılmaz ve Çağlayan 2016), konut özelliklerinin yetersizliği, düşük eğitim düzeyi, zayıf sosyal destek, kadın cinsiyet, ileri yaş ve bekar olma (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu 2016) gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.

Sonuç olarak sağlık sistemlerini yaşlıların ulaşabileceği ve yararlanabileceği şekilde düzenleyerek, halk sağlığı açısından koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vererek, uzun süreli bakımlar için sağlık politikaları geliştirerek, yaşlı dostu ortamlar oluşturmak ve yaşlıların sosyal aktivitelere katılımını sağlayarak, gelişmiş ölçüm ve izleme ölçekleri geliştirip çıkan sonuçlara göre eşitsizlikleri ortadan kaldırarak, yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı yaşlanmayı sürdürebilmek mümkündür (Eklund ve Wilhelmson 2009, DSÖ 2015c). Araştırmamızda yaşlıların bazı özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkilerini inceleyerek halk sağlığı hemşirelerine yaşlı bireylerin

yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bilgiler sunacak, akademisyenlere bu alanda yapacağı çalışmalar için ışık tutacak, politikacılar içinse gerekli önlemlerin alınması yönünde bilgiler sunacağız. Bu çalışma kentsel alanda yaşayan yaşlıların sosyodemografik, yaşam, sağlık-hastalık ve sağlık hizmeti kullanım özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- Yaşlıların yaşam kalitesi sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Yaşlıların yaşam kalitesi yaşam özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Yaşlıların yaşam kalitesi sağlık-hastalık özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Yaşlıların yaşam kalitesi sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

1.1.Yaşlıların Genel Özellikleri İle İlgili Literatür

Dünya nüfusunun demografik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, 2000 ile 2050 arasında 65 yaşın üzerindeki insanların oranı yaklaşık %11'den %22'ye çıkacak ve bu da 605 milyondan 2 milyar insana artış anlamına gelecektir (DSÖ 2014, Human Mortality Database 2018). Doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78, erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,8 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,5 yıldır (TÜİK 2018). Ayrıca 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol etmeye yönelik politikalar da yaşlı nüfusun genel nüfusa oranını arttırmaya devam etmektedir (TÜİK 2012). Erkeklerin kadınlara göre eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. 2012 yılında okuma yazma bilmeyen yaşlıların oranı %25,4 iken, 2016 yılında %20,8'e gerilediği görülmektedir. 2013'te yaşlıların %11,3'ü bağımlı iken 2017'de %12,6'ya yükselmiştir (TÜİK 2017).

Beklenen yaşam süresinin artmasıyla nüfus yaşlanmış, kronik hastalıklar ve bağımlılık oranları da yükselmiştir (Pınar ve Sert 2009). Bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Bireylerin yaşı ilerledikçe kronik hastalıklar ortaya

çıkmakta, sosyal izolasyon artmakta yaşam kalitesi azalmaktadır (Telatar ve Özcebe 2004). Yaşlılarda ana hedef bağımlılığı azaltarak sosyal katılımı güçlendirerek yaşam kalitesini artırmaktır (Eser 2006).

Sağlığı algılama, ulaşılabilir sağlık hizmetleri, toplum ve eş desteği, çalışıyor olma, ekonomik ve çevresel etmenlerin yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Paterson ve Warburton 2010, Tak ve ark 2013). Ergin tarafından 2017 yılında yapılan meta analizde hemşirelerin ev ziyaretlerinin yaşlıların fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerine etkisini incelenmiştir. Meta analizin sonucunda ev ziyaretine dayalı girişimlerin yaşlılarda hastaneye yatma sıklığını azalttığı, fiziksel ve psikososyal sağlığı koruma ve geliştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Ergin 2017). Komorbidite, fonksiyonel yetinin azalması, mental gerileme, sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu gibi durumlar yaşlıların yaşam kalitesini düşüren nedenlerdir (Telatar ve Özcebe 2004, Kshetrimayum ve ark 2013). Yaşlıların sağlık algısı içsel kapasitelerine bağlıdır. İçsel kapasite fizyolojik, psikolojik ve çevresel etmenlere bağlı olarak değişmektedir (Tuğut ve Bekar 2008).

TÜİK tarafından 2016 yılında yapılan aile yapısı araştırmasında bireylerin başkasına bağımlı hale gelecek kadar yaşlandığında; çocuklarıyla birlikte yaşamak (%37,6), evde bakım desteği almak (%29,4) ve huzur evinde kalmak (%11) istediği belirtilmiştir. Ayrıca 65 yaş üzeri genç yaşlıların huzur evine gitmek istemediği ortaya çıkmıştır. Yaşlılara mutluluk nedenleri sorulduğunda aile (%65,8) ve çocuklarıyla vakit geçirmek (%16,5) olduğunu söylemişlerdir (TUİK 2016).

1.2.Yaşlı Sağlığı İle İlgili Literatür

Kılınç ve arkadaşlarının 2012'de acil servise başvuru nedenlerini ve başvuru sonuçlarını belirlemek için yaptığı çalışmada acil servise başvuruların %15'ini yaşlılar oluşturmuştur. En sık başvuru nedenleri dolaşım (%22,0), solunum (%17,0), kas-iskelet (%17,0), sindirim (%10,0) ve endokrin sistem şikâyetleridir (%4,0). Dolaşım ve sindirim sistemi şikâyetleri ile başvurular kadınlarda, solunum sistemi ile ilişkili şikâyetler erkeklerde anlamlı düzeyde fazladır. Yaşlıların %93,0.nün ayaktan tetkik ve tedavisi yapılmış, %7,0.si hastaneye yatırılmış, %0,1 ölmüş ve %0,1 ise başka bir ile sevk edilmiştir. Servislere yatırılan yaşlıların içinde erkekler (%56,0), kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır (Kılınç ve ark 2012).

Tarsuslu Şimşek ve arkadaşları 2011 yılında yerinde yaşlanan yaşlıların sağlık algısı, ağrı, bağımlılık ve aktivite durumunu incelemek için yaptığı araştırmada; kronik hastalıkların artması ve fiziksel aktivite düzeyinin azalmasının ağrı varlığını artırdığı görülmüştür. Ağrıya bağlı olarak hareket kısıtlılıkları ve sosyal izolasyonun arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Tarsuslu Şimşek ve ark 2011).

Daha ileri yaş, kötü çevre ve çalışma koşulları, komorbidite, yalnızlık, kötü ekonomik durum, yetersiz beslenme, bağımlılık ve hareketsizlik, günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) azalmasına ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Yaşlıların maruz kaldığı fizyolojik, psikolojik ve çevresel risk faktörlerine yönelik genç yaşlarda koruyucu önlemler alınmalıdır. Primer, sekonder ve tersiyer sağlık hizmetlerini yeniden düzenleyerek sağlıklı yaşlanma teşvik edilmelidir (Keskinoğlu 2012).

Demir Akça ve arkadaşlarının 2014 yılında "Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi" isimli çalışmasında; içsel kapasite azalmasına bağlı olarak mobilite ve yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü bulunmuştur. Bu nedenle bağımlılık oranının arttığı ve yeterli beslenmenin sağlanamadığı görülmüştür. Ayrıca kadınların, daha ileri yaşta olanların, kırsal alanda yaşayanların, eğitim seviyesi düşük olanların ve ekonomik durumu kötü olanların içsel kapasite düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Demir Akça ve ark 2014).

Parlak Demir'in 2017 yılında yaptığı çalışmada kendi evinde yaşayan bireylerin huzurevinde yaşayan bireylere göre GYA'da daha bağımsız ve daha sosyal oldukları görülmüştür (Parlak Demir 2017). Başka bir araştırmada yaşlı bakımını üstlenen kişilerin; yaşlı bakımı ağırlaştıkça tükenmişlik düzeylerinin arttığı ve bakım yüküne bağlı olarak duyarsızlaşmaya neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kalınkara ve Kalaycı 2017).

Erci ve arkadaşları 2017 yılında yaşlıların umut düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırma yapmıştır. Araştırmanın sonucunda yaşlıların %23,2 'sinin oldukça memnun, %35,6'sının ve %18,6'sı ortalama düzeyde memnun, %11,0'inin yaşam doyumunun biraz altında ve %6,8'inin memnuniyetsiz olduğu görülmüştür. Ayrıca %9,0'u aşırı derecede memnun değildir. Yaşam ölçeği

puanından memnuniyet, cinsiyet, yalnız yaşamak, yürümede zorluk, ekonomik durum ve sağlık durumu ile yakından ilişki bulmuştur (Erci ve ark 2017).

Yılmaz'ın 2017 de Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon belirtilerinin sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisini araştırmıştır. Yaptığı çalışmada yaşlıların depresyon seviyelerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Depresyon seviyesinin cinsiyet ve sosyalleşme düzeyiyle ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Yılmaz 2017).

Öğüt ve arkadaşlarının iki farklı huzurevinde yaptığı çalışmada; erkeklerin oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışma grubunun tümü huzurevindeki hizmetten ve huzur evi şartlarından memnundur. Anket sonucuna göre iki huzur evinde de aile, ev ve çevre özlemi bakımından farklılık olmamasına rağmen arkadaş edinme ve anlaşma bakımından farklılık bulunmuştur (Öğüt ve ark 2017).

Uzan ve arkadaşları evde sağlık hizmeti alan yaşlıların sosyodemografik ve tıbbi durumunu araştırmışlardır. Uşakta yapılan çalışmada evde sağlık hizmeti alanların yaş ortalaması 77,1±15,6'dır. Araştırmada kadınların oranı daha yüksektir. Yaş arttıkça bekar ya da dul olma durumu da artmaktadır. Yaşlıların %79'unun yeterli eğitim alamadığı, açlık sınırının altında gelire sahip olduğu, %49'unun mesleki deneyiminin olmadığı belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, maddi koşulları ve medeni durumlarının yaşam koşullarını etkilemediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi azaldıkça yaşam şartları kötüleşmektedir. Yaş, cinsiyet ve medeni durumun yalnız yaşlanma düşüncesini etkilemediği ancak düşük eğitim düzeyinin negatif yönde etkilediği bulunmuştur (Uzan ve ark 2017).

1.3.Yaşlılarda Yaşam Kalitesi İle İlgili Literatür

Sönmez ve arkadaşları 2007 yılında sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, bireylerin fonksiyonel yeti kaybı, kronik hastalık, yardımcı cihaz kullanımı ve depresyonun yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (Sönmez ve ark 2007). Altay ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada algılanan sağlık düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşam kalitesi düzeylerinin de anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca yaş, aile yapısı ve kronik hastalıkların yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir (Altay ve ark 2016).

Arpacı ve Gürbüz 2012 yılında yaşlıların ikamet ettikleri ile göre yaşam kalitelerini değerlendirilmesi amacıyla çalışma yapmışlardır. İstanbul ve Hakkari'de oturan 65 yaş ve üstü çalışma grubunun beslenme durumu incelendiğinde; gıda alışverişi yapabilme, yeterli ve dengeli beslenme, maddi imkanlar açısında incelendiğinde; maddi yetersizlik ve gelirin yakınları tarafından elinden alınması, bilişsel faktörler incelendiğinde; mutlu hissetme durumları farklı olduğu belirlenmiştir. Buna bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri arasında da farklılıklar vardır (Arpacı ve Gürbüz 2012).

Yaşlılarda yaşam kalitesi sağ kalımdan sonra yaşlı üzerindeki en önemli belirleyicidir. Sağ kalım açısından fark olmayan iki birey arasında kaliteli yaşam imkânı bulan kişi daha şanslıdır. Bundan dolayı yaşlıların kronik hastalık sayısı ve ne kadar yaşlı olduklarına bakılmaksızın yaşam kalitesi düzeyleri ön plana çıkarılmalıdır (Aydemir 2014).

İlhan ve arkadaşlarının 2016 yılında "Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri" incelemek için araştırma yapmışlardır. Çalışmada ağrısı bulunmayanların, sosyalleşme düzeyi yüksek olanların, sağlıklı beslenenlerin, ziyaretçisi gelenlerin, kronik hastalığı olmayanların ve yalnızlık hissetmeyenlerin yaşam kalitesi düzeyleri yüksek bulunmuştur (İlhan ve ark 2016).

Arpacı ve arkadaşları huzurevinde kalan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi için Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeğini (WHOQOL-OLD) kullanmıştır. Yaşlıların yaş ortalamaları 74,11 ±6,69 iken erkeklerin oranı kadınlardan fazladır. Genç yaşlıların oranı %45,9 iken %73,0'ı düşük eğitim düzeyine sahip ve %57,7'si evli değildir. Yaşlıların yarısına yakının öz bakımında yetersiz olduğu, %27,1'inin yalnız yaşadığından huzur evinde kaldığı bulunmuştur. Cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür (Arpacı ve ark 2015).

Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu'nun 2016 yılında yaptığı derlemede; kadın cinsiyet, ileri yaş, bekar olmak, yeterli eğitim alamamak, maddi yetersizlik, sosyal izolasyon, kötü ev koşulları, kronik hastalık varlığı, elverişsiz çalışma koşulları,

sedanter yaşam v.b etmenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Yılmaz ve Çağlayan'ın 2016 yılında 65 yaş ve üstü çalışma grubunda yaptığı çalışmada; kadınların, bekar olmayanların, lisans düzeyinde eğitim alanların, yeterli maddi imkanlara sahip olanların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mesleki deneyimi olmama, kötü sağlık algısı, maddi imkansızlıklar nedeniyle sağlık kuruluşlarına ulaşım problemi, dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etmenlerdir (Yılmaz ve Çağlayan 2016).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı tasarımdadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Meram ilçesine bağlı 10 nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesidir. Bu bölgede üç mahalle, 76 sokak bulunmaktadır. Ayrıca ASM bölgesinde ikamet eden yaşlıların kamu kuruluşlarından yardım almadığı, kiralık ev oranının düşük olduğu ve kirada oturanların genelde beyaz yakalı olduğu muhtar tarafından bildirilmiştir. ASM'de üç aile hekimi, bir ebe, dört hemşire, bir laborant ve bir hizmetli personel bulunmaktadır. Yaşlılara yönelik tarama ve temel sağlık hizmetleri verilmektedir. ASM'ye kayıtlı kişi sayısı 9553'tür ve bunların 979'unu 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya ili Meram ilçesine bağlı 10 Nolu ASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü 979 birey oluşturmaktadır.

2.4. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde ''sürekli değişkeni olan tanımlayıcı araştırmaların örnek büyüklüğünün belirlenmesinde'' önerilen bir hesaplamadan yararlanılmıştır (Akgül 2003). Hesaplamada Eser ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan DSÖ yaşam kalitesi yaşlı modülü (WHOQOL-OLD) geçerlik ve güvenirlik çalışmasının bulgusundan yararlanılmıştır. WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalaması 56.02 ± 11.86 dikkate alınmıştır. Çalışmamızda tutum ölçeğinden alınacak puan %95 güven düzeyi ve ± 0.5 puan olan güven aralığı içinde belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu durumda toplam genişlik 4 puan (2 puan üstü ve 2 puan altı) olarak ele alınmıştır.

Hesaplamada;

Standartlaşmış aralık genişliği= (toplam genişlik/standart sapma)

4/11.86:0,33 bulunmuştur.

Standartlaşmış güven aralığı genişliği 0,35'e göre %95 güven aralığında tabloda bildirilen örnek büyüklüğü 126'dır. Araştırmanın çalışma grubunu 126 kişi oluşturmuştur (Akgül 2003).

2.4. 1. Örnek Seçimi

Araştırmanın örneklemi ASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü bireylerden elektronik kayıt sistemi özelliği kullanılarak sistematik örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Sekiz dosyadan bir dosya seçilerek (979/126=7,76) örneklem 126'ya tamamlanmıştır (Akgül 2003).

2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri

Konuşma ve işitme problemi olan yaşlılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda (Diker ve ark 2001, Altıparmak 2009, Koçoğlu ve Akın 2009, Altay ve ark 2016, Ergin 2017) araştırmacı tarafından hazırlanan 32 sorudan oluşan anket formu ve 24 maddeden oluşan Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan yaşlılar için yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır.

2.5.1. Anket Formu

Sosyodemografik bilgilerde; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ailedeki birey sayısı, algılanan gelir durumu ve çalışma durumu ile ilgili yedi soru bulunmaktadır. **Yaşam özelliklerinde;** yaşanılan evin özelliği, evdeki oda sayısı, tuvaletin bulunduğu yer, konut mülkiyeti ve maddi yardım alma (herhangi bir kurum veya kişiden) durumuyla ilgili beş soru vardır. **Sağlık-Hastalık özellikleri ile ilgili;** kronik hastalık varlığı ve sayısı, ilaç kullanımı ve sayısı, son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu, düzenli olarak baston, işitme cihazı ve gözlük kullanımı ile ilgili 10 soru sorulmuştur. **Sağlık hizmetleri kullanım özellikleri ile ilgili;** ilk tercih edilen sağlık kuruluşu, kayıtlı olduğu ASM deki hekim ve aile sağlığı elemanını tanıma, ASM tarafından ev ziyareti alma durumu ve zamanı, ASM'ye ulaşım problemi olup-olmadığı, ASM'yi kullanma amacı, evde sağlık hizmetlerinden faydalanma durumu,

zamanı ve kullanım amacı ile ilgili 10 soru yer almaktadır. Araştırmada kullanılan anket formu EK A'da sunulmuştur.

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

"Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)", yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. WHOQOL grubu tarafından 1998 yılında geliştirilmiş (The WHOQOL Group 1998), Türkçe geçerlik ve güvenirliğini Eser ve arkadaşları (2010) yapmıştır. WHOQOL-OLD ölçeği 24 likert sorudan ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; "Duyusal işlevler", "Özerklik", "Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri", "Sosyal katılım", "Ölmek ve ölüm" ve "Yakınlık" alanlarıdır. **"Duyusal işlevler"** işitme, tat alma, koku görme, beslenme ve dokunma gibi durumların yaşam kalitesine etkisini, **"Özerklik"** bağımsızlık düzeyi, saygı, yaşam kontrolü, özgür tercih yapabilmenin yaşam kalitesine etkisini, **"Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri"** geçmiş başarılar, yaşamda memnuniyet, geçmiş ve gelecekle ilgili düşünceleri sorgulanmaktadır. **"Sosyal katılım"** zamanı kullanma ve faaliyetlere katılım özelliklerini,**"Yakınlık"** ikili ilişkiler ve sosyal desteği, **"Ölüm ve ölmek"** ölümün kabulü ve kaçınılmazlığı ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamını sorgulamaktadır."Duyusal işlevler" boyutunu 1,2,10 ve 20. sorular, "özerklik" boyutunu 3,4,5 ve 11. sorular "Geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler" boyutunu 12,13,15 ve 19. sorular, "Sosyal katılım" boyutunu 14,16,17 ve 18. sorular "Ölüm ve ölmek " boyutunu, 6,7,8 ve 9. sorular "Yakınlık" boyutunu 21,22,23 ve 24. sorular oluşturmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında alt bölümlerin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayıları 0,68 ile 0,88 arasında bulunmuştur. Sırasıyla her bir alt ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayıları; 0,88, 0,68, 0,73, 0,76, 0,75 ve 0,82 olarak bulunmuştur. Eser ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Cronbach alfa katsayılarının güvenilirlik açısından yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Geçerlik analizleri, iç ve dış geçerlik testlerinden oluşmaktadır. Yapısal geçerlik testi olarak, her soru için benzerlik (convergent) ve farklılık (divergent) geçerlik analizleri ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Kriter geçerliğinin değerlendirilmesi için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bütün alt boyutlar ve toplam ölçek puanı için ayrı sonuç vermektedir. Her bir soru için minimum bir, maksimum beş puan

alınmaktadır. Her alan dört sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 24 ile 120 arasındadır. Puan arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bildirilmiştir (Eser ve ark 2010).Araştırmada kullanılan ölçek formu EK B'de sunulmuştur.

2.5.3. Veri Toplama Tekniği

Veriler Konya Meram ilçesine bağlı 10 no'lu ASM bölgesinde ev ziyareti ile araştırmacı ve iki anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 15 Eylül 2018-15 Ocak 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Anketörler Hemşirelik Bölümü mezunu olup araştırmacı tarafından veriler toplanmadan önce araştırma ile ilgili eğitim verilmiş ve veriler toplanırken denetlenmiştir.

2.6. Ön Uygulama

Araştırma öncesi çalışma bölgesinden 65 yaş üstü on bireye anket uygulanarak elde edilen veriler doğrultusunda herhangi bir düzeltmeye gerek olmadığı belirlenmiştir. Bir yaşlıya uygulanan anket ve ölçek uygulama süresi ortalama 30 dakikadır.

2.7. Değişkenler

2.7.1. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum ve çalışma durumu)
- Yaşam özellikleri (konut mülkiyeti, maddi yardım alma durumu ve tuvaletin bulunduğu yer)
- Sağlık-Hastalık özellikleri (tanı almış hastalık durumu, sayısı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, sayısı, son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu ve yardımcı araç kullanma durumu)
- Sağlık hizmetleri kullanım özellikleri (ilk tercih edilen sağlık kuruluşu, ASM'deki hekim ve aile sağlığı elemanını tanıma durumu, ev ziyareti hizmeti alma durumu, ASM'ye ulaşım problemi varlığı ve evde bakım hizmetlerinden faydalanma durumu)

2.7.2. Bağımlı Değişkenler

- "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Yaşlı Modülü"

- “Duyusal işlevler”
- “Özerklik”
- “Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri”
- “Sosyal katılım”
- “Ölüm ve ölmek”
- “Yakınlık”
- Toplam ölçek puanı

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatiksel analizi için IBM SPSS Statistics-22 paket programından yararlanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak özetlenmiştir. Bağımlı değişkenin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogrov Smirnov analizi ve skewness, kurtosis değerleri ile bakılmıştır. Ölçeklerin araştırma grubu için güvenirliliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve Tek yönlü varyans analizi Tukey testi ile birlikte kullanılmıştır ($p<0,05$).

2.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi “Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”ndan 27 Haziran 2018 tarihinde 907 sayılı ve 2018/140 sayılı kararla yazılı olarak izin alınmıştır (EK C). Araştırmanın yürütülmesi için Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden 94723667-806.01.03 sayılı yazılı kurum izni alınmıştır (EK D). Araştırma örneklemini oluşturan bireylerden araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözel onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Kentsel alanda yaşayan 126 yaşlıdan elde edilen bulgular "Yaşlılara ilişkin tanımlayıcı bulgular" ve "Yaşlıların yaşam kalitesi ile ilişkilerine yönelik bulgular" olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

3.1. Yaşlılara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çizelge 3.1.1. Çalışmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri (n=126).

Özellikler	**Sayı**	**(%)**
Cinsiyet		
Erkek	47	37,3
Kadın	79	62,7
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	21	16,7
Ortaöğretim	65	51,6
Lisans	40	31,7
Medeni Durum		
Evli	65	51,6
Bekar	61	48,4
Algılanan Gelir Düzeyi		
İyi	78	61,9
Orta	44	34,9
Kötü	4	3,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	23	18,3
Çalışmıyor	103	81,7
	(ort±ss)	**(min-max)**
Yaş	71,2±4,2	65-83
Ailedeki birey sayısı	2,4±1,1	1-5

Çalışmaya katılan yaşlıların %62,7'si kadın; %51,6'sı ortaöğretim mezunu, %51,6'sı evli, %61,9'u ekonomik durumunu iyi algılamakta ve %81,7'si çalışmamaktadır. Yaş ortalamaları 71,2±4,2'dir ve ailedeki birey sayısı ise ortalama 2,4±1,1'dir (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Çalışmaya katılan yaşlıların bazı yaşam özellikleri (n=126).

Özellikler	Sayı	(%)
Yaşanılan evin özelliği		
Müstakil	7	5,6
Apartman dairesi	119	94,4
Bina içerisinde tuvalet bulunma durumu		
Evet	126	100,0
Hayır	0	0,00
Konut mülkiyeti		
Kendi evim	106	84,1
Çocuğumun evi	4	3,2
Kira	16	12,7
Maddi yardım alma durumu (herhangi bir kurum veya kişiden)		
Evet	5	4,0
Hayır	121	96,0

Yaşlıların bazı yaşam özellikleri incelendiğinde %94,4'ünün apartman dairesinde yaşadığı; tamamının evinde tuvalet bulunduğu; %84,1'inin kendi evinde yaşadığı ve %96,0'ının maddi yardım almadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.3. Çalışmaya katılan yaşlıların Sağlık-Hastalık özellikleri (n=126).

Özellikler	Sayı	(%)
Tanı almış hastalık varlığı		
Var	84	66,7
Yok	42	33,3
Tanı almış Hastalıklar *		
KOAH	19	15,1
Hipertansiyon	56	44,4
Diyabet	36	28,6
Kalp yetmezliği	41	32,5
Böbrek yetmezliği	13	10,3
Kanser	11	8,7
Koroner Arter Hastalığı	3	2,4
Astım	13	10,3
Psikiyatrik rahatsızlıklar	9	7,1
Diğer	5	4,0
Sürekli ilaç kullanımı		
Evet	90	71,4
Hayır	36	28,6
Sürekli Kullanılan ilaçlar (ilaçlar veri toplayan kişi tarafından değerlendirilmiştir)*		
Antihipertansifler	59	46,8
Diüretikler	41	32,5
Sedatifler ya da hipnotikler	2	1,6
Psikotropik ilaçlar	12	9,5
Solunum sistemi ilaçları	31	24,6
Narkotik analjezikler	11	8,7
Laksatifler	11	8,7
Antihistaminikler	4	3,2
Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları	73	57,9
Antibiyotikler	4	3,2
Diğer	7	5,6

Çizelge 3.1.3. (Devam). Çalışmaya katılan yaşlıların Sağlık-Hastalık özellikleri (n=126).

Özellikler	Sayı	(%)
Son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu		
Evet	62	49,2
Hayır	64	50,8
Baston, yürüteçya da tekerlekli sandalye kullanma durumu		
Evet	22	17,5
Hayır	104	82,5
İşitme cihazı vb. kullanma durumu		
Evet	12	9,5
Hayır	114	90,5
Gözlük vb. cihaz kullanma durumu		
Evet	87	69,0
Hayır	39	31,0
	(ort±ss)	**(min-max)**
Tanı almış Hastalık sayısı	2,4±1,4	1-9
Sürekli kullanılan İlaç sayısı	3,0±1,7	1-11

*****Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlıların %66,7'sinde hastalık tanısı bulunmakta (ortalama hastalık sayısı 2,4±1,4) ve %71,4'ü ilaç (ortalama ilaç sayısı 3,0±1,7) kullanmaktadır, Hipertansiyon en yaygın görülen hastalıkken (%44,4), antihipertansifler (%46,8) en sık kullanılan ilaçtır. Yaşlıların %49,2'sininson bir yıl içinde hastaneye yattığı, % 17,5'inin baston/yürüteç, %9,5'ininişitme cihazı ve % 69,0'ının gözlük kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.3).

Çizelge 3.1.4. Çalışmaya katılan yaşlıların Sağlık hizmetleri kullanım özellikleri (n=126).

Özellikler	Sayı	(%)
İlk tercih edilen sağlık kuruluşu		
ASM	6	4,8
Devlet hastanesi	70	55,6
Üniversite hastanesi	26	20,6
Özel hastane	24	19,0
ASM hekimini tanıma durumu		
Evet	109	86,5
Hayır	17	13,5
Aile sağlığı elemanını tanıma durumu		
Evet	82	65,1
Hayır	44	34,9
Ev ziyareti (ASM'den) alma durumu		
Evet	4	3,2
Hayır	122	96,8
ASM'ye ulaşım problemi yaşama durumu		
Evet	15	11,9
Hayır	111	88,1

Çizelge 3.1.4 (Devam). Çalışmaya katılan yaşlıların Sağlık hizmetleri kullanım özellikleri (n=126).

Özellikler	Sayı	(%)
ASM'yi kullanım amacı*		
Eğitim	5	4,0
Muayene olmak	112	88,9
Taramalara katılım	59	46,8
Evde sağlık hizmetinden faydalanma durumu		
Evet	4	3,2
Hayır	122	96,8
Evde sağlık hizmeti alma zamanı		
Son 3 ay	2	50
Son 6 ay	2	50
Son 12 ay	-	-
Evde sağlık hizmeti kullanım amacı (n:4)*		
Muayene	3	75,0
Tedavi	3	75,0
Bakım	4	100,0
İnvaziv işlemler (sonda, NG vb.)	2	50,0

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %55,6'sı Devlet hastanesini tercih etmekte, %86,5'i ASM hekimini, % 65,1'i aile sağlığı elemanını tanımakta, % 96,8'ine ASM tarafından ev ziyareti yapılmamakta, %11,9'u ASM'ye ulaşım problemi yaşamaktadır. ASM'yi kullanan yaşlıların %88,9'u ASM'yi muayene olmak için kullanmaktadır. Ayrıca yaşlıların %96,8'inin evde sağlık hizmeti kullanmadığı ve kullananların %50'sinin son üç ay içerisinde bu hizmeti kullanırken çoğunlukla bakım işlemleri için kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1.4).

Çizelge 3.1.5. WHOQOL-OLD Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi ölçeği Yaşlı Modülü'nün alt boyutlarının puan dağılımı (n=126).

Alt boyut	Ort. ±ss	Ortanca	Min-Maks.	Skewness	Kurtosis	KS	Cronbach alfa
Duyusal Fonksiyonlar	16,0±2,2	16,0	7-20	-0,208	-0,241	0,220	0,82
Özerklik	14,8±3,2	14,0	8-20	0,219	-1,012	0,157	0,94
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	14,4±3,1	14,0	4-15	0,354	-0,779	0,236	0,94
Sosyal Katılım	14,7±3,4	15,0	6-20	0,216	-0,371	0,163	0,95
Ölüm Ve Ölmek	15,9±2,7	16,0	6-20	-0,705	1,134	0,144	0,84
Yakınlık	14,5±3,1	13,0	7-20	0,486	-0,703	0,212	0,95
Toplam Ölçek Puanı	90,6±16,8	89,0	43-120	-0,031	-0,072	0,113	0,98

WHOQOL-OLD ölçeğinden yaşlıların "Duyusal fonksiyonlar" alt boyutu için ortalama 16,0±2,2; "Özerklik" için 14,8±3,2; "Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri" için 14,4±3,1; "Sosyal katılım" için 14,7±3,4; "Ölüm ve ölmek" için 15,9±2,7; "Yakınlık" için 14,5±3,1 ve ölçeğin toplam puanı için ortalama 90,6±16,8 puan aldığı görülmektedir. Puan dağılıma ilişkin normallik analizi Kolmogrov Siminor analizi ile yapılmıştır ve p değeri <0.001 bulunmuştur. Ancak skewness ve kurtosis değerlerine göre normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek çalışma grubu için cronbach alfa değerine göre bütün alt boyutlar ve toplam puan için yüksek güvenirliliğe sahiptir (Çizelge 3.1.5).

3.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesi ile İlişkilerine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.2.1. Yaşlıların WHOQOL-OLD Alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=126).

Özellikler	Duyusal Yeti (Ort±Ss)	Özerklik (Ort±Ss)	Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler(Ort±Ss)	Sosyal katılım (Ort±Ss)	Ölüm ve Ölmek (Ort±Ss)	Yakınlık (Ort±Ss)	Toplam puan (Ort±Ss)
Yaş							
65-74 yaş	16,2±2,2	15,4±3,2	15,1±3,1	15,3±3,3	16,4±2,7	15,2±3,1	93,8±16,7
75-84 yaş	15,2±2,1	12,5±2,2	12,1±1,6	12,4±2,3	14,1±2,1	12,0±1,2	78,5±10,6
t değeri	1,928	5,373	6,717	5,275	4,782	7,934	5,815
p değeri	0,056	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0.001
Cinsiyet							
Erkek	16,8±2,1	17,0±3,1	16,3±3,2	16,7±3,1	17,4±2,5	16,4±3,2	100,8±16,3
Kadın	15,5±2,1	13,5±2,6	13,4±2,5	13,5±2,9	15,0±2,5	13,3±2,4	84,5±13,9
t değeri	3,237	6,783	5,200	5,835	5,027	5,596	5,722
p değeri	0,02	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Eğitim düzeyi*							
İlköğretim	14,9±2,3	12,3±2,0	12,5±2,4	12,4±2,7	14,7±2,8	12,4±2,3	79,0±13,9
Ortaöğretim	15,3±1,8	13,4±2,1	13,0±1,9	13,4±2,5	14,2±2,2	13,1±1,7	83,3±10,7
Lisans ve üzeri	17,7±1,7	18,4±2,3	17,8±2,4	18,1±2,3	14,9±1,5	17,8±2,4	108,4±11,4
Test değeri	F=22,432	F=66,382	F=66,382	F=53,314	F=42,782	F=75,625	F=71,068
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Medeni Durum							
Evli	16,5±2,0	16,1±3,1	15,7±3,2	15,9±3,3	17,0±2,3	15,6±3,1	97,1±16,3
Bekar	15,4±2,2	13,4±2,7	13,1±2,4	13,4±2,9	14,8±2,7	13,3±2,6	83,6±14,4
t değeri	2,998	5,184	4,920	4,466	4,881	4,524	4,932
p değeri	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Algılanan Gelir Düzeyi							
Orta -Kötü	14,7±2,4	12,0±1,7	12,0±1,7	11,8±2,3	13,7±2,3	12,2±1,5	16,7±11,0
İyi	16,8±1,6	16,5±2,7	15,9±2,9	16,5±2,6	17,3±2,0	15,9±2,9	99,1±13,8
t değeri	-5,260	-10,951	-9,281	-10,05	-8,929	-9,248	-10,059
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Çizelge 3.2.1 (Devam). Yaşlıların WHOQOL-OLD Alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=126).

Özellikler	Duyusal Yeti (Ort±Ss)	Özerklik (Ort±Ss)	Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler(Ort±Ss)	Sosyal katılım (Ort±Ss)	Ölüm ve Ölmek (Ort±Ss)	Yakınlık (Ort±Ss)	Toplam puan (Ort±Ss)
Çalışma durumu							
Çalışıyor	17,8±2,0	18,0±1,7	18,0±2,0	18,1±1,9	18,7±0,9	18,0±1,9	108,9±9,9
Çalışmıyor	15,6±2,0	14,1±3,1	13,7±2,8	13,9±3,1	15,3±2,6	13,7±2,7	86,5±15,2
t değeri	4,740	8,374	6,841	8,173	10,458	8,764	8,771
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*****Farkı saptamak için kullanılan Post Hoc Dunnett T3 testine göre bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamasında farkın lisans ve üzeri gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Yaşlıların yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelenmiştir. 65-74 yaş grubunun yaşam kalitesinin duyusal yeti alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanda 75 yaş ve üstü gruba göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Duyusal yeti (fonksiyonlar) alt boyutu her iki yaş grubunda da benzerdir ($p>0,05$). Erkek yaşlıların ise yaşam kalitesi göstergeleri kadın yaşlılara göre yüksek olduğu; lisans ve üstü eğitim alan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puanda ortaokul ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Benzer şekilde evlilerin bekârlara; ekonomik durumunu iyi algılayanların orta-kötü algılayanlara ve çalışan yaşlıların çalışmayanlara göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puanı yüksektir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.2. Yaşlıların WHOQOL-OLD Alt boyut puan ortalamalarının bazı yaşam koşullarına göre dağılımı (n=126).

Özellikler	Duyusal Yeti (Ort±Ss)	Özerklik (Ort±Ss)	Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (Ort±Ss)	Sosyal katılım (Ort±Ss)	Ölüm ve Ölmek (Ort±Ss)	Yakınlık (Ort±Ss)	Toplam puan (Ort±Ss)
Konut mülkiyeti							
Kendi evi	16,0±1,5	14,6±3,0	14,2±2,8	14,6±3,0	15,9±2,2	14,2±2,7	89,8±14,2
Çocuğunun evi/Kira	15,8±4,4	15,8±4,2	15,6±4,5	15,4±4,9	16,0±4,7	15,7±4,2	94,4±26,7
t değeri	0,207	-1,495	-1,256	-0,675	-0,035	-1,462	-0,745
p değeri	0,838	0,137	0,222	0,507	0,956	0,158	0,465

Çizelge 3.2.2'de yaşlıların bazı yaşam koşullarına göre yaşam kalitesi düzeyi incelenmiştir. Yaşanılan evin özelliği, ev içerisinde tuvaleti bulunma ve maddi destek alma değişkenleri için gruplarda yeterli gözlem sayısı olmadığından karşılaştırma yapılmamıştır. Konut mülkiyetinde ise kendi evi ya da çocuğunun /başkasının evinde yaşama durumuna göre yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının değişmediği görülmektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.3. Yaşlıların WHOQOL-OLD Alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sağlık-hastalık özelliklerine göre dağılımı (n=126).

Özellikler	Duyusal Yeti (Ort±Ss)	Özerklik (Ort±Ss)	Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (Ort±Ss)	Sosyal katılım (Ort±Ss)	Ölüm ve Ölmek (Ort±Ss)	Yakınlık (Ort±Ss)	Toplam puan (Ort±Ss)
Tanı almış hastalık varlığı*							
Evet	15,2±2,0	13,2±2,4	12,8±2,1	13,1±2,7	14,6±2,3	12,9±2,1	82,1±12,3
Hayır	17,5±1,7	18,0±2,1	17,8±2,0	17,9±2,1	18,5±1,4	17,6±2,3	107,5±10,6
t değeri	-5,908	-10,687	-12,681	-10,141	-9,892	-10,791	-11,954
Sürekli ilaç kullanma*							
Evet	15,4±2,1	13,6±2,8	13,1±2,5	13,4±2,9	14,9±2,5	13,3±2,5	83,9±13,9
Hayır	17,5±1,7	17,9±2,1	17,8±1,9	17,9±2,0	18,5±1,4	17,5±2,2	107,3±10,5
t testi	-5,380	-8,338	-9,978	-8,272	-7,882	-8,798	-9,071
Son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu*							
Evet	14,9±2,3	12,7±2,2	12,6±2,1	12,5±2,6	14,3±2,4	12,6±1,9	79,9±12,3
Hayır	17,0±3,9	16,8±2,8	16,3±2,9	16,8±2,6	17,5±2,0	16,3±2,9	100,0±13,8
t testi	-5,763	-8,958	-8,052	-8,993	-8,114	-8,247	-8,994
Baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye kullanma durumu*							
Evet	13,3±2,9	11,0±1,5	11,1±1,6	10,5±2,8	12,5±2,8	11,7±1,8	70,3±12,2
Hayır	16,5±1,5	15,6±2,9	15,2±2,9	15,6±2,8	16,7±2,1	15,1±2.9	94,8±14,8
t testi	-4,949	-10,242	-8,933	-7,840	-7,837	-6,933	-7,466
İşitme cihazı vb. kullanma durumu*							
Evet	14,0±3,1	11,2±1,4	11,5±1,9	11,2±2,2	12,9±3,0	11,7±1,8	72,8±12,8
Hayır	16,2±2,0	15,2±3,1	14,7±3,1	15,1±3,3	16,2±2,5	14,8±3,0	92,4±16,11
t testi	-0,282	-7,834	-5,108	-5,350	-4,259	-5,023	-4,081
Gözlük vb. cihaz kullanma durumu							
Evet	15,8±2,4	14,8±3,5	14,5±3,3	14,6±3,6	15,8±3,0	14,5±3,2	90,2±18,1
Hayır	16,4±1,5	14,9±2,6	14,3±2,7	15,0±2,0	16,1±2,1	14,5±2,8	91,4±13,5
t testi	-1,567	-0,252	0,374	-0,681	-0,431	-0,035	-0,426
p değeri	0,120	0,802	0,709	0,498	0,668	0,972	0,671

***P<0,001**

Yaşlıların yaşam kalitesi puan değişimi bazı sağlık-hastalık özelliklerine göre incelendiğinde tanı almış hastalığı olan yaşlıların olmayanlara; sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara; son bir yıl içinde hastanede yatanların yatmayanlara; baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye kullananların kullanmayanlara ve işitme cihazı kullananların kullanmaya göre yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması daha düşüktür ($p<0,05$). Gözlük kullanan ve kullanmayan yaşlıların ise yaşam kalitesine ait puan ortalamaları benzerdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3).

Çizelge 3.2.4. Yaşlıların WHOQOL-OLD alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre dağılımı (n=126).

Özellikler	Duyusal Yeti (Ort±Ss)	Özerklik (Ort±Ss)	Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (Ort±Ss)	Sosyal katılım (Ort±Ss)	Ölüm ve Ölmek (Ort±Ss)	Yakınlık (Ort±Ss)	Toplam puan (Ort±Ss)
ASM hekimini tanıma durumu							
Evet	16,0±2,3	14,8±3,3	14,4±3,2	14,7±3,4	15,9±2,8	14,4±3,0	90,5±17,2
Hayır	15,7±1,2	14,7±2,9	14,5±2,8	14,6±2,9	16,2±2,2	14,7±3,2	90,7±14,2
t testi	0,512	0,193	-0,134	0,128	-0,518	-0,343	-0,042
p değeri	0,609	0,847	0,894	0,898	0,606	0,732	0,966
Aile sağlığı elemanını tanıma durumu							
Evet	15,8±2,5	14,6±3,4	14,1±3,2	14,4±3,5	15,6±2,9	14,2±3,0	88,9±17,5
Hayır	16,2±1,4	15,2±3,0	15,1±2,9	15,3±3,0	16,6±2,3	15,0±3,1	93,7±14,9
t testi	-0,915	-0,890	-1,739	-1,555	-1,998	-1,509	0,610
p değeri	0,362	0,375	0,085	0,123	0,059	0,134	0,124
ASM'ye ulaşım problemi yaşama durumu							
Evet	16,3±1,3	15,4±3,2	14,9±3,2	15,2±3,0	16,5±2,0	14,8±3,2	93,4±15,11
Hayır	15,9±2,3	14,7±3,2	14,4±3,1	14,6±3,4	15,8±2,8	14,4±3,0	90,2±17,0
t testi	0,570	0,776	0,571	0,629	0,837	0,454	0,685
p değeri	0,401	0,439	0,569	0,530	0,404	0,651	0,495

Yaşlıların bazı sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyi incelenmiştir. ASM hekimini ve hemşiresini tanıma ve ASM'ye ulaşım problemi yaşama durumuna göre yaşlıların yaşam kalitesinin alt boyut ve toplam puan yönünden benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4).

İlk tercih edilen sağlık kuruluşu, ASM tarafından ev ziyareti alma durumu ve evde sağlık hizmeti alma durumu değişkenleri için gruplarda yeterli gözlem sayısı olmadığından karşılaştırma yapılmamıştır.

4. TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda kronik hastalık ve depresyon varlığı, yardımcı cihaz kullanımı (Sönmez ve ark 2007), düşük gelir, sağlığı kötü olarak değerlendirme, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, düzenli egzersiz yapmama (Yılmaz ve Çağlayan 2016), konut özelliklerinin yetersizliği, düşük eğitim düzeyi, zayıf sosyal destek, kadın cinsiyet, ileri yaş ve bekar olma (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu 2016) gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Araştırmamızda kentsel alanda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin sosyodemografik özellikler, yaşam özellikleri, hastalık-sağlık özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre farklılık gösterip göstermeme durumu incelenmiştir. Çalışmamızda ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bekar olma, düşük ekonomik düzey, çalışmıyor olma, kronik hastalıklar, son bir yıl içinde hastaneye yatma ve baston/yürüteç kullanmanın yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Elde edilen veriler iki başlık altında tartışılmıştır.

1. Kentsel alanda yaşayan yaşlılardan elde edilen tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguların tartışılması
2. Kentsel alanda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyinin bağımsız değişkenlere göre dağılımının tartışılması

4.1. Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlılardan Elde Edilen Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçlarından yola çıkıldığında çalışma bölgemizdeki yaşlıların eğitim düzeylerinin yüksek, ekonomik durumlarının iyi ve yaş ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir (Bkz. Çizelge 3.1.1). Yaşlıların bazı yaşam özellikleri incelendiğinde çalışma grubunun yüksek sosyoekonomik özelliklere sahip olduğu söylenebilir (Bkz. Çizelge 3.1.2). Çalışmadan elde edilen bu demografik sonuçlar aslında çalışma için özellikle kentleşme özelliklerini tamamlamış ve yüksek eğitimli bireylerin yaşadığı bir bölgenin seçilmesinin sonucudur.

Yaşlıların sağlık-hastalık özellikleri incelendiğinde bulgularımıza göre grubumuzun kronik hastalık ortalaması birçok çalışmaya göre düşük bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.1.3) (Sönmez ve ark 2007, Aydın ve Karaoğlu 2012, Altay ve ark 2016). En fazla görülen hastalık hipertansiyon olduğundan antihipertansif kullanımı

oranı da yüksektir. Çalışma gurubumuzdaki yaşlıların neredeyse yarısı son bir yıl içinde hastaneye yatmıştır. Bu göstergeye dayanarak kentsel alanda bulunduklarından ötürü hastanelere ulaşım problemi yaşamadıklarını, sağlık algılarının yüksek ve ön planda olduğunu düşünebiliriz. Baston, yürüteç ve işitme cihazı kullanımının az olmasından ötürü bağımlılık düzeylerinin düşük olduğunu düşünmekte buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenmektedir.

Çalışmaya katılan yaşlıların yarısından fazlası ilk tercih olarak kamu hastanelerini seçmelerine rağmen; çoğunluğu ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanımaktadır (Bkz.Çizelge 3.1.4). Çalışma bölgesinin yakınında kamu hastanesinin bulunması ilk tercih edilen sağlık kuruluşunun kamu hastaneleri olmasını açıklamaktadır. ASM'ye ulaşım probleminin az olması, eğitim düzeylerinin yüksek olmasından dolayı (sağlık okur-yazarlığı, farkındalık vb) %46,8'inin taramalara katılım için ASM'yi kullanmaları da ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanıma sebepleri olabilir. Ayrıca taramalara katılım oranının azımsanamayacak kadar yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin göstergesidir.

4.2. Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımının Tartışılması

WHOQOL-OLD ölçeğinden yaşlıların "Duyusal fonksiyonlar" alt boyutu için ortalama 16,0±2,2; "Özerklik" için 14,8±3,2; "Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler" için 14,4±3,1; "Sosyal katılım" için 14,7±3,4; "Ölüm ve ölmek" için 15,9±2,7; "Yakınlık" için 14,5±3,1 ve ölçeğin toplam puanı için ortalama 90,6±16,8 puan aldığı görülmektedir (Bkz.Çizelge 3.1.5). Temel alanların puan ortalamaları değerlendirildiğinde; Duyusal Fonksiyonlar alanının en yüksek, Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler alanının ise en düşük ortalamaya sahip bölüm olduğu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde çalışmamızın yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanı; Altay ve arkadaşları (2016), Aydın ve Karaoğlu (2012), Eser ve arkadaşları (2010) ve Özyurt ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma sebep olarak; Eser ve arkadaşlarının kırsal alanda çalışması, Altay ve arkadaşları (2016), Aydın ve Karaoğlu (2012), Özyurt ve

arkadaşlarının (2007) çalışma gruplarının bizim grubumuza göre kronik hastalık oranlarının ve yaş ortalamalarının daha yüksek, eğitim ve algılanan gelir düzeylerinin daha düşük olması gösterilebilir.

Halvorsrud ve arkadaşları (2008) Norveç'te yaptıkları yaşlılarda yaşam kalitesi araştırmasında "Duyusal fonksiyonlar" (16,4±2,9), "Özerklik" (14,7±2,9), "Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler" (14,7±2,3), "Sosyal katılım" (15,1±2,5), "Ölüm ve ölmek" (14,4±3,5), "Yakınlık" (15,8±2,6) ve ölçeğin toplam puan ortalamasını (91,3±11,2) bulmuşlardır. Araştırmamızda benzer olarak en yüksek puan duyusal fonksiyon alt boyutuna ait iken, en düşük puan ortalamasını ölüm ve ölmek alt boyutu olarak bulmuşlardır. Bunun sebebi dini inançlar olabilir. İkinci olarak en düşük alt boyut geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler olarak bulunmuştur. Bu bulguyla araştırmamızdaki veriler uyuşmaktadır. Toplam ölçek puanı bizim araştırmamızdan yüksektir ancak aradaki puan farkı 0,7, standart sapma farkı ise 5,6'dır. Bu veriler ışığında araştırmamıza dahil olan yaşlıların yaşam kalitesi neredeyse Norveç'deki yaşlılar ile benzerdir.

Yaşlıların yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde 65-74 yaş grubunun yaşam kalitesinin duyusal yeti alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanda 75 yaş ve üstü gruba göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Duyusal yeti (fonksiyonlar) alt boyutu her iki yaş grubunda da benzerdir. Erkek yaşlıların ise yaşam kalitesi göstergeleri kadın yaşlılara göre yüksek olduğu; lisans ve üstü eğitim alan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puanda ortaokul ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek ortalama sahip olduğu görülmektedir. Benzer şekilde evlilerin bekarlara; ekonomik durumunu iyi algılayanların orta-kötü algılayanlara ve çalışan yaşlıların çalışmayanlara göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puanı yüksektir (Bkz.Çizelge 3.2.1). Bu bulgular ışığında ileri yaş yaşam kalitesini düşürürken, erkek olmak, eğitim düzeyinin yüksek olması, evli olmak, ekonomik durumun iyi olması ve çalışmak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Genç ve orta yaşlıların ''Duyusal Fonksiyonlar'' alanın benzer olmasının sebebi, yaşam kalitesini etkileyen diğer fonksiyonların destek mekanizma görevi görüyor olmasına bağlanabilir.

Arslantaş ve arkadaşları (2006), Altuğ ve arkadaşları (2009), Aslan (2009), Güven ve Şener (2010), Aydın ve Karaoğlu (2012), Aydınerboylu ve Paçacıoğlu

(2016) yaptığı çalışmalarda yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna ulaşmıştır. Bu veriler çalışmamızın sonucu destekler niteliktedir. İleri yaşta dışa bağımlılık, sosyal izolasyon, bilişsel ve içsel kapasitede azalma, fiziksel ve psikolojik deformasyonlar, gelir ve rol kaybı, komorbidite gibi durumlar ortaya çıkabileceğinden yaşam kalitesinin düşebileceği düşünülebilir.

Torlak ve Yavuz Çehre (2008), Koçoğlu ve Akın (2009), Vural ve arkadaşları (2010), Aydın ve Karaoğlu (2012), Bakar (2012) çalışmamıza paralel olarak erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Özar ve Yakut Çakar (2012) ve Aydınerboylu ve Öztop (2013) gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde kadınların bağımsız birey olarak görülmediği, eğitim ve iş hayatından izole edildiği, eşlerinden başka garantileri olmadığı sonuçlarından ötürü kadın olmanın yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmiştir. Gülmez (2013) kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden yüksek olduğunu ve Avcı ve Pala (2004), Ergen ve arkadaşları (2011) cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Buradaki farklılıkların bölgesel olarak orada yaşayan toplumun kadına verdiği değer, aile içi ilişkiler, yaş algılarına göre değişebileceği düşünülmektedir.

Aydın ve Karaoğlu (2012), Bakar (2012), Aydıner Boylu ve Öztop (2013), Bilgili ve Arpacı (2014) ve Ünalan ve arkadaşları (2015) yaşlılarda evli olanların bekarlara göre yaşam kalitesini daha yüksek bulmuşlardır. Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir. Evli bireylerin eşlerinden ötürü duygusal ve sosyal olarak desteklenmesi, yalnızlık algılarının azalması, eş kaybından ötürü anksiyete ve depresyonlarının bulunmaması gibi sebeplerin yaşam kalitelerini arttırdığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, çalışmamıza paralel olarak Torlak ve Yavuz Çehre (2008) eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmanın doğrultusunda; iyi eğitim almış insanların kişisel gelişim, çalışma koşulları ve sosyoekonomik durum bakımından daha avantajlı olduğu, bunun getirisi olarak da beslenme, sosyal olanaklar, sosyal güvence, devamlı gelir, konut mülkiyeti, psikolojik kaygının olmaması gibi sebeplerden ötürü yaşam kalitelerinin daha iyi olabileceği sonucuna varılmaktadır.

Ekonomik durum incelendiğinde ise; Torlak ve Yavuz çehre (2008), Koçoğlu ve Akın (2009), Demirkaya (2010) ekonomik durumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamız da bu araştırmaları destekler yönde olmasına rağmen Dato ve arkadaşları (2012) yaptığı çalışmada bu göstergenin bireylerin içsel kapasitesi ve yaşadığı ortam ile değişebileceğini belirtmiştir.

Aydın ve Karaoğlu (2012), Akgündüz (2013), Gülmez (2013) ve yaptığımız çalışmada, çalışanların çalışmayanlara göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat çalışan yaşlıların çalışmayanlara göre yaş ortalamalarının düşük olmasının da buna sebebiyet verebileceği düşünülmektedir.

Yaşlıların bazı yaşam koşullarına göre yaşam kalitesi düzeyi incelenmiştir. Yaşanılan evin özelliği, ev içerisinde tuvaleti bulunma ve maddi destek alma değişkenleri için gruplarda yeterli gözlem sayısı olmadığı için karşılaştırma yapılmamıştır. Konut mülkiyetinde ise kendi evi ya da çocuğunun /başkasının evinde (kira) yaşama durumuna göre yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının değişmediği görülmektedir (Bkz. Çizelge 3.2.2). Ancak Aydıner Boylu ve Terzioğlu (2008), Torlak ve Yavuz çehre (2008) konut mülkiyetinin yaşam kalitesini arttırdığını belirtmiştir. Çalışma grubumuz yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğundan Torlak ve Yavuzçehrenin (2008) bahsetmiş olduğu ‘’evsiz kalma korkusu’’na maruz kalmadığı ve sonuçlardaki farklılıkta payının olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların yaşam kalitesi puan değişimi bazı sağlık-hastalık özelliklerine göre incelendiğinde tanı almış hastalığı olan yaşlıların olmayanlara; sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara; son bir yıl içinde hastanede yatanların yatmayanlara; baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye kullananların kullanmayanlara ve işitme cihazı kullananların kullanmaya göre yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması daha düşüktür. Gözlük kullanan ve kullanmayan yaşlıların ise yaşam kalitesine ait puan ortalamaları benzerdir (Bkz. Çizelge 3.2.3).

Aydın ve Karaoğlu (2012), Bilgili ve Arpacı (2014), Ünalan ve arkadaşları (2015) çalışmamıza benzer olarak kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini düşürdüğünü bulurken, Sönmez ve arkadaşları (2007) ve Altay ve arkadaşları (2016) etkilemediğini bulmuşlardır. Kronik hastalığa sahip yaşlıların yaş ortalamaları hasta olmayan yaşlılara göre daha yüksek olmasından ötürü yaşam kalitesi ölçek puanları

düşük çıkmış olabilir. Aydın ve Karaoğlu (2012),Bilgili ve Arpacı (2014), Ünalan ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında ise kronik hastalıkların içsel kapasite, ekonomik ve sosyal olanakları negatif yönde etkilerken, bağımlılık ve hastaneye yatma oranını arttırmasından dolayı yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde sürekli ilaç kullanan yaşlıların birçoğunun kronik hastalıklarla mücadele ettikleri göz önünde bulundurulduğunda yaşam kalitelerinin kullanmayanlara göre daha düşük olması da beklenen bir sonuç olmaktadır.

Baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye ve işitme cihazı kullananların kullanmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük; gözlük kullanan ve kullanmayan yaşlıların puan ortalamaları ise benzer bulunmuştur. Tarsuslu Şimşek ve arkadaşları (2011) ve Kankaya ve Karadakovan (2017) çalışmamıza paralel olarak yardımcı cihaz kullanımının bağımsızlık düzeyini ve yaşam doyumunu azalttığından ötürü yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmiştir. Gözlük kullananların dışa bağımlılığı ileri derecede artmadığından, gözlük kullanmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının benzer bulunduğu söylenebilir.

Yaşlıların bazı sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde; ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanıyanlarla tanımayanlar; ASM'ye ulaşım problemi yaşayan ve yaşamayan yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili alt boyut ve toplam puan yönünden benzer olduğu görülmektedir. İlk tercih edilen sağlık kuruluşu, ASM tarafından ev ziyareti alma durumu ve evde sağlık hizmeti alma durumu değişkenleri için gruplarda yeterli gözlem sayısı olmadığından karşılaştırma yapılmamıştır (Bkz.Çizelge 3.2.4). İlk tercih edilen sağlık kuruluşu olarak sürekli kamu hastanelerini kullanan bazı yaşlılar ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanımamaktadırlar. Bundan ötürü ASM hekimini ve aile sağlığı elemanını tanıyan ve tanımayan yaşlıların yaşam kalitesinin benzer olduğu düşünülmektedir. ASM'ye ulaşım problemi yaşayan az sayıdaki yaşlının; yaşadıkları bölgeye yakın bir kamu hastanesinin bulunması ve sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olmasından ötürü kamu, özel hastane ve evde bakım hizmetlerinden rahatlıkla faydalanabildiği varsayılmakta bundan dolayı da ASM'ye ulaşım problemi yaşamayan yaşlılarla yaşam kalitelerinin benzer olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın bulguları kentsel alanda yaşayan sosyoekonomik düzeyi yüksek yaşlılara aittir. Bundan ötürü diğer gruplara (sosyoekonomik durumu orta-düşük ve kırsal alanda yaşayan yaşlılara) genellenemez.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırma sorularına göre elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Yaşlıların büyük çoğunluğu ilk başvuru olarak kamu hastanelerini tercih ettiğini söylemiştir.
- Yaşlıların yarısından fazlasının ASM hekimi/aile sağlığı elemanını tanıdığı ve yüksek oranının ev ziyareti hizmetinden faydalanmadığı, sırasıyla ASM'yi muayene olma, taramalara katılım ve eğitim amacıyla kullandığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Temel alanların puan ortalamaları değerlendirildiğinde Duyusal Fonksiyonlar alanının en yüksek; Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait aktiviteler alanının ise en düşük ortalamaya sahip olan bölüm olduğu bulunmuştur.
- İleri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bekar olma, kötü ekonomik düzey ve çalışmıyor olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.
- Konut mülkiyetinin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı bulunmuştur.
- Tanı almış hastalık varlığı, ilaç kullanımı, son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu, baston/yürüteç ve işitme cihazı kullanımının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.
- Gözlük kullanımının yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.
- ASM hekimini ve aile sağlığı elamanının tanıyıp tanımamanın yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.
- ASM'ye ulaşım problemi yaşayan ve yaşamayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyleri benzer bulunmuştur.

5.2. Öneriler

- Yaş yaşam kalitesiyle ters orantılı olduğundan; genç yaşlıların, orta ve ileri yaşlılığa hazırlanması (psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden),
- Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının hızla artacağı düşünüldüğünde; genel nüfusun eğitim seviyesini arttırmak, kronik hastalıklarla mücadele etmek,

genç yaşlılar için çalışma şartlarını düzenlemek için gerekli önlemlerin alınması,

- Yaşlıların maddi olanaklarının iyileştirilmesi için çalışmalar yapılması (emekli aylıklarının, ek göstergelerinin ve ikramiyelerinin arttırılması),
- Belediyelerin "yaşlı dostu" şehir planlamaları yapması, özellikle dışa bağımlı (yardımcı araç kullanan) yaşlıların rahat ulaşımının sağlanması ve diğer yaşlılar için kısıtlılıklar kaldırılarak aktivitelerinin kolaylaştırılması (Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait aktiviteler),
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili geniş kapsamlı araştırma yapılması ve bu hizmetlerin risk gurubu yaşlıların daha etkin kullanımına yönelik düzenlenmesi,
- ASM'ye başvuruların sağlığı geliştirmeye yönelik olması için hizmetlerin yeniden düzenlenmesi,
- Koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak ve bireylerin ilk başvuru yerlerinin ASM olması konusunda çalışma yapmak,
- Özellikle risk grubu olan ileri yaştaki eğitim düzeyi düşük ve kronik hastalığa sahip olan kadın yaşlılar odak noktası olarak belirlenmeli, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından kronik hastalıklarla baş etme yöntemleri için eğitim verilmeli, yaşam kaliteleri izlenmeli ve araştırmacılar tarafından sosyoekonomik olarak riskli bölgelerdeki yaşlıların yaşam kaliteleri incelenmelidir,
- Her bireye eşit, yerinde sağlıklı yaşam hakkının sunulması ile yaşam kalitesinin yükseltilebileceği düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

Akgül A, 2003. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri ‘’SPSS uygulamaları’’, ikinci baskı, Ankara, Emek Ofset ltd, s. 53-54.

Akgündüz Y, 2013. Konaklama işletmelerinde iş doyumu, yaşam doyumu ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin analizi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11, 180-204.

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A, 2016. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 15, 181-189.

Altıparmak S, 2009. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 23, 159-64.

Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U, 2009. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, 48-60.

Anonymous, (2007). Global age-friendly cities: a guide, ageing and life course. Family and Community Health, 20, 50-51.

Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, 2015. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. JAMA Intern Med, 175, 959–967.

Arpacı F, Gürbüz S, 2012. Yaşlı bireylerin yaşadıkları şehre göre yaşam kalitesi değerlendirmeleri. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 47, 47-64.

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

Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C, 2006. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 28, 81-9.

Aslan D, 2009. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı. Erişim tarihi, 21 Aralık 2018. Erişim adresi, http://www.huzurevleri.org.tr/docs/Yaslilik_ Doneminde_Yasam_ Kalitesi_Kavrami.pdf.

Avcı K, Pala K, 2004. Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30, 81-85.

Aydemir Ö, 2014. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinikte kullanımı. Türk Nöroloji Dergisi, 20, 5-9.

Aydın S, Karaoğlu L, 2012. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics, 15, 424-433.

Aydıner Boylu A, Öztop H, 2013. Tek ebeveynli aileler: Sorunlar ve çözüm önerileri. Sosyo Ekonomi Dergisi, 1, 207-220.

Aydıner Boylu A, Paçacıoğlu B, 2016. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 8, 137-150.

Aydıner Boylu A, Terzioğlu R, 2008. Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı subjektif göstergelerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26, 1-2.

Bilgili N, Arpacı F, 2014. Türkiyede yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesi. Gerontoloji ve Geriatri Arşivi, 59, 415-421.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNPFA), 2017. Dünya nüfusunun durumu. Erişim tarihi, 10 Mart 2018. Erişim adresi, http://www.bmdergi.org/tr/unfpa-dunya-nufusunun-durumu-raporu-2017/

Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E, 2015. Yaşlı yetişkinlerde sağlık, işlevsellik ve sakatlık - şimdiki durum ve gelecek sonuçları. Lancet, 385, 563-575.

Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G, 2012. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. Age (Dordr). 34, 571–582.

Demir Akça AS, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Güdül S, Özen Barut B, Şenormancı Ö, Büyükuysal MÇ, Atik L, Atasoy HT, 2014. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 51, 267-274.

Demirkaya Y, 2010. Çekmeköy' ün sosyo-ekonomik yapısı ve kentsel yaşam kalitesi, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını, 100-115.

Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B, 2001. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2, 79-86.

DSÖ, 2015. Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu. Erişim tarihi, 1 Nisan 2018, Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf

DSÖ, 2015a. Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu, Bölüm 3, Yaşlılıkta sağlık. Erişim tarihi, 1 Nisan 2018, Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/186463/9789240 694811_eng.pdf

DSÖ, 2015b. Yaşlanma ve sağlık üzerine dünya raporu, Bölüm 1, Yıllara sağlık eklemek. . Erişim tarihi, 1 Nisan 2018, Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/978924 0694811_eng.pdf

DSÖ, 2015c. Yaşlanma ve sağlık üzerine dünya raporu, Bölüm 2, sağlıklı yaşlanma. . Erişim tarihi, 1 Nisan 2018, Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/97892 40694 811_eng.pdf

DSÖ, 1946. DSÖ Anayasası. Erişim tarihi, 01.05.2018. Erişim adresi, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf

DSÖ, 2014. World Health Organization Ageing and Life Course. Erişim tarihi, 13 Nisan 2018, Erişim adresi, from:http://www.who.int/ageing/en/.

DSÖ, 2014a. Dünya Sağlık İstatistikleri - Yaşam Beklentisindeki Büyük Kazançlar. Erişim tarihi 12 Nisan 2018, Erişim adresi, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2014. Dünya Sağlık İstatistikleri - Yaşam Beklentisindeki Büyük Kazançlar. Erişim tarihi 12 Nisan 2018, Erişim adresi, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/

Eklund K, Wilhelmson K, 2009. The results of coordinated and integrated interventions targeting vulnerable elderly: a systematic compilation of randomizable studies. Health Soc Care Community, 17: 447-58.

Erci B, Yılmaz D, Budak F, 2017. Yaşlı bireylerde öz bakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8, 72–76.

Ergen A, Tanrıverdi O, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D, 2011. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. Haseki Tıp Bülteni, 49, 14-19.

Ergin E, 2017. Hemşirelin yaptığı ev ziyaretlerinin yaşlıların fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerine etkisi: meta analiz çalışması. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Eser E 2006. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi, 1, 1-5.

Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C, 2010. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi, 21, 37-48.

Gülmez H, 2013. Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 7, 74-82.

Güven S, Şener A, 2010. Factors affecting life satisfaction in old age. Turkish Journal of Geriatrics, 14, 179-186.

Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A, 2008. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD Module. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22, 292-305

Harvey D, 2006. Postmodernliğin durumu, dördüncü baskı, İstanbul, metis yayınları, s. 87

Human Mortality Database, 2018. Erişim tarihi, 8 Nisan 2018, Erişim adresi, http://www.mortality.org

İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, Kalyoncuoğlu H, Sarı P, 2016. Huzur evinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6, 56-65.

Kalınkara V, 2017. Yaşlanan kentler: kentsel alanda aktif yaşlanmayı destekleyecek kapsayıcı tasarım ve ergonomi.Toplum ve Demokrasi Dergisi, 11, 24-229.

Kalınkara V, Kalaycı I, 2017. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10, 19-39.

Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J, 2012. The association between geriatric syndromes and survival. J Am Geriatr Soc, 60, 896–904.

Kankaya H, Karadakovan A, 2017. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6, 21-29.

Keating N, Eales J, Phillips JE, 2013. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. Can J Aging, 32, 319–32.

Keskinoğlu P, 2012. Yaşlılık ve yeti yitimi, İn: yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler, Ed: Aslan D, Ertem M,1. Baskı, Ankara, Palme yayıncılık, s. 75-79.

Kılınç AS, Çatak B, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Dikme Ö, Aydın O, Teker A, Atay E, 2012. Acil servise başvuran yaşlıların başvuru nedenlerinin ve sonuçlarının değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 19, 139-143.

Koçoğlu D, Akın B, 2009. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 145-154.

Köse N, Erkan NÇ, 2014. Kentsel mekân örgütlenmesinin yaşlıların kentsel etkinlikleri üzerindeki etkisi, İstanbul ve Viyana örneği. ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi, 31, 39-66.

Kshetrimayum N, Reddy CV, Siddhana S, Manjunath M, Rudraswamy S, Sulavai S 2013. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. Gerodontology. Jun;30(2):119–25.

Leon DA, 2011. Avrupalı yaşam beklentisindeki eğilimler: bir bakıma. Int J Epidemiol, 40, 271-277.

Marek KD, Stetzer F, Adams SJ, Popejoy LL, Rantz M, 2012. Aging in place versus nursing home care: comparison of costs to Medicare and Medicaid. Res Gerontol Nurs, 5, 123–129.

Öğüt S, Öğüt Düzen K,Polat M, 2017. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yerinde yaşlanma konusundaki duygu ve düşünceleri. MCBU-SBED, 4, 522-526.

Özar Ş,Yakut Çakar B, 2012. Aile, devlet ve piyasa kıskacında boşanmış kadınlar. Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar Dergisi, 16, 1-12.

Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir S, Karaca İ, Karakoç Ö, 2007. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 10, 117-23.

Parlak Demir Y, 2017. Kendi evinde yaşayan ve huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16, 19-27.

Paterson DH, Warburton DE, 2010. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act, 7, 38.

Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB, 2014. Relocationremembered: perspectives on seniortransitions in thelivingenvironment. Gerontologist, 54, 75–81.

Pınar R, Sert H, 2009. Türkiye'nin ulusal yaşlı bakım politikası nasıl olmalıdır?. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 46-8.

Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Şener M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA, 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, 145-153.

Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M, 2013. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. Ageing Res Rev, 12, 329–38.

Tarsuslu Şimşek G, Tütün Yumin E, Öztürk A, Sertel M, Yumin M, 2011. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerde ağrı ile sağlık durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki ilişki. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi, 57, 216-220.

Telatar TG, Özcebe H 2004. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7, 162–65.

Torlak SE, Yavuz çehre PS, 2008. Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler, 17, 23-44.

Tuğut N, Bekar M, 2008. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11, 3.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2012. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması. Erişim tarihi, 5 Nisan 2018, Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13594

Türkiye istatistik kurumu (TÜİK), 2016. Aile yapısı araştırması. Erişim tarihi, 30 nisan 2018, Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017. İstatistiklerle yaşlılar. Erişim tarihi, 30 nisan 2018, Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018. Haber bülteni, hayat tabloları. Erişim tarihi, 1 mayıs 2019, Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27591

Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D, 2017. Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. JAREM, 7, 117-21.

Ünalan D, Göçer S, Baştürk M, Baydur H, Öztürk A, 2015. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. European Geriatric Medicine, 6, 319–324.

Vural Ö, Eler S, Atalay Güzel N, 2010. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8, 69-75.

Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, 2014. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. BMC Med, 12, 188.

Yılmaz E, 2017. Huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi ve demografik değişkenlerle ilişkisi. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 1, 18-42.

Yılmaz F, Çağlayan S, 2016. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 4, 129-140.

7. EKLER

EK A: Anket Formu

KENTSEL ALANDA YAŞAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

Bu çalışma, Yüksek lisans tez çalışması için kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmadır. Çalışmanın amacı, Kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi ve bağlantılı faktörlerle ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelinde olacaktır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Veli Fehmi YAYMACI

Anket no:

ANKET FORMU

Sosyodemografik özellikler:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet:
    1. Erkek
    2. Kadın
3. Eğitim durumu:
    1. Okuryazar değil
    2. Okuryazar
    3. İlköğretim
    4. Ortaöğretim
    5. Lisans
    6. Lisans üstü
4. Medeni durum:
    1. Evli
    2. Bekar
5. Ailedeki birey sayısı:……..
6. Sizce ekonomik durumunuz nasıldır?
    1. Kötü
    2. Orta
    3. İyi
7. Çalışma durumu:
    1. Çalışıyor

2. Çalışmıyor

Yaşam özellikleri:

8. Yaşanılan evin özelliği:
    1. Müstakil
    2. Apartman dairesi
9. Yaşadığınız evde salon dahil kaç oda var? (Mutfak, banyo ve tuvalet hariç)…….
10. Yaşadığınız evin tuvaleti bina içerisinde mi?
    1. Evet
    2. Hayır
11. Nerede yaşıyorsunuz?
    1. Kendi evim
    2. Çocuğumun evi
    3. Diğer (Kira)
12. Herhangi bir kurum ya da kişiden maddi yardım alıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır

Sağlık-Hastalık özellikleri:

13. Hekim tarafından tanılanmış hastalığınız var mı?
    1. Evet
    2. Hayır
14. Varsa hangi hastalıklar:
    1. KOAH
    2. Hipertansiyon
    3. Diyabet
    4. Kalp yetmezliği
    5. Böbrek yetmezliği
    6. Kanser
    7. Koroner Arter Hastalığı
    8. Astım
    9. Psikiyatrik rahatsızlıklar
    10. Diğer……
15. Kaç tane hastalığa sahipsiniz?.....
16. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
    1. Evet
    2. Hayır
17. Varsa hangi ilaçlar:
    1. Antihipertansifler (Alfa adrenerjik reseptör blokörü olanlar)
    2. Diüretikler
    3. Sedatifler yada hipnotikler
    4. Psikotropik ilaçlar (trankilizan, antidepresan, antipsikotik)

5. Solunum sistemine yönelik ilaçlar
6. Narkotik analjezikler
7. Laksatifler
8. Antihistaminikler
9. Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları
10. Antibiyotikler
11. Diğer…..

18. Kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?.....
19. Son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı?
    1. Evet
    2. Hayır
20. Düzenli olarak baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye kullanıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
21. Düzenli olarak işitme cihazı vb kullanıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
22. Düzenli olarak gözlük vb cihaz kullanıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır

Sağlık hizmetleri kullanım özellikleri:

23. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda ilk tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu hangisidir?
    1. ASM
    2. Devlet hastanesi
    3. Üniversite hastanesi
    4. Özel hastane
24. Kayıtlı olduğunuz ASM'de görevli hekiminizi tanıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
25. Kayıtlı olduğunuz ASM'de görevli aile sağlığı elemanını tanıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
26. ASM tarafından ev ziyareti hizmeti aldınız mı?
    1. Evet
    2. Hayır
27. Aldıysanız en son ne zaman aldınız?
    1. 1-3 ay
    2. 3-6 ay
    3. 6-12 ay
28. ASM ye ulaşımda problemi yaşıyor musunuz?
    1. Evet

2. Hayır

29. ASM'yi hangi amaçla kullanıyorsunuz?
    1. Muayene olmak
    2. Taramalara katılım
    3. Eğitim almak
    4. Diğer……

30. Evde bakım hizmetinden hiç faydalandınız mı?
    1. Evet
    2. Hayır

31. Evde bakım hizmetinden en son ne zaman faydalandınız?
    1. 1-3 ay
    2. 3-6 ay
    3. 6-12 ay

32. Evde bakım hizmetini kullanma amacınız nedir?
    1. Muayene
    2. Tedavi
    3. Bakım
    4. İnvaziv işlemler (sonda, NG vb.)
    5. Diğer

EK B: Ölçek Formu

WHOQOL-OLD

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YAŞLI MODÜLÜ

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.

ÖLÇEK NO:

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8-(F 29.) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Tamamen
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Tamamen
1	2	3	4	5

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

Hiç	Çok Az	Orta derecede	Çok ça	Tamamen
1	2	3	4	5

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

Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Tamamen 5
14-(F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?				
Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Tamamen 5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

15-(F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
16-(F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
17-(F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
18-(F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
19-(F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değilim 1	Çok az hoşnutum 2	Ne hoşnutum, ne de değilim 3	Epeyce hoşnutum 4	Çok hoşnutum 5
20-(F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?				
Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5

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

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

Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Aşırı derecede 5
22-(F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?				
Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Aşırı derecede 5
23-(F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?				
Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Aşırı derecede 5
24-(F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?				
Hiç 1	Çok Az 2	Orta derecede 3	Çok ça 4	Aşırı derecede 5

EK D: Yazılı Kurum İzni (Devam)

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK HİZMETLERİ İZLEME DEĞERLENDİRME VE DENETİMİ BİRİMİ
24/10/2018 15:30 - 94723667 - 806.01.03 - E.6204
00079341282

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz.Dr. Tarık ACAR
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi
Cihaz Hizmetleri Başkanı

O L U R
.../.../2018

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Sağlık Hizmetleri, İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi Kazım Karabekir Cad. No:14 Selçuklu/KONYA
Faks No:03323517268
e-Posta:nuriye.cavdar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr
Bilgi için:Nuriye ÇAVDAR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:(0332)3104361

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 8bd2cd56-c2b7-4ac9-8da6-d91360d7cff2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK D: Yazılı Kurum İzni (Devam)

BİLİMSEL ARAŞTIRMA, TEZ, ANKET VB. KOMİSYON KARAR LİSTESİ 22.10.2018

KARAR NO	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Cahit YAVUZ	Türkiyede yaşayan sığınmacılarda görülen dermatolojik hastalıkların değerlendirilmesi ; retrospektif çok merkezli çalışma	SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Rabia Nur ATA	Bruksizm Kaynaklı Reedüksiyonlu Disk Deplasmanı Olan Hastalarda Fizyoterapi Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi	Beyhekim Ağız ve Diş Merkezi.
3	Selda ÜSSARILAR	Menapoz sonrası dönemdeki kadınların şiddetli aralıklı antrenmanların hormonal değişim ve kemik döngüsü belirteçlerine etkisi	Akşehir Devlet Hastanesi-Yunak Hacı İzzet Baysal Devlet Hastanesi
4	Seda KARAKAYA ERGÜN	Bakım Vericilerin Sağlık Okur Yazarlığı ve İlişkili Faktörler	Akşehir Devlet Hastanesi
5	Nadire Seval GÜNDEM	Bir kadın doğum ve çocuk hastanesine başvuran hastalardaABO VE Rh kan grupların dağılımı	DR. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
6	Naciye Esra KOYUNCU	Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki	Konya E.A.H
7	Gülsüm GÜRSOY	Ani işitme kaybı yaşayan hastalarda hiperbarik oksijen tedavisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	Konya E.A.H
8	Sümeyra TEMURTAŞ	Meme kanserli hastaların cepten sağlık ödeme maliyetlerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma	Konya il sağlık kurum ve kuruluşları
9	Veli Fehmi YAYMACI	Kentsel alanda yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi	Meram 10 nolu A.S.M

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden [redacted] kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8. ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Konya'da tamamladı. 2009 yılında Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nu kazandı ve 2013 yılında mezun oldu. Temmuz 2013 yılında Selçuk Üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2014 yılında Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma hastanesine hemşire olarak atandı. 2015 yılında Konya Numune hastanesinde görev yapmaya başladı ve halen çalışmaya devam etmektedir. 2018 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Tezsiz Yüksek Lisans Programı'ndan mezun oldu. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazandı.