



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HUZUREVİNDE VE EV ORTAMINDA YAŞAYAN YAŞLILARDA
YAŞAM KALİTESİ**

**DR. ERDAL BEKTAŞ
(UZMANLIK TEZİ)**

**BURSA
2008**



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HUZUREVİNDE VE EV ORTAMINDA YAŞAYAN YAŞLILARDA
YAŞAM KALİTESİ**

**DR. ERDAL BEKTAŞ
(UZMANLIK TEZİ)**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. HAKAN ÖZDEMİR**

BURSA

2008

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	II
SUMMARY.....	IV
GİRİŞ.....	1
Genel Bilgiler.....	1
Yaşlılık.....	5
Türkiye’de Huzurevlerinin Tarihçesi ve Güncel Durum....	7
Yaşam Kalitesi.....	10
Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	12
Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi.....	13
Yaşam Kalitesi Ölçümü ve Ölçekler.....	16
Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	20
AMAÇ.....	21
GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA.....	46
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	73
TEŞEKKÜR.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87

ÖZET

Bu araştırma Bursa'da huzurevinde ve ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstündeki toplam 400 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden huzurevinde yaşayan 200 kişi çalışma grubu olarak, ev ortamında yaşayan 200 kişi kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışmanın amacı; huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve 6 alandan oluşan WHOQOL-OLD Ölçeği Türkçe Sürümünü kullanarak karşılaştırmaktır. Çalışmaya katılan bireylere SMMT, SMMT-E uygulanmış ve mini mental test sonuçları 24 ve üzeri olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylere sosyodemografik veri formu ve WHOQOL-OLD-TR ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veriler SPSS 13,0 programında çift örneklem t testi, Mann-Whitney-U testi ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Çalışma grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 71.15 ± 5.45 idi. 119 (%59,5) kişi erkek, 81 (% 40,5) kişi kadın, 10 (%5) kişi evli, 144 (%72) kişi çocuk sahibi, 39 (%19,5) kişi ortaokul ve üzerinde eğitim almış, 70 (%35) kişi emekli, 71 (%35,5) kişinin sosyal güvencesi yoktu, 146 (%73) kişinin en az bir kronik hastalığı vardı, 47 (%23,5) kişinin sigara veya alkol kullanma alışkanlığı vardı ve 32 (%16) kişi günlük işlerini yaparken başkalarından yardım alıyordu. Çalışma grubunun WHOQOL-OLD alanları ortalama değerleri; "duyusal yetiler" $9,6 \pm 3,6$, "özerklik" $10,9 \pm 2,6$, "Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri" $10,2 \pm 2,5$, "sosyal katılım" $9,6 \pm 2,1$, "ölüm ve ölmek" $10,4 \pm 1,9$ ve "yakınlık" $9,9 \pm 2,2$ idi.

Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $70,8 \pm 4,88$ idi. 119 (%59,5) kişi erkek, 81 (% 40,5) kişi kadın, 178 (%89) kişi evli, 187 (%98,5) kişi çocuk sahibi, 35 (%17,5) kişi ortaokul ve üzerinde eğitim almış, 64 (%32) kişi emekli, 48 (%24) kişinin sosyal güvencesi yoktu, 148 (%74) kişinin en az bir kronik hastalığı vardı, 75 (%37,5) kişinin sigara veya alkol kullanma

alışkanlığı vardı ve 20 (%10) kişi günlük işlerini yaparken başkalarından yardım alıyordu. Kontrol grubunun WHOQOL-OLD alanları ortalama değerleri; “duyusal yetiler” $9,8\pm3,1$, “özerklik” $14,2\pm2,3$, “Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri” $13,5\pm2,7$, “sosyal katılım” $12,1\pm2,8$, “ölüm ve ölmek” $13,1\pm2,4$ ve “yakınlık” $13,8\pm2,3$ idi.

Huzurevinde yaşayan çalışma grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması $10,1\pm2,3$ ev ortamında yaşayan kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması $12,7\pm2,6$ olup huzur evinde yaşayan grubun yaşam kalitesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. (P=0,000)

SUMMARY

Quality of Life in Elderly Living at Rest Home and Home Environment

This research was carried out on a total of 400 aged 65 or more living at rest room and home environment in Bursa. Of the individuals participating in the study, 200 living at rest home were identified as study group, and 200 living at home environment as control group. The aim of the study was to compare quality of life in elderly living at rest home and home environment using the Turkish Version of WHOQOL-OLD Scale that was developed by World Health Organization and composed of six domains. SMMT and SMMT-E were applied to the individual participating in the study, and the individuals, whose mini mental test results were 24 or more, were included in the study. Also, socio-demographic data form and WHOQOL-OLD-TR scale were applied to the individuals participating in the study with face-to-face interview technique. Data were analyzed with two-sample t test, Mann-Whitney-U test, and chi-square test in SPSS program.

Mean age of the participants in the study group was 71.15 ± 5.45 years. One hundred nineteen (59.5%) were men, 81 (40.5%) were women, 10 (5%) were married, 144 (72%) had children, 39 (19.5%) had an education at secondary high school level or more, 70 (35%) were retired, 71 (35.5%) had no social security, 146 (73%) had at least one chronic disease, 47 (23.5%) had smoking or drinking habit, and 32 (8%) were getting help from others while performing daily activities. The mean values of the WHOQOL-OLD domain structures of the study group were as follows: "Sensory-Abilities" 9.6 ± 3.6 ; "Autonomy" 10.9 ± 2.6 ; "Past-Present-and-Future-Activities" 10.2 ± 2.5 ; "Social-Participation" 9.6 ± 2.1 ; "Death-and-Dying" 10.4 ± 1.9 ; and "Intimacy" 9.9 ± 2.2 .

Mean age of the participants in the control group was 70.8 ± 4.88 years. One hundred nineteen (59.5%) were men, 81 (40.5%) were women, 178

(89%) were married, 187 (98.5%) had children, 35 (17.5%) had an education at secondary high school level or more, 64 (32%) were retired, 48 (24%) had no social security, 148 (74%) had at least one chronic disease, 75 (37.5%) had smoking or drinking habit, and 20 (10%) were getting help from others while performing daily activities. The mean values of the WHOQOL-OLD domain structures of the control group were as follows: "Sensory-Abilities" $9,8 \pm 3,1$; "Autonomy" $14,2 \pm 2,3$; "Past-Present-and-Future-Activities" $13,5 \pm 2,7$; "Social-Participation" $12,1 \pm 2,8$; "Death-and-Dying" $13,1 \pm 2,4$; and "Intimacy" $13,8 \pm 2,3$.

Mean quality of life score of the study group living at rest home was $10,1 \pm 2,3$, mean quality of life score of the control group living at home environment was $12,7 \pm 2,6$, and mean quality of life score of the group living at rest home was found statistically significantly low ($P=0,000$).

GİRİŞ

Genel Bilgiler

İçinde yaşadığımız asırda hızla gelişen, ilerleyen ve büyüyen teknoloji tıp alanında da üzerine düşeni yapmış ve ortalama insan ömrünün uzamasına katkıda bulunmuştur. Böylece dünyada yaşlı insan popülasyonu artmaya başlamış ve bu durum beraberinde bir takım düşünce ve beklentileri de ortaya çıkarmıştır. Özellikle 20. yüzyıl ortalarından sonra bilgi toplumu oluşmaya başlaması ile birlikte insanların birey olma bilinci ortaya çıkmış ve her birey hayattan beklentilerini bilinçli olarak gözden geçirmeye başlamıştır. İşte bu hayattan beklentiler düşüncesi zaman içerisinde olgunlaşmış bilim adamlarının katkılarıyla “yaşam kalitesi” kavramını ortaya çıkarmıştır. İnsanlar artık uzun yaşama isteği yanında yaşam kalitesini artırma ve doyurucu bir yaşam arayışı içine girmişlerdir.

Tarih içinde bilim adamları sağlık alanında insanların hastalıklarını tedavi etmenin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini her geçen gün daha iyi hissetmiş ve zaman içinde daha sağlıklı, mutlu ve uzun yaşamanın sırlarını araştırmaya başlamışlardır. Bilim adamları gözlemleri ve deneyimleri sonucu insan sağlığını korumada da sadece insanın kendi sağlığını kontrol altına almanın eksik olduğunu ve insanın ancak yaşadığı fiziki çevre, beslenme, giyinme, barınma, içinde yaşadığı toplum gibi kendini etkileyen diğer etkenlerin tamamının değerlendirilmesi ile sağlıklı ve mutlu olabileceği düşüncesini kabullenmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Mayıs 1998'de yapılan 51. toplantısında “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” hedefine ulaşılmasında gerekli olan sağlık hizmeti sunum sistemi ilkelerinde evrensel sağlık hizmeti verilirken bütüncül bir yaklaşımın önemi de vurgulanmıştır (1). Sağlık hizmeti verilirken hasta ve

çevreyle ilgili etkenler de göz önünde bulunduracak bir tedavi planı benimsenmiştir.

Çağımızda tıp alanındaki baş döndürücü ilerlemeler sonucunda önceden tanınmayan ve tedavi edilemeyen hastalıkların büyük bir çoğunluğunun tedavi edilebilir hale gelmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha iyiye gitmesi sonucu ortalama insan ömrü de her geçen gün daha da uzamaktadır. Bu durumun sonucu olarak dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus sayısı hızla artmakta ve yaşlılığa özgü bir takım sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı bir yaşam ve sağlıklı bir yaşlılığın yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, yeterli ve kaliteli uyku, stres azaltıcı tekniklerin bilinçli uygulanması sonucu dengeli ve barışçıl ruhsal yaşam, iyi programlanmış vitamin-mineral ve bitkisel besin destekleri, belli programlar çerçevesinde masaj, hidroterapi, şelasyon tedavileri, hormon yerine koyma destekleri, oksijen tedavi kürleri, antioksidan uygulamaları, toksin giderici çalışmalar, kilo kontrolü, osteoporozu dengeleyici destekler, depresyonla mücadele, kan basıncı, kan şekeri, kolesterol seviyesini düzenleyici çalışmalar, sağlık bilincini artırıcı eğitim destekleri, tamamlayıcı tıp destekleri (akupunktur, vb.) bellek koruyucu ve cinsel gücü artırıcı destekleme mümkün olabileceği düşünülmektedir (2).

Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile karmaşık bir süreçtir. Yaşlılık; fizyolojik bir olay olarak ele alındığında, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir (3).

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık evresini, 65 yaş ve üstü olarak kabul etmiştir (4, 5). Buna göre 1988 yılında dünyada 200 milyon yaşlı insan

bulunmaktayken, bu sayı 2000 yılı sonunda 585 milyona ulaşmıştır. Nüfus projeksiyonları ile yapılan hesaba göre ise dünyadaki yaşlı nüfus 2034 yılında Avrupa nüfusunun % 26'sını oluşturacaktır. Türkiye'de ise 2025 yılında yaşlı nüfusun % 9,3 oranında olacağı tahmin edilmektedir (4, 5). Görüldüğü gibi yaşlı nüfus gün geçtikçe artmaktadır. Bu nedenle yaşlıların topluma kazandırılmalarını ve mutlu olmalarını sağlamak herkesin görevi olmalıdır (6, 7).

Yaşlanma; biyolojik bir süreç ise de kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar ve bireyin kişilik yapısı, toplumun ve çevresinin bireyi, bireyin de kendini algılayışı vb. gibi etmenler nedeni ile bireysel farklılıklar da içerir (8).

Sosyal hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu'nun 9. maddesi (b) bendi ile korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamakla görevlendirilen Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü, kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre koşullarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olan sosyal hizmetleri, yaşlı vatandaşlarımıza Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon merkezleri aracılığıyla vermektedir (9, 10) .

İlgili kanunun öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik var olan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları; SHÇEK Huzurevleri, Yaşlı Bakımevi ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği, Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve işleyiş esasları hakkında yönetmelik olmak üzere 3 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir. 2828

sayılı Kanununun 9. maddesinin j. fıkrası doğrultusunda Yaşlı Dayanışma Merkezleri hakkındaki yönerge 07.05.2001 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yönergede yaşlı dayanışma merkezlerinde verilecek hizmetlerin çeşidi, niteliği ve işleyiş esaslarını, personel çalışma esas ve usullerini tespit etmek amaçlanmıştır. Türkiye’de 12.02.2007 tarihi itibarı ile Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı’na bağlı huzurevleri özel huzurevleri ve kamuya ait huzur evlerinin toplam sayısı 431 olup buralarda 19.554 kişi yaşamaktadır. Ayrıca yaşlı dayanışma merkezlerine kayıtlı toplam 1014 kişi bulunmaktadır (10).

Amerika Gerontoloji Derneği’nin tanımı ile yaşam kalitesi: *“Yaşama yıllar değil, yıllara yaşam katma”* sözü ile yaş almak yanında yaşam kalitesi ve başarılı yaşlanmanın önemine dikkat çekmektedir. Literatürde yaşam kalitesi çeşitli terimlerle eş anlamlı sayılmıştır. Bunlar; yaşam memnuniyeti, özsaygı, iyilik hali, mutluluk, sağlık, itibar, fonksiyonel durumdur (10–14).

Yaşam kalitesi, yaşamın pek çok alanını ve kişiden kişiye değişen farklı değerleri kapsamaktadır. Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatminkarlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet açısından iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkarlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyokültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişim gösterir. Bu nedenle yaşlı kişilerde yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi için değişik alanları sorgulayan farklı değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir (10, 13, 14) .

Yaşam kalitesini değerlendirirken, fonksiyon ve sağlık durumunun objektif olarak değerlendirilmesi yanında sağlığın sübjektif olarak algılanmasının da bilinmesi önem kazanır. Benzeri sorunları olan iki kişinin aynı problemi algılayış biçimleri farklıdır. Örneğin aynı düzeyde bel ağrısı olan iki yaşlının emosyonel açıdan iyi olma durumları farklı olabilir. Birisi bu problemle daha kolay baş ederek yaşamını sürdürürken diğeri kendini çok

kötü hissederek günlük yaşam aktivitelerine katılmak konusunda kendisini engelli hissederek ve ağır depresyona girebilir (10) .

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde esas konular; fiziksel fonksiyonlar sosyal fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, yaşam memnuniyeti, sağlık durumunu algılamadır. Diğer konular ise nöropsikolojik fonksiyonlar, kişisel verimlilik, cinsel fonksiyonlar, uyku bozuklukları ve ağrı semptomlarını kapsamaktadır (13, 14).

Yaşlılık

Yaşlılık zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Bir başka deyişle yaşlılık, normal fizyolojik bir olgu olup, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme halidir (13, 14) .

“Yaşlanma, akıllı canlılar için muteberdir!” demek, yaşlanma olgusuna bakış açımızı değiştirecektir. Çünkü akıllı canlılar yaşlandıkça, edindikleri tecrübeleri, bir sonraki nesile aktarabilirler. Sonuç olarak, bir sonraki nesil öncesine oranla daha müreffeh olacaktır. Böylece, sağlıklı yaşlanmayı bilenler için geçen zaman içinde yaşlanmak, bir kayıp değil, aslında bir kazanım haline gelmektedir. Bilginin depolanması ve bellek kullanımı ile hayatın kendilerine sunduğu seçenekleri, edindikleri tecrübelerle kendi lehlerine çevirebilmeleri, canlı için büyük bir kazanımdır (11) .

Yaşlanma canlının oluşumundan yaşamın bitimine kadar devam eden bir süreçtir. Yaşlılıkla ilgili birçok kavram günlük hayatımızda kullanılmaktadır. Ancak bu kavramlar aynı anlamları taşımakla birlikte bazen kesin olarak birbirinden ayıramamaktadır. Yaş biyolojik ve kronolojik yaş olarak 2'ye ayrılır.

1-Kronolojik Yaş: Tüm insanlarda aynı olup doğumdan başlayarak içinde bulunan zamana kadar geçen yılların toplamıdır.

2-Biyolojik Yaş: Bireylere göre değişmekte olup içinde bulunan biyolojik basamağın zaman birimi olarak gösterilmesidir.

Günümüzde dünyadaki gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir ve bu yaş grubunun 2020 de 232 milyon civarında olacağı, 2030 yılında ise 1,4 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. ABD’de 2030 yılında her beş kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı ifade edilmektedir (12) . En hızlı artan popülasyon ise 85 yaş ve üzerindeki gruptur. Avrupa en hızlı yaşlanma oranlarına sahip kıta iken, Afrika yoksulluk ve HIV-AIDS nedeniyle en yavaş yaşlanan kıta özelliğini korumaktadır (15, 16) .

Tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma, toplumların yaşlanmasında temel taşı oluşturmuştur. Özellikle kalp hastalıkları ve inmeye bağlı mortalitedeki düşüş, sigara, yüksek kan basıncı ve yüksek serum lipid düzeyleri gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınmaya başlanmış olması sağ kalımdaki artışı sağlamıştır. Türkiye’de son yirmi yılda doğurganlık oranındaki azalma, nüfus kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. Altmış beş ve yukarı yaştakilerin oranı 2005 yılında % 5,9’a ulaşmıştır ki bu 4.249.100 kişi demektir. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan projeksiyonlara göre; 2005 yılında 6.147.000 olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının, 2015 yılında 8.442.700, 2025 yılında ise 12.055.400 olacağını bildirilmektedir. Türkiye’de hayatta kalma beklentisi 2005 yılı itibari ile 70,8 yıl iken, 2015 de 72,3 yıl, 2023 de ise 74,1 yıl olacağı ön görülmektedir. (15, 16)

İnsanların yaşamlarına yıl katmak amaç değil, yıllarına yaşam kalitesi katmak amaç olmalıdır. Bu durum ancak birey yaşlanmadan yaşamına anlam katması öğretilerek gerçekleşebilir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel

gerilemeler oluşabilir, ancak yaşlılık tamamen bir gerileme dönemi değildir. İnsan her yaşta aynı insandır. Ancak, her yaşın gerektirdiği sürece göre fiziksel, sosyal ve duygusal durumu değişmiştir. Bilinmesi gereken en önemli ilke, yaşlı bireylerin bağımlı, tüketici konumuna girmelerini engellemek, güçleri, eğilimleri ve potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını mutlaka aktif olarak sürdürmelerini desteklemektedir. Yaşlanmadan önce her bireyin boş vakitten zevk alma ve uygun uğraşlarla değerlendirme, genç kuşakla gelişmiş ilişkiler kurabilme, fiziksel sağlık, emeklilik ve sevilenlerin kaybına ilişkin değişimleri düzenleme, yaşlı grupla bağları geliştirme, yeni sosyal roller alma ve yaşamını haz verici şekilde düzenlenmesi gerekmektedir (17, 18) .

Ülkemizde Huzurevlerinin Tarihçesi ve Güncel Durumu

Yaşlıları koruma hizmetini veren ilk kurum Selçuklular döneminde 11. yüzyılda kurulmuştur. Sivas'ta 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından Darülreha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze, dullar için barınma tesisi bulunduğu saptanmıştır. Memlûklular döneminde 13. yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir.

Osmanlılar döneminden imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Kurulan darürehalar, yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getiriyorlardı. Bilindiği gibi Osmanlılar döneminde sosyal hizmetler 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından veriliyordu. Bu alanda hizmet veren kamu kuruluşları ve hayır kurumları 19. yüzyılda kurulmaya başlanmıştır. Bu kuruluşlar diğer ihtiyaç gruplarının yanında yaşlılara da hizmet götürüyorlardı. Bunların arasında yer alan 1868 yılında kurulmuş olan Kızılay Derneği ve 1895 yılında kurulmuş olan Darülaceze Osmanlılar döneminde kurulup günümüze kadar yaşayan kurumlardır. Darülaceze önce sakat ve yoksul

erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için II. Abdülhamit devrinde hizmete girmiştir.

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmışlardır.

1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece tarih boyunca yaşlı kişilere, dini buyruklar ve hayırsever duygularla kişisel olarak, değişik mevzuatlar çerçevesinde kamu ve özel kuruluşlarca aynı ve nakdi yardımlar şeklinde verilen bu plansız ve programsız hizmetlere yeni bir yön verilerek, söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yaraşır bir biçimde bir sistem dahilinde götürülmesi sağlanmıştır. Bu şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır.

1982 Anayasası'nın 61. maddesi Sosyal Hizmetler alanına giren grupları açık bir şekilde belirlemiştir. Anayasanın bu hükmü doğrultusunda hazırlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile; sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin denetim ve gözetiminde halkın gönüllü katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir. 2828 sayılı Kanunun 10. maddesinin (f) fıkrasına dayanılarak YAŞLI HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI kurulmuştur.

07.07.2005 tarihli ve 25868 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Değişiklik Yapılması Hakkındaki 5378 sayılı Kanunun; 2828 sayılı Kanunun 10. maddesi 1.

fıkrasındaki yaptığı değişiklikle Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı olarak ihdas edilmiştir (20) .

Ülkemizdeki huzurevleri kamuya ait huzurevleri ve özel huzurevleri (Dernek ve vakıflara ait kuruluşlar, azınlıklara ait kuruluşlar gerçek kişilere ait kuruluşlar) olarak ayrılmıştır. 2828 sayılı kanunun 34. ve 35. maddeleri doğrultusunda; Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği 05.04.1987 tarih ve 19422 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin açılış, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarına mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamak amaçlanmıştır. Ülkemizdeki huzurevleri ile ilgili 12.02.2007 tarihi itibarı ile detaylı bilgiler ve ait olduğu kurumlarla ilgili bilgiler Tablo 1’de verilmiştir (19) .

Tablo 1. Ülkemizde huzurevi sayıları ve kapasiteleri (12.02.2007)

HUZUREVİ	HUZUREVİ SAYISI	KAPASİTE
SHÇEK Ait Huzurevleri	69	7605
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	19	2592
Belediyelere Ait Huzurevleri	13	1990
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	7	2312
Azınlıklara Ait Huzurevleri	96	4076
Özel Huzurevleri	7	979
TOPLAM	211	19.554

SHÇEK : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

Ülkemizde ayrıca Yaşlı Dayanışma Merkezlerinde üye olan yaşlılar için sohbet ve eğlence toplantıları düzenlenmekte, psikolojik danışmanlık, çeşitli konularda rehberlik, refakatçi temini el becerilerine yönelik aktiviteler, basit sağlık yardımları yapılmaktadır. Merkezde yaşlı kişilerin bir araya gelerek ortak ilgilerini sorunlarını paylaşabilmelerine sorunlarına birlikte çözüm yolları

aramalarına zamanlarını aktif şekilde geçirebilmelerine yalnızlık duygusundan kurtulmalarına gerektiğinde destek hizmeti almalarına olanak sağlanmaktadır. Şu anda sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında destek hizmetleri veren gündüzlü hizmetler yönerge doğrultusunda hizmet vermektedir. Ülkemizde 12.02.2007 tarihi itibarıyla Yaşlı Dayanışma Merkezleri ile ilgili detaylı bilgiler Tablo 2’de verilmiştir (19) .

Tablo 2. Ülkemizde Yaşlı Dayanışma Merkezleri (YDM) ve üye sayısı (12.02.2007)

MERKEZLER	ERKEK	KADIN	ÜYE SAYISI
Ankara Emek YDM	38	190	228
Ankara Kocatepe YDM	10	130	140
Çanakkale YDM	23	163	186
İzmir Nebahat Dolman YDM	78	357	435
Eskişehir YDM	23	2	25
TOPLAM	172	842	1014

Yaşam Kalitesi

Genel olarak yaşam kalitesi “iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanır. Yaşam kalitesinin önemi birçok konuda uygulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Yaşam kalitesi literatürde; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk terimleri ile aynı anlamı ifade etmek için kullanılmaktadır.

“Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur. En geniş tanımlamalardan biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır (20) . Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (21) .

Muhtemelen yapılmış en iyi tanımlardan birisi “yaşanan yıllar değil, yıllara yaşam katma” şeklindeki Amerika Gerontoloji Derneği'nin tanımıdır. Szalai'ne göre yaşam kalitesi bireyin yaşamını iyi ve tatminkâr özelliklerinin genel değerlendirmesidir (22) .

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmekte olup bunlar; dinamik olma, çok boyutluluk, interaktif olması ve bireyin beklentileri doğrultusunda yaşamındaki olaylara uyum göstermesi şeklinde sıralanmaktadır (23) .

Yaşam kalitesinin tanımlanmasında yaşanan problemlerin bir kısmı bu alanda çalışan kişilerin farklı açılardan yaklaşımlarından doğmaktadır. Örneğin sosyal bilimler alanında çalışanlar daha çok psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde dururken; tıp bilimi biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından değerlendirme yapmaktadır (24) .

Bizim açımızdan yaşam kalitesi tanımının açık olarak ortaya konulabilmesi, bu kavramın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramıyla birlikte anlatılmasını gerektirebilir.

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin hastalıklarla etkilenen yönünü içeren çok boyutlu bir tanımlama olup fiziksel fonksiyon, psikolojik durum, sosyal etkileşim ve somatik duyu boyutlarını içermelidir (25,26). Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, özellikle kronik hastalıklarda önemlidir.

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre Yaşam Kalitesi (YK) ve SYK birbirinden ayrılarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden

ayırmak olanaksızdır. Gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (27) .

Genel kabul gören sınıflamaya göre SYK, YK boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. İnsandan insana YK ve SYK' ne atfedilen önem farklılık gösterir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü gibi YK bileşenleri önemli olurken, süregen hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi SYK bileşenleri daha önemlidir (27) .

Yaşam Kalitesi 4 ana alanda ortaya çıkar:

- 1- Kişisel İçsel Alan: değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.
- 2- Kişisel Sosyal Alan: aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.
- 3- Dışsal Doğal Çevre Alanı: hava, su kalitesi vb.
- 4- Dışsal Toplumsal Çevre Alanı: kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.

YK'nin coğrafi düzeyleri, sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslar arası ve küresel; SYK'nin düzeyleri ise yine sırasıyla, birey olarak hasta, bir klinik müdahale altındaki hasta, belirli bir hastalık alt grubunda olan birey, belirli bir hastalığı olanlar içinde belirli özelliğe sahip olanlar ve belirli bir hastalığa sahip tüm bireyler olarak sıralanır (27).

Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi

Çoğu zaman mutluluk olarak da tanımlanan yaşam doyumu, çağlar boyunca insanlığın ilgi odağı olmuş konulardan biridir. Felsefeciler mutluluğu, insan eylemlerinin en yüksek ve tek motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir. Buna karşın, psikologlar, mutsuzluk üzerinde çok fazla durup, mutluluğu hep ihmal etmişlerdir. Son 15 yılda davranış bilimcileri, bu hatalarını düzelterek, mutluluk hakkında hem uygulamalı, hem de kuramsal çalışmalar yapmışlardır (29).

Diener'a (1984) göre, Wilson (1967) mutluluk üzerine yaptığı araştırmalarında iki genel sonuca ulaşmıştır. Birincisi, "En avantajlı durumda olanlar, en mutludur" şeklindedir. Mutlu kişi, genç, sağlıklı, iyi eğitim görmüş, ekonomik bakımdan iyi, dışa dönük, optimistik, tasasız, dindar, evli, ılımlı, arzulara sahip ve zeki kişidir. Yazarın ulaştığı ikinci sonuç ise; Yunan filozoflarından bu yana, mutluluk üzerine çok az kuramsal gelişmenin sağlanmış olduğudur. Wilson'un incelemesinden sonra, günümüze kadar konuyla ilgili sayısız araştırma yapılmıştır. Ancak, sağlık ile mutluluk ve yaş ile mutluluk arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır. Bundan da önemlisi yapılan çalışmalar, demografik değişkenlerin mutluluğun çok küçük bir kısmını açıkladığını ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar araştırmacıları mutluluğun psikolojik nedenlerini aramaya yöneltmiştir (30) .

Yaşam kalitesi kavramı, 1960'lı yıllarda, ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra da kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır. Kesin bir tanımı olmamakla birlikte YK, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk, yaşam kalitesi ile eşanlamlı olarak anılmaktadır. O yıllarda, ABD'de yaşamın kalitesinin düzeltilmesi, hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için, daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan

gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (31) .

Geçmişte doktorlar başarı ölçüleri olarak hastalıkların tedavi edilmesi ve insan ömrünün uzamasına yaptıkları katkıları kabul ettiler. Sonra bu başarıyı kontrol etmek ve başarı oranlarını görmek için tedavi edilebilir hastalık oranlarının yüzdesini ve artan ortalama insan ömrünün süresini nicel olarak hesapladılar. Fakat zaman içerisinde bu niceliğin yanında niteliklerin de öneminin farkına vardılar.

1946'da Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; "sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" diye tanımlamıştır. Araştırmacılar, sağlığın fiziksel ve ruhsal yönlerinin tıp ve sağlık bilimleri tarafından genel olarak bilindiğini, ancak "tam iyilik hali"ni bilinen ölçeklerle tanımlamanın mümkün olmadığını, özellikle "sosyal yönden tam iyilik hali" kavramının açıklanamayacağını savunuyorlardı; henüz uğraştıkları alanın yeterince tanımlanamamış olduğunu fark ettiler. Sonuçta gerek tıp admları, gerekse sosyal bilimciler yaşamın niteliği, yani Türkiye'de alışıldık adıyla yaşam kalitesi kavramı üzerinde düşünmeye başladılar (27) .

İlk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılan "yaşam doyumu" kavramı daha sonra pek çok araştırmacıya yol göstermiştir. Yaşam doyumunu tanımlamak için önce "doyum" kavramının açıklanması uygun olacaktır. Doyum, beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanmasıdır. "Yaşam doyumu" ise, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur. Yaşam doyumu, kişinin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Yaşam doyumu, genel olarak kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çok çeşitli boyutlarını içerir. Yaşam doyumu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşam alanlarındaki doyum anlaşılır. Mutluluk ve moral gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder (32).

Dünyada sağlık hizmetlerinin başarısını ölçmede bir son çıktı olarak gerek klinik düzeyinde gerekse toplum düzeyinde geleneksel göstergelerin yanında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de yerini almıştır. Medline veri tabanında konu başlıkları listesine 1977 yılında alınan “yaşam kalitesi (quality of life)” bu güne dek 60 bine yakın bilimsel dokümanın herhangi bir yerinde yer almıştır. Son 10 yılda 9773 makale başlığında yaşam kalitesi sözcüğünün geçtiği görülmektedir. 1993 yılı için sadece 399 olan bu sayı yaklaşık dört kat artarak 2003 yılında 1545’e yükselmiştir. Türkiye’de araştırmacılar bu alanda son yıllarda çalışmalar yapmışlardır ve yapmaktadırlar. Ancak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) henüz kavram olarak ülkemizde pek bilinmemektedir. Bu alanda da dünya ile entegrasyonunu sağlamak amacıyla İzmir’de Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği (SAYKAD) kurulmuştur . SAYKAD “Sağlıkta Yaşam Kalitesinde Temel Kavramlar” başlıklı ilk bilimsel toplantısını 2004 yılında düzenlemiştir (27) .

Yaşam Kalitesi Ölçümleri ve Ölçekler

Yaşam kalitesi ve ölçümü ile ilgili çalışma ve kullanım pratik hayatta ve bilimsel literatürde hemen her alanda kullanılmaktadır. Bunlar:

- Şehir planlamaları, Çevre düzenlemeleri, Ulaşım alanları, Mimari, İnşaat, Eğitim, Sanayi, Tekstil, Otomotiv sanayi, Ev ürünleri, Teknoloji, Muhasebe, Bankacılık, Ekonomi, Tarım ve hayvancılık, Gıda, Sağlık vs. gibi hayatın hemen hemen tüm alanlarını kapsamaktadır.

1960’tan bu yana yaşam kalitesi hakkında çeşitli araştırmalar yapılmış olup “Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi kavramı” bilim dünyasında, küçük ama büyümekte olan bir alanı kapsamaktadır. Yaşam kalitesi yayınları; 1980 yılında tüm indekslenmiş yayınların sadece % 0,1’ini, 1990’da % 0,4’ünü 2001’de % 0,9’unu oluştururken 2004’te bu oran % 1,5 olmuştur. Yayınların çoğu, yeni ölçeklerin gelişimi ve coğrafi, demografik ya da tanı kriterleri ile tanımlanmış nüfusu sınıflandıran tanımlayıcı kesitsel ve kohort çalışmalarıdır.

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanıldığı çalışmalar 1990 yılında tüm yaşam kalitesi yayınlarının % 4,6'sını oluştururken 2001'de bu oran % 12,6'dır. Yayınlanmış sağlığa bağlı yaşam kalitesi araştırmalarının büyüme oranı genel yayınlardan oldukça fazla olmasına karşın, sayısı hala oldukça düşüktür (33) .

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi olgusunun oluşumunda iki etken söz konusudur; birincisi 1970'li yılların başında, sanayileşmiş ülkelerde bu tip araçlara duyulan ihtiyaç ve diğer de bu araçların geliştirilmesinde gerekli temel olanakları sağlayan, geleneksel tıp ve sosyal bilimleri de kapsayan birçok disiplindeki uzun süreli bilimsel gelişmelerdir. Bir tarafta sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi ihtiyacı, diğer taraftan da bilimsel gelişme düzeyi arasındaki etkileşim sonucunda kavramlar, teoriler ve ölçümler açısından literatürün genişlemesine olanak sağlanması, sağlığa bağlı yaşam kalitesinin ölçümünde modern yaklaşımı temsil eder (33).

Sağlık ıktılarının ölçümü için, sağlık kavramı temel alınarak oluşturulmuş bir durumun sağlık tablosu gerekir. Sağlığı tanımlarken yaygın şekilde kullanılan negatif sınırlamalar, hastalık durumunun olmayışı veya uzun süre geçerliliğini koruyan Dünya Sağlık rgt'nün (DSÖ), "sağlık; sadece hastalığın yokluğu değer, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik halidir." şeklindeki tanımı yaşam kalitesi açısından hiçbir kavramsal ve işlemsel tanımlama sağlayamamıştır. Bu tanım yarattığı tartışmaya karşın dar kapsamlı hastalık temelindeki veya negatif sağlık kavramının yanında daha geniş bir perspektifi içeren pozitif sağlık kavramının ortaya çıkışına olanak sağlamıştır (Seedhouse, 1986). Bu temel kavramın daha tatmin edici bir tanımının olmayışı tıbbi sonuçların da tanımlanmasını güçleştirmiştir. DSÖ' nün 2000 yılında Herkes İçin Sağlık (1985) ve Sağlığın Geliştirilmesi Ottawa şartı (1986) kişilerin sağlıklarını korumalarına yardım edip, bu alandaki gelişmeleri destekleme amacını taşırken açıkça yeni perspektifleri temel

almıştır. Her iki projede de mevcut negatif yaklaşımın yetersiz kaldığının altı çizilmiştir (34, 35).

Sağlık çıktılarının klasik yöntemlerle ölçülmesinde belirtiler, semptomlar ve ortalama yaşam uzunluğu dikkate alınır. Yaşam kalitesi ölçümü ise aksine, kişinin rolü, ruh hali, hastalık ve benzeri durumlarda kişinin deneyimleri, genel psikolojik durumu, mutluluk ve yaşamdan duyduğu tatmin gibi kavramları temel alır. Yaşam kalitesinin ölçümü, klasik olarak nitel olarak tanımlanan, başka bir deyişle eskiden “ölçülemez” denilen ölçüleri, nicel ve uygulama araçlarıyla bir araya getirmektedir (35).

Klinik araştırmalarda incelenen konu genellikle mortalite ve morbidite olmaktadır. Hekimler, morbidite ölçümünde çoğunlukla biyokimyasal test sonuçlarına, semptomlara ve hastalığın çalışmaya engel olduğu gün sayısı, yatarak geçen gün sayısı gibi kişinin işlevlerini yerine getirip getiremediğine bakarlar. En sık kullanılan belirteçler; mortalite hızları (yaşam süresi), morbidite (komplikasyonlar), fiziksel durum (egzersiz testleri, kalp fonksiyonu gibi), vücuda eklenen parçaların uyumluluğu, semptomlar (ağrı, dispne) ve iş hayatına geri dönebilmedir. Kişinin işe geri dönebilmesi, en yaygın biyolojik olmayan bir göstergedir. Ancak işe geri dönebilmesi kişinin ekonomik ve sosyal durumu ile yaş faktöründen fazlasıyla etkilendiği için sınırlı bir değere sahiptir. Mortalite hızlarına ait bilgilerin kesinliği de sağlık kayıtlarının ne kadar doğru ve ne kadar etkin olduğuna bağlı olarak değerlendirilmelidir (37).

Günümüzde gittikçe artan bir oranda, sosyolojik yaklaşımlar yaşam kalitesi araştırmalarına ağırlığını koymaktadır. Çünkü yaşam kalitesinin değerlendirilmesi onu yaşayan kişiye bağlıdır (38). Diğer taraftan geleneksel ölçüm metotlarıyla öznel değerlerin uzlaştırılması, bir araya getirilmesine yönelik girişimler de vardır (40, 41). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde Yaşam Kalitesi (WHOQOL) Grubu (1993) yaşam kalitesi için; bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi şeklinde bir tanım getirmiştir. Birkaç anket çalışmasında kişilere yaşamlarının önemli

buldukları alanlarına ait açık sorular sorulmuş ve anketlere katılanlar sırası ile aileleri ve yakınlarıyla olan ilişkilerini, kendilerinin ve yakınlarının sağlığını, parasal durumlarını ve sonunda da sosyal hayatlarını sıralamıştır (42). İlişkiler, sağlık, maddi koşullar ve sosyal aktiviteler vurgulanan unsurlardır. Hastalığın etkilediği en önemli alanların sıralanması kavramın karmaşıklığını ve ölçülmesinin ne kadar zor olduğunu göstermektedir. Bu bütünüyle yaşam memnuniyetini etkilemeyen farklı alanları içine alan soyut ve kompleks bir kavramdır. Daha fazla sosyal ve psikolojik ölçüğe de gereksinim hala söz konusudur. Pek çok araştırmadan sonra, hastalığın günlük yaşamdaki etkilerini göz önünde bulunduran, daha geniş kapsamlı sağlık ölçümleri kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca yaşam kalitesi ve sağlığa bağlı yaşam kalitesinin özünün anlaşılmasıyla beraber hastalığa özgü yaşam kalitesi belirteçlerinin kullanımı ve içeriği de artmıştır (43).

1980'li yıllar boyunca sağlığa verilen önemin artmasıyla pozitif sağlık belirteci arayışı yoğunlaşmış ve DSÖ'de bu çabaları teşvik etmiştir. DSÖ'nün sosyal, psikolojik ve fiziksel bakımdan sağlık kavramına yaklaşımı, önceki yıllarda bu boyutlardan en az birini göz ardı eden negatif değerlendirmenin tersine, genel bir ölçü haline gelmiştir (44-46).

Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları

Şekil ve görünüm açısından

1- Genel amaçlı

2- Özel amaçlı olarak iki sınıfa ayrılır.

1-Genel amaçlı ölçütler: SYK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, o toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

a- Tercihe dayalı olmayan

b- Tercihe dayalı olan

a-Tercihe dayalı olmayan ölçekler:

Bu kategorideki sağlık profilleri SYK'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan Sf-36, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği WHOQOL, Nothingam Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar (44) .

b-Tercihe dayalı olan ölçekler:

Bu kategorideki ölçekler ise indeks ölçütler sınıflamasına girmekte olup sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım analizlerinde (cosy utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nı (Quality Adit of Life Year, QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. SYK 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Kabaca değinmek gerekirse, ya puanları önceden belirlenmiş işlevlerle ilgili sorulara verilen yanıtlara göre ya da YK'nin farklı yönlerine verilen puanlara göre değerlendirilirler. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları [(Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI)] dir (44) .

2-Özel Amaçlı Ölçütler:

Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) özel ölçekler örnek verilebilir. Bunun yanında hemen her hastalığa (epilepsi, diyabet, romatoid artrit vs), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır (44) .

Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (44) .

Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Bursa, Marmara Bölgesi'nde Türkiye'nin 4. büyük kentidir. Uludağ'ın yamaçlarına kurulmuş ve zaman içinde ovaya doğru da gelişmiştir. Çok eski yıllardan bu yana büyük kültürlerin beşiği olmuştur. Hitit, Lidya, Firigya, Roma, Bizans, Selçuklu ve Osmanlı kültürleri Bursa'da iz bırakmışlardır. Kent, Bizanslılardan alındıktan sonra özellikle Osmanlı Başkenti olarak büyük bayındırlık çalışmalarına sahne olmuş ve hızla gelişmiştir. Özellikle 15. yy. da dünyanın başlıca ticaret, sanayi ve kültür şehirlerinden biri haline gelmiştir. Bursa gerek Cumhuriyet öncesi, gerek Cumhuriyet sonrası yurt dışı ve yurt içinden çok büyük göçlere maruz kalmıştır. Bu göçler 1960'lardan sonra hız kazanmıştır. 2007 yılında nüfusu 1.515.912 olan Bursa'ya göçler Erzurum'dan 300-350 bin, Artvin'den 250-300 bin, Ardahan'dan 150-200 bin ve Bulgaristan'dan 100-150 bin kişi civarında olmuştur. Ayrıca Türkiye'deki bütün illerden ve yurt dışından Ahıska, Çerkezya ve Dağıstan bölgelerinden de göçler olmuştur (48, 49).

Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nin oldukça eski bir tarihçesi vardır. Padişah Sultan Abdülhamit döneminde zamanın Bursa valisi Mahmut Celalettin Paşa, Padişah Sultan Abdülhamit'e korunmaya muhtaç yaşlılar için bir Darülaceze kurulmasını teklif etmiştir. Padişah özel hazinesinden gerekli parayı göndermiş ve müessesenin devamlılığı için de gelir getiren gayrimenkullerinin bu kuruma tahsisini emretmiştir. Bunun üzerine Alacahırka semtinde şehre manzarası olan Huzurevi kurulmuş ve 23 Nisan 1891'de Bursa Valisi Mahmut Celalettin Paşa tarafından hizmete açılmıştır. 1952 yılına kadar Darülaceze adı ile Alacahırka'da, 1974 yılına kadar da Duaçınarı Semtinde Düşkünlerevi adı ile hizmet vermiştir. 1974 yılında "Huzurevi" adı altında Ertuğrulgazi semtindeki bugünkü binasına taşınmıştır. 13 Eylül 1991'de kapasitesi 100 kişiye yükseltilmiştir. 31 Mayıs 1998'de 228 yatak kapasiteli Fethiye Dörtçelik Huzurevi ile Bursa'daki Huzurevi yatak kapasitesi arttırılmıştır (48).

AMAÇ

Bu çalışmada; Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde ve ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü (WHOQOL-OLD-TR) kullanılarak değerlendirilmesi ve her iki grubun yaşam kalitesinin karşılaştırılması amaçlandı. Bu genel amaca uygun olarak araştırmanın alt amaçları;

1- Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların ve Bursa'da ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye çalışmak,

2- Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların ve Bursa'da ev ortamında yaşayan yaşlılara Mini Mental Test (MMT) uygulayarak kognitif fonksiyonlarını değerlendirmek,

3- 21. yy. giderek önemi artan yaşma kalitesi kavramına dikkat çekmek ve katkıda bulunabilmek.

4- Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevinde ve Bursa'da ev ortamında yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi için çözüm önerileri sunabilmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma; Eylül 2007-Kasım 2007 tarihleri arasında Bursa'da yapılmıştır. Araştırma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı ve belirlenen esaslara göre yapıldı. Helsinki Bildirgesi'ne göre çalışmaya katılan bireylere çalışma hakkında bilgi verilip onayları alındı. Çalışma grubu olarak; Bursa Büyükşehir Belediyesi Mesken ve Fethiye Huzurevi'nde yaşayan 227 birey alındı. Bu bireylerden 13'ü çalışmayı kabul etmedi, 12 birey çalışmanın yapıldığı dönemde izinli olduğu için çalışma dışında kaldı, 2 bireyin MMT sonuçları bilişsel bozukluğu gösterdiğinden çalışma dışı bırakıldı ve çalışma grubu olarak 200 birey alındı. Araştırmanın kontrol grubu olarak; Bursa'da ev ortamında yaşayan, çalışma grubu ile aynı coğrafi bölgede doğmuş ve aynı kültürle büyümüş insanların yaşadığı mahallelerde oturan ve Bursa'da sürekli ikamet eden eşit sayıda, yaşları benzer (± 1), cinsiyetleri aynı çalışma grubuna benzer bir grup rasgele seçildi. Bu araştırma 200 çalışma grubu, 200 kontrol grubu olarak toplam 400 birey üzerinde yapıldı. Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığı ile yaşlıların evlerinde ve Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Araştırmada anket formu olarak eğitilmiş ve eğitimsizler için Standardize Mini Mental test (SMMT, SMMTE), sosyodemografik veri formu, fizik muayene formu ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Türkiye'ye uyarlanmış olan Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin yaşlı modülünün Türkiye uyarlaması (WHOQOL-OLD-TR) kullanıldı.

Yaşlı popülasyonun değerlendirilmesinde, bilişsel işlevleri değerlendirecek Standardize Mini-Mental Test'in kullanılması önerilmektedir (50,51) . Bu bilgi ışığında araştırmamızda katılımcılara öncelikle eğitim durumlarına göre Standardize Mini Mental Test uygulandı. SMMT, Folstein ve arkadaşları tarafından 1975'te geliştirilmiş, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özellikte, kısa, kullanışlı ve

standardize bir test olup, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiştir (52–54). Anket formunda kullanılan sosyodemografik özellikler olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğu var mı, çocuklarıyla ilişkilerinden memnun mu, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, mesleği, eşinin mesleği, aylık geliri, doğum yeri, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, kronik hastalığı var mı, sürekli kullandığı ilaç var mı, günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yapabiliyor mu ve huzurevinde kalmaktan memnun olup olmadığı sorgulandı. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin fizik muayeneleri yapılarak fizik muayene formunda yer alan; kan basıncı, baş-boyun muayenesi, solunum sistemi muayenesi, kardiyovasküler sistem muayenesi, batin muayenesi, genitoüriner sistem muayenesi ve nöromotor sistem muayenesi bulguları fizik muayene formuna kaydedildi.

Araştırmanın temel bağımlı değişkenleri 24 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği Türkiye uyarlaması (WHOQOL-OLD-TR) dır. Bu formun Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (47). WHOQOL-OLD-TR modülü 24 Likert tipi soru ve altı alt alandan oluşmaktadır. Bu alanlar; duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık başlığı ile yer almaktadır. Duyusal fonksiyonlar; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyuşlarındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, özerklik; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duyuş ve düşünceler sorgulanmaktadır. Sosyal katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, yakınlık; diğerk kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği, ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırılmaktadır (Tablo 3). Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5’dir (55) .

Tablo 3. WHOQOL-OLD Alanları ve Soru Özellikleri

ALAN	BÖLÜM	SORU SAYISI
Duyusal fonksiyonlar	Günlük yaşamı etkileme	1
	Günlük faaliyetlere katılma	1
	Duyularla ilgili işlevleri algılama	1
	Başkaları ile ilişki kurma	1
Özerklik	Kendi kararlarını verebilme	1
	Geleceğini kontrol edebilme	1
	Saygı görebilme	1
	Yapmak istediklerini yapabilme	1
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri	Gelecekte umutlu olma ve beklenti	1
	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarından memnuniyet	1
	Saygınlığı elde etme	1
	Başarılarından hoşnutluk	1
Sosyal katılım	Zamanı kullanmadan hoşnutluk	1
	Yapılan faaliyet miktarından hoşnutluk	1
	Toplumsal faaliyetlere katılabilme	1
	Her gün yapacak işi olması	1
Ölüm ve ölmek	Ölümden korkma	1
	Ölüm şeklinden kaygı duyma	1
	Ölümü kontrol edememe korkusu	1
	Ölmeden önce acı çekmekten korkma	1
Yakınlık	Dostluk ve arkadaşlık duygusunu yaşama	1
	Sevgiyi yaşama ve hissetme	1
	İnsanları sevebilme imkânı	1
	İnsanlar tarafından sevilme imkânı	1

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerin SPSS 13,0 programında yapıldı. Sürekli değişkenlere ait değerler ortalama standart

sapma, median ve min-max. değerleri ile birlikte kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile birlikte verildi. Sürekli değişkenlerin grup içi karşılaştırmaları bağımsız çift örneklem T-Testi ve Mann Witney-U (MW-U) testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanıldı. Çalışmada genel olarak $P \leq 0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Bu araştırmada; Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü 200 kişi çalışma grubu olarak, Bursa'da ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü 200 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bireylere Ek-1 ve Ek-2'de bulunan SMMT ve SMMT-E uygulanmış, test puanı 24 ve üzerinde olan katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların fizik muayeneleri yapılarak Ek-3'te bulunan forma kaydedildi. Ayrıca araştırmaya dahil edilenlerin her biri için Ek-4'te bulunan sosyo demografik veri formu ve Ek-5'te bulunan WHOQOL-OLD-TR anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile anket formuna kaydedildi. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 13,0 programında yapıldı. Sürekli değişkenlere ait değerler ortalama standart sapma, median ve min-max. değerleri ile birlikte kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile birlikte verildi. Sürekli değişkenlerin grup içi karşılaştırmaları bağımsız çift rnekleme T-Testi ve Mann Whitney-U (MW-U) testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanıldı. Çalışmada genel olarak $P \leq 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya katılan çalışma ve kontrol gruplarının fizik muayene bulguları incelendiğinde;

Çalışma grubu ve kontrol grubunun kan basıncı değerler incelenmiş ve sistolik kan basıncı değerleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($P=0.062$). Diyastolik kan basınçları arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur ($P = 0.021$) (Tablo 4).

Araştırmada katılımcıların baş-boyun muayenelerinde; en sık ağız ve diş sağlığı bozuklukları vardı. Çalışma grubunda 171 (% 85,5), kontrol grubunda 155 (% 77,5) kişide ağız ve diş sağlığı bozukluğu vardı. Ayrıca kronik otitis media; çalışma grubunda 18 (% 9) kişide kontrol grubunda 20

(% 10) kişide tespit edildi. Kulakta buşon çalışma grubunda 12 (% 6) kişide, kontrol grubunda 14 (%7) kişide vardı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde çalışma grubunda 39 (% 19,5) kişide, kontrol grubunda 38 kişide (% 19) aritmi tespit edildi. Batın muayeneleri ve genitoüriner sistem muayeneleri doğaldı. Nöromotor sistem muayenesinde; çalışma grubunda 73 (% 36,5) kontrol grubunda 72 (% 36) kişide hareketlerde kısıtlılık ve hassasiyet vardı.

Tablo 4. Gruplar Arasında Kan Basıncı İlişkisi

Grup		Sistolik K. B.	Diyastolik K.B.
Çalışma Grubu	N	200	200
	Mean	127,3	81,4
	Std. Deviation	13,7	9,1
	Minimum	110,0	60,0
	Maximum	160,0	95,0
	Median	120,0	80,0
Kontrol Grubu	N	200	200
	Mean	129,8	83,4
	Std. Deviation	12,9	7,9
	Minimum	110,0	70,0
	Maximum	160,0	95,0
	Median	130,0	80,0
Toplam	N	400	400
	Mean	128,6	82,4
	Std. Deviation	13,4	8,6
	Minimum	110,0	60,0
	Maximum	160,0	95,0
	Median	125,0	80,0
P		0,062	0,021

Çalışmaya alınan katılımcılar sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde: Çalışma grubu ve kontrol grubundaki yaşlıların yaşları arasında belirgin bir fark yoktu (Tablo 5).

Tablo 5. Gruplar Arasındaki Yaş İlişkisi

Grup	N	Mean	Std Deviasyon	Min	Max	Median
Çalışma Grubu	200	71,2	5,5	65	91	71
Kontrol Grubu	200	70,8	4,9	65	84	71
Toplam	400	70,9	5,2	65	91	71

p = 0,622

Araştırmada cinsiyet bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 6).

Tablo 6. Gruplar Arasında Cinsiyet İlişkisi

Grup	Cinsiyet			Toplam
		E	K	
Çalışma Grubu	N	119	81	200
	%	% 59,5	% 40,5	
	N	119	81	200
	%	% 59,5	% 40,5	
Toplam	N	238	162	400
	%	% 59,5	% 40,5	
P		0,919	0,919	

Medeni durum açısından incelendiğinde kontrol grubunda evlilik oranı ve eşi ölmüş olanların oranı anlamlı derecede farklı idi (Tablo 7).

Tablo 7. Gruplar Arasındaki Medeni Hal İlişkisi

	156 % 78	Evli 21	Bekâr 10,5	Eşi Olmuş % 2,5	Boşanmış % 100	Ayrı yaşıyor	Toplam
Kontrol grubu	Sayı %	178 % 89	0 % 0	19 % 9,5	1 % 0,5	2 % 1	200 % 100
Toplam	Sayı %	188 % 47	8 % 2	175 % 43,75	22 % 5,5	7 % 1,75	400 % 100
P		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Katılımcılar çocuk sahibi olma bakımından incelendiğinde çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardı (Tablo 8).

Tablo 8. Gruplar Arasındaki Çocuk Sahibi Olma İlişkisi

		Çocuk Var mı?		Total
		Var	Yok	
Çalışma grubu	Sayı %	144 % 72	56 % 28	200 % 100
Kontrol grubu	Sayı %	187 % 98,5	3 % 1,5	200 % 100
Toplam	Sayı %	341 % 85,25	59 % 14,75	400 % 100

P = 0,000

Katılımcılardan çocuk sahibi olanların çocukları ile ilişkileri incelendiğinde; çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardı (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların Çocukları İle İlişkileri

Grup	Çocuklarla İlişki			Toplam	
	Kötü	Orta	İyi		
Çalışma grubu	Sayı %	84 % 42	42 % 21	18 % 9	144 % 72
Kontrol grubu	Sayı %	8 % 4	18 % 9	171 % 85,5	187 % 98,5
Toplam	Sayı %	92 % 23	60 % 15	189 % 47,25	341 % 85,25
P		0,000	0,000	0,000	

Katılımcılar eğitim düzeyi ve eşlerinin eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde gruplar birbirine benzerdi (Tablo 10, 11).

Tablo 10. Grupların Eğitim Düzeyi Açısından İlişkisi

	Okur-yazar değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu	Toplam	
Çalışma grubu	Sayı %	3 % 1,5	158 % 79	23 % 11,5	15 % 7,5	1 % 0,5	200 % 100
Kontrol grubu	Sayı %	3 % 1,5	162 % 81	19 % 9,5	14 % 7	2 % 1	200 % 100
Toplam	Sayı %	6 % 1,5	320 % 80	42 % 10,5	29 % 7,25	3 % 0,75	400 % 100

P > 0,05

Tablo 11. Grupların Eşlerinin Eğitim Düzeyi Açısından İlişkisi

	Okur-yazar değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu	Toplam
Çalışma grubu	Sayı 7	176	13	4	0	200
	% % 3,5	% 88	% 6,5	% 2	% 0	% 100
Kontrol grubu	Sayı 2	174	16	5	3	200
	% % 1	% 87	% 8	% 2,5	% 1,5	% 100
Toplam	Sayı 9	350	29	9	3	400
	% % 2,25	% 87,5	% 7,25	% 2,25	% 0,75	% 100

P>0,05

Gelir düzeyi incelendiğinde gruplar arasında kötü, orta ve iyi olma açısından anlamlı fark vardı(Tablo 12).

Tablo 12. Gruplar Arasında Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişki

Grup		Aylık Gelir			Toplam
		Kötü	Orta	İyi	
Çalışma grubu	Sayı 102	71	27	200	
	% % 51	% 35,5	% 13,5	% 100	
Kontrol grubu	Sayı 47	114	39	200	
	% % 23,5	% 57	% 19,5	% 100	
Toplam	Sayı 149	185	66	400	
	% 74,5	92,5	33	200	
P		0,000	0,000	0,000	

Araştırmada gruplar meslekleri ve eşlerinin meslekleri açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 13-14).

Tablo 13. Gruplar Arasında Meslekleri Bakımından İlişki

Grup		Meslek			Toplam
		Yok	Emekli	Ev Hanımı	
Çalışma grubu	Sayı	59	70	71	200
	%	% 29,5	% 35	% 35,5	% 100
Kontrol grubu	Sayı	58	64	78	200
	%	% 29	% 32	% 39	% 100

149
% 37,25

P	0,708	0,707	0,667	
---	-------	-------	-------	--

Tablo 14. Gruplar Arasında Eşlerinin Meslekleri Bakımından İlişki

Grup		Eşinin Mesleği			Toplam
		Yok	Ev Hanımı	Emekli	
Çalışma grubu	Sayı	51	113	28	192
	%	% 25,5	% 56,5	% 14	% 96
Kontrol grubu	Sayı	43	115	42	200
	%	% 21,5	% 57,5	% 21	% 100
Toplam	Sayı	94	228	70	392
	%	% 23,5	% 57	% 17,5	% 98
P		0,130	0,128	0,057	

Sosyal güvence açısından karşılaştırıldığında; çalışma grubunda sosyal güvencesi olmayanlar anlamlı derecede fazla idiler (Tablo 15).

Tablo 15. Gruplar Arasındaki Sosyal Güvence İlişkisi

		Emekli Sandığı	Bağ-kur	SSK	Y. Kart	Özel Sigorta	Yok	Toplam
Çalışma grubu	Sayı	40	19	39	30	1	71	200
	%	% 20	% 9,5	% 19,5	% 15	% 0,5	% 35,5	% 100
Kontrol grubu	Sayı	43	24	51	32	2	48	200
	%	% 21,5	% 12	% 25,5	% 16	% 1	% 24	% 100
Toplam	Sayı	83	43	90	62	3	119	400
	%	% 20,75	% 10,75	% 22,5	% 15,5	% 0,75	% 29,75	% 100

P = 0,000

Kronik bir hastalığı olma açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo 16).

Tablo 16. Gruplar Arasındaki Kronik Hastalık Açısından İlişki

Grup	Yok	HT	İ KH	K İ S H	DM	KOAH	SVH	Toplam	
Çalışma grubu	Sayı	54	83	43	66	31	16	7	200
	%	% 27							% 100
Kontrol grubu	Sayı	52	92	51	64	30	5	14	200
	%	% 26							% 100
Toplam	Sayı	106							400
	%	% 26,5							% 100

P = 0,917

HT=Hipertansiyon
DM:Diabetes Mellitus

İKH =İskemik Kalp Hastalığı
KOAHA= Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KİSH=Kas İskelet Sistemi Hastalığı
SVH= Serebrovasküler Hastalık

Çalışma grubunda bulunan yaşlıların 146 (% 73)'sında, kontrol grubundaki yaşlıların 148 (% 74)'ünde kronik bir hastalık vardı ve kronik hastalığı olanların ortalama yarısında en az iki kronik hastalık vardı.

Kronik bir hastalıktan dolayı ilaç kullanma açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda ilaç kullananların düzenli ilaç kullanma alışkanlığı anlamlı olarak fazla idi (Tablo 17).

Tablo 17. Gruplar Arasında İlaç Kullanma Alışkanlığı Açısından İlişki

Grup	İlaç Kullanıyor musunuz ?			Toplam	
	Evet-Düzenli	Evet-Düzensiz	Hayır		
Çalışma grubu	Sayı	101	44	55	200
	%	% 50,5	% 22	% 27,5	% 100
Kontrol grubu	Sayı	121	26	53	200
	%	% 60,5	% 13	% 26,5	% 100
Toplam	Sayı	222	70	108	400
	%	% 55,5	% 17,5	% 27	% 100

P=0,029

Çalışmada gruplara araştırmanın yapıldığı dönemde aktif bir sorunu olup olmadığı karşılaştırıldı ve anlamlı bir sonuç bulunmadı (Tablo 18).

Tablo 18. Gruplar Arasında Aktif Hastalık Olma İlişkisi

Grup	Şu anda aktif bir hastalığınız var mı ?		Toplam
	Evet	Hayır	
Çalışma grubu	Sayı % 35,5	71 % 64,5	129 % 100
Kontrol grubu	Sayı % 30,5	61 % 69,5	139 % 100
Toplam	Sayı % 33	132 % 67	268 % 100

P = 0,340

Sigara veya alkol kullanma alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark vardı (Tablo 19).

Tablo 19. Gruplar Arasında Sigara veya Alkol Kullanma Alışkanlığı İlişkisi

Grup	Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?		Toplam
	Hayır	Evet	
Çalışma grubu	Sayı % 76,5	153 % 23,5	47 % 100
Kontrol grubu	Sayı % 62,5	125 % 37,5	75 % 100
Toplam	Sayı % 69,5	278 % 30,5	122 % 100

P = 0,031

Günlük işlerini yardımsız yapabilme açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 20).

Tablo 20. Gruplar Arasında Günlük İşlerini Yardımsız Yapabilme İlişkisi

Grup	Günlük işlerinizi yardımsız yapabiliyor musunuz ?		Toplam
	Evet	Hayır	
Çalışma grubu	Sayı 168	32	200
	% % 84	% 16	% 100
Kontrol grubu	Sayı 180	20	200
	% % 90	% 10	% 100
Toplam	Sayı 248	52	400
	% % 87	% 13	% 100

P = 0,055

Günlük işlerini yardımsız yapabilme açısından değerlendirildiğinde yardım alınan konular gezmeye gitme, banyo yapma, merdiven inip-çıkma, giyinme, tuvalete gitme, oda içi hareket, yatma-kalkma ve yemek yeme idi (Tablo 21).

Tablo 21. Gruplar Arasında Yardım Aldığı Konuların İlişkisi

Yardım Alınan Konular	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Toplam
Gezmeye gitme	Sayı 32	18	50
	% % 16	% 9	% 12,5
Banyo yapma	Sayı 28	19	47
	% % 14	% 9,5	% 11,75
Merdiven inip-çıkma	Sayı 25	13	38
	% % 12,5	% 6,5	% 9,5
Giyinme	Sayı 11	10	21
	% % 5,5	% 5	% 5,25
Tualete gitme	Sayı 10	6	16
	% % 5	% 3	% 4
Oda içi hareket	Sayı 9	5	14
	% % 4,5	% 2,5	% 3,5

Yatma-kalkma	Sayı	4	2	6
	%	% 2	% 1	% 1,5
Yemek yeme	Sayı	3	2	5
	%	% 1,5	% 1	% 1,25

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD-TR ölçeğinin değerlendirilmesinde en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir ve her alt alanda en düşük puan 4, en yüksek puan 20'dir. Yüksek puan iyi yaşam kalitesini ve düşük puan kötü yaşam kalitesini ifade etmektedir. Çalışma grubu ve kontrol grubuna uygulanan WHOQOL-OLD-TR ölçeği temel alanları karşılaştırıldığında; duysal fonksiyonların karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Ancak; özerklik, geçmiş bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık temel alanlarında ortalamada kontrol grubunun yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Tablo 22)

Tablo 22. Grupların WHOQOL-OLD Temel Alan Puanlarının Karşılaştırılması

Temel Alan	Çalışma Grubu Ortalama \pm Sd	Kontrol Grubu Ortalama \pm Sd	P.
Duyusal fonksiyonlar	9,6 \pm 3,6	9,8 \pm 3,1	0,245
Özerklik	10,9 \pm 2,6	14,2 \pm 2,3	0,000
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	10,2 \pm 2,5	13,5 \pm 2,7	0,000
Sosyal katılım	9,6 \pm 2,1	12,1 \pm 2,8	0,000
Ölüm ve ölmek	10,4 \pm 1,9	13,1 \pm 2,4	0,000
Yakınlık	9,9 \pm 2,2	13,8 \pm 2,3	0,000
ORTALAMA	10,1 \pm 2,3	12,7 \pm 2,6	0,000

Araştırmaya katılan gruplar yaş ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında; ev ortamında yaşayan kontrol grubunun huzurevinde

yaşayan çalışma grubuna oranla 70 yaş ve altında ve 70 yaş üstünde yaşam kalitesinin genel olarak ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi olduğu görülmektedir (Tablo 23).

Tablo 23. Grupların Yaş ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK		N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM		
									Ortalama ± sd	P	
YAŞ	≤ 70	Çalışma Grubu	128 % 64	9,6 ± 1,7	11,0 ± 1,9	10,3 ± 1,9	9,6 ± 2,1	10,4 ± 2,4	9,9 ± 2,1	10,2 ± 2,1	0,000
		Kontrol Grubu	131 % 65,5	9,8 ± 1,6	14 ± 1,8	13,5 ± 1,9	12,1 ± 2,4	12,8 ± 2,3	13,7 ± 1,9	11,9 ± 2,0	
	> 70	Çalışma Grubu	72 % 36	9,6 ± 1,8	10,6 ± 2,0	9,4 ± 2,0	9,5 ± 2,2	10,3 ± 2,2	10,0 ± 2,2	9,9 ± 2,1	0,000
		Kontrol Grubu	69 % 34,5	9,9 ± 1,8	13,8 ± 1,6	13,5 ± 1,6	12,0 ± 2,2	13,5 ± 2,0	13,8 ± 1,9	12,8 ± 1,9	

Çalışma ve kontrol grupları cinsiyet ve yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde; ev ortamında yaşayan grubun, huzurevinde yaşayan gruba göre kadınlar ve erkeklerde yaşam kalitesinin genel olarak ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 24. Grupların Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK		N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM		
									Ortalama ± sd	P	
CİNS	Erkek	Çalışma Grubu	118 % 59	9,5 ± 1,7	11,5 ± 2,1	10,5 ± 2,2	9,6 ± 2,4	10,0 ± 2,5	10,2 ± 2,4	10,2 ± 2,4	0,000
		Kontrol Grubu	118 % 59	9,6 ± 1,5	14,5 ± 1,5	13,7 ± 1,8	11,6 ± 2,3	12,8 ± 2,3	13,8 ± 2,0	12,5 ± 1,9	
	Kadın	Çalışma Grubu	82	10,1 ± 1,8	10,0 ± 1,7	9,6 ± 1,5	9,6 ± 1,5	10,0 ± 1,8	9,6 ± 1,8	9,9 ± 1,7	0,000

		Grubu	% 41								
		Kontrol Grubu	82 % 41	10,2 ± 1,8	13,3 ± 1,9	13,3 ± 1,8	12,2 ± 2,2	13,4 ± 2,1	13,6 ± 1,9	12,6 ± 2,0	

Araştırmaya katılan gruplar medeni hal ve yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde ev ortamında yaşayan kontrol grubunda genel olarak yaşam kalitesi yüksekti ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Tablo 25).

Tablo 25. Grupların Medeni Hal ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM	
										Ortalama ± sd	P
MEDENİ HAL	Evli	Çalışma Grubu	10 % 5	9,6 ± 2,0	9,9 ± 2,1	9,1 ± 2,4	7,4 ± 2,5	9,7 ± 2,8	8,7 ± 2,3	9,6 ± 2,4	0,000
		Kontrol Grubu	177 %88,5	9,8 ± 1,6	14,1 ± 1,7	13,6 ± 1,5	12,2 ± 2,2	13,2 ± 2,1	13,7 ± 1,9	12,7 ± 1,9	
	Bekâr Dul Boşanmış	Çalışma Grubu	190 %95	9,6 ± 1,7	10,9 ± 2,1	10,2 ± 1,9	9,2 ± 2,1	10,4 ± 2,3	10 ± 2,1	10,5 ± 2,0	0,000
		Kontrol Grubu	23 %11,5	10,0 ± 1,9	13,7 ± 2,5	13,0 ± 2,2	10,9 ± 2,9	12,4 ± 2,4	13,5 ± 1,9	12,3 ± 2,3	

Bu araştırmada çalışma ve kontrol gruplarının çocuklarının olup olmaması ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; ev ortamında yaşayan kontrol grubunun çocukları olan ve olmayan gruplarda yaşam

kalitesinin genel olarak iyi olduğu ve toplamda da yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi olduğu görüldü (Tablo 26)

Tablo 26. Grupların Çocuklarının Olup Olmaması İle Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama \pm sd	ÖZERKLİK Ortalama \pm sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama \pm sd	SOSYAL KATILIM Ortalama \pm sd	ÖLÜM Ortalama \pm sd	YAKINLIK Ortalama \pm sd	TOPLAM	
										Ortalama \pm sd	P
Çocuğunuz Var mı?	Evet	Çalışma Grubu	144 % 72	9,5 \pm 1,6	11,0 \pm 2,0	10,5 \pm 1,9	9,8 \pm 1,9	10,3 \pm 2,2	10,0 \pm 2,1	10,2 \pm 2,1	0,000
		Kontrol Grubu	197 %98,5	9,9 \pm 1,6	14,0 \pm 1,7	13,5 \pm 1,8	12,1 \pm 2,3	13,1 \pm 2,2	13,7 \pm 1,9	12,7 \pm 1,9	
	Hayır	Çalışma Grubu	56 % 28	9,8 \pm 2,0	10,6 \pm 2,0	9,7 \pm 1,9	9,0 \pm 2,5	10,5 \pm 2,4	9,7 \pm 2,3	9,9 \pm 2,2	0,000
		Kontrol Grubu	3 % 1,5	11,3 \pm 3,5	12,7 \pm 5,0	13,0 \pm 4,0	12,3 \pm 4,5	10,7 \pm 2,5	13,7 \pm 2,9	12,3 \pm 3,7	

Çalışma ve kontrol gruplarının eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki irdelendiğinde; ev ortamında yaşayan kontrol grubunda; okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokul mezunu olanlar ve ortaokul ve üstü eğitim alanlarda yaşam kalitesi genel olarak Huzurevinde yaşayan kontrol grubundan daha iyi ve toplamda kontrol grubunun yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi (Tablo 27).

Tablo 27. Grupların Eğitim Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama \pm sd	ÖZERKLİK Ortalama \pm sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama \pm sd	SOSYAL KATILIM Ortalama \pm sd	ÖLÜM Ortalama \pm sd	YAKINLIK Ortalama \pm sd	TOPLAM	
										Ortalama \pm sd	P
Eğitim Düzeyi	Oy D Oy İlkokul Mezunu	Çalışma Grubu	160 % 80	9,4 \pm 1,6	11,0 \pm 2,0	10,5 \pm 1,8	10,0 \pm 1,8	10,5 \pm 2,1	10,2 \pm 2,0	10,3 \pm 2,0	0,000
		Kontrol Grubu	165 % 82,5	9,8 \pm 1,6	13,9 \pm 1,7	13,1 \pm 1,6	12,2 \pm 2,2	13,1 \pm 2,0	13,6 \pm 1,9	12,6 \pm 1,8	

	Ortaokul ve Üstü	Çalışma Grubu	40 % 20	10,6 ± 2,0	10,3 ± 2,1	9,5 ± 2,1	7,8 ± 2,5	9,9 ± 2,7	8,8 ± 2,4	9,5 ± 2,3	0,000
		Kontrol Grubu	35 % 17,5	9,7 ± 1,7	14,7 ± 2,0	14,3 ± 2,4	11,6 ± 2,8	13,0 ± 2,9	14,3 ± 2,1	12,9 ± 2,3	

Araştırmaya katılan gruplar sosyal güvence ve yaşam kalitesi açısından incelendiğinde ev ortamında yaşayan kontrol grubunun sosyal güvencesi olanlarda ve olmayanlarda yaşam kalitesinin çalışma grubuna göre genel olarak ve toplamda daha iyi olduğu görülmektedir (P = 0.000) (Tablo 28).

Tablo 28. Grupların Sosyal Güvence ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM	
										Ortalama ± sd	P
SOSYAL GÜVENCE	VAR	Çalışma Grubu	129 %64,5	9,7 ± 1,8	11,1 ± 2,2	10,3 ± 2,2	9,4 ± 2,4	10,5 ± 2,4	10,0 ± 2,3	10,2 ± 2,2	0,000
		Kontrol Grubu	152 % 76	10,0 ± 1,6	14,0 ± 1,8	13,5 ± 1,9	12,0 ± 2,4	13,0 ± 2,3	13,7 ± 2,0	12,7 ± 2,0	
	YOK	Çalışma Grubu	71 %35,5	9,4 ± 1,6	10,5 ± 1,7	10,0 ± 1,5	9,9 ± 1,4	10,3 ± 2,1	9,7 ± 1,7	9,9 ± 1,7	0,000
		Kontrol Grubu	48 % 24	9,3 ± 1,6	13,9 ± 1,6	13,4 ± 1,5	12,4 ± 2,3	13,0 ± 2,0	13,8 ± 1,7	12,3 ± 1,8	

Bu araştırmadaki gruplar aylık gelir ve yaşam kalitesi bakımından değerlendirildiğinde ev ortamında yaşayan kontrol grubunun yaşam kalitesinin genel olarak daha iyi olduğu, ayrıca toplamda da istatistiksel

olarak anlamlı derecede yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görüldü (P = 0.000) (Tablo 29).

Tablo 29. Grupların Aylık Gelir ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK		N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM		
									Ortalama ± sd	P	
ORTALAMA AYLIK GELİR	KÖTÜ	Çalışma Grubu	102 % 51	9,5 ± 1,6	10,7 ± 1,7	10,1 ± 1,5	9,9 ± 1,5	10,3± 2,1	9,9 ± 1,7	9,9 ± 1,7	0,000
		Kontrol Grubu	46 % 23	8,9 ± 1,5	14,0 ± 1,7	13,3 ± 1,6	12,4± 2,0	12,7± 1,6	13,6 ± 1,8	12,6 ± 1,7	
	ORTA	Çalışma Grubu	70 % 35	9,3 ± 1,6	11,6 ± 2,4	10,7 ± 2,4	9,7 ± 2,7	10,5± 2,7	10,4 ± 2,5	10,4 ± 2,4	0,000
		Kontrol Grubu	114 % 57	9,9 ± 1,7	13,9 ± 1,8	13,4 ± 1,9	12,1± 2,3	13.1± 2,2	13,5 ± 2,0	12,7 ± 2,0	
	İYİ	Çalışma Grubu	28 % 14	10,9 ± 1,9	9,9 ± 1,5	9,2 ± 1,7	8,4 ± 1,9	10,4± 1,9	8,9 ± 2,1	9,7 ± 1,8	0,000
		Kontrol Grubu	40 % 20	9,8 ± 1,8	14,5 ± 1,9	14,1 ± 1,9	11,8± 2,8	13,4± 2,7	14,3 ± 1,9	13,0 ± 2,2	

Bu araştırmaya katılan gruplar kronik hastalığı olma ve yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanlardan ve olmayanlardan

ev ortamında yaşayan kontrol grubunun yaşam kalitesinin genel olarak daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Grupların Kronik Hastalık ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama \pm sd	ÖZERKLİK Ortalama \pm sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama \pm sd	SOSYAL KATILIM Ortalama \pm sd	ÖLÜM Ortalama \pm sd	YAKINLIK Ortalama \pm sd	TOPLAM	
										Ortalama \pm sd	P
KRONİK HASTALIK	VAR	Çalışma Grubu	145 % 72.5	1,2 \pm 1,6	10,7 \pm 2,0	10,0 \pm 1,9	9,1 \pm 2,0	10,6 \pm 2,3	9,4 \pm 1,9	10,0 \pm 1,9	0,000
		Kontrol Grubu	147 % 74.5	10,3 \pm 1,5	13,7 \pm 1,8	13,3 \pm 1,8	11,8 \pm 2,2	12,9 \pm 2,1	13,5 \pm 1,8		
	YOK	Çalışma Grubu	55 % 27.5	10,0 \pm 1,3	11,4 \pm 2,1	10,7 \pm 2,0	11,0 \pm 2,2	9,8 \pm 1,9	11,2 \pm 2,2	10,7 \pm 1,9	0,000
		Kontrol Grubu	53 % 26.5	10,5 \pm 1,7	14,8 \pm 1,6	14,2 \pm 1,7	12,7 \pm 2,6	13,5 \pm 2,1	14,3 \pm 2,1		

Araştırmada çalışma ve kontrol gruplarında bulunan bireylerden kronik hastalığı olanların düzenli ilaç kullanıp kullanmamaları ile yaşam kalitesi incelendiğinde her iki grupta da ev ortamında yaşayanların genel olarak yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir (P = 0,000) (Tablo 31).

Tablo 31. Gruplarda Kronik Hastalığı Olanların Düzenli İlaç Kullanıp Kullanmaması ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK			N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama \pm sd	ÖZERKLİK Ortalama \pm sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama \pm sd	SOSYAL KATILIM Ortalama \pm sd	ÖLÜM Ortalama \pm sd	YAKINLIK Ortalama \pm sd	TOPLAM	
										Ortalama \pm sd	P
Düzenli ilaç	Evet	Çalışma Grubu	100 % 50	10,3 \pm 1,8	10,8 \pm 2,1	10,0 \pm 2,1	9,8 \pm 2,2	10,6 \pm 2,5	9,5 \pm 2,1	10,2 \pm 2,1	0,000

		Kontrol Grubu	121 % 60.5	10,1 ± 1,6	14,0 ± 1,8	13,2 ± 1,9	11,6 ± 2,3	12,7 ± 2,3	13,5 ± 1,9	12,5 ± 2,0	
	Hayır	Çalışma Grubu	45 % 22.5	10,2 ± 1,2	10,6 ± 1,8	9,9 ± 1,6	10,6 ± 1,8	10,6 ± 1,8	9,3 ± 1,5	10,0 ± 1,6	0,000
		Kontrol Grubu	26 % 13	11,0 ± 1,8	12,8 ± 1,8	13,4 ± 1,7	13,9 ± 1,9	13,9 ± 1,9	13,3 ± 1,7	12,9 ± 1,8	

Araştırmaya katılan gruplar sigara ve alkol kullanma alışkanlığı ve yaşam kalitesi açısından incelendiğinde ev ortamında yaşayan kontrol grubunun genel olarak yaşam kalitesinin huzurevinde yaşayan çalışma grubundan daha iyi olduğu görülmektedir (P = 0,000) (Tablo 32).

Tablo 32. Grupların Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK		N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM		
									Ortalama ± sd	P	
Sigara veya Alkol Kullanıyor musunuz?	Evet	Çalışma Grubu	47 % 23.5	9,4 ± 1,8	10,7 ± 1,9	9,9 ± 2,1	9,5 ± 1,9	10,1 ± 1,7	11,2 ± 1,9	10,1 ± 1,9	0,000
		Kontrol Grubu	76 % 38	9,8 ± 1,4	14,3 ± 1,6	13,4 ± 1,6	11,4 ± 2,4	12,6 ± 2,4	13,5 ± 1,8	12,5 ± 1,9	
	Hayır	Çalışma Grubu	153 % 76.5	9,7 ± 1,7	10,8 ± 1,8	10,1 ± 1,8	9,8 ± 1,8	10,4 ± 2,1	9,9 ± 1,9	10,2 ± 1,8	0,000
		Kontrol Grubu	124 % 62	10,1 ± 1,7	13,8 ± 1,9	13,8 ± 1,9	13,6 ± 2,3	13,4 ± 2,1	13,8 ± 2,0	13,1 ± 2,0	

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol gruplarının günlük işlerini yaparken başkalarından yardım alıp almadığı konusu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki irdelendiğinde; ev ortamında yaşayan kontrol grubunun yaşam kalitesinin yardım alanlarda ve almayanlarda genel olarak iyi olduğu görüldü (P = 0,000) (Tablo 33) .

Tablo 33. Grupların Günlük İşlerini Yaparken Yardım Alıp Almaması ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK		N %	DUYUSAL YETİLER Ortalama ± sd	ÖZERKLİK Ortalama ± sd	GEÇMİŞ GELECEK AKTİVİTE Ortalama ± sd	SOSYAL KATILIM Ortalama ± sd	ÖLÜM Ortalama ± sd	YAKINLIK Ortalama ± sd	TOPLAM		
									Ortalama ± sd	P	
Günlük İşlerinizi Yardımsız Yapabiliyor musunuz?	Evet	Çalışma Grubu	167 % 83.5	9,2 ± 1,4	11,2 ± 2,1	10,5 ± 1,9	9,9 ± 2,1	10,4 ± 2,3	10,1 ± 2,1	10,2 ± 2,0	0,000
		Kontrol Grubu	180 % 90	11,9 ± 1,5	14,2 ± 1,7	13,7 ± 1,7	12,3 ± 2,3	13,2 ± 2,1	13,8 ± 1,9	13,2 ± 1,9	
	Hayır	Çalışma Grubu	33 % 16.5	11,8 ± 2,0	9,6 ± 1,7	8,8 ± 1,6	8,2 ± 1,6	10,3 ± 2,1	8,9 ± 2,9	9,6 ± 1,9	0,000
		Kontrol Grubu	20 % 10	9,5 ± 1,4	12,3 ± 2,3	12,1 ± 2,2	10,7 ± 2,5	11,7 ± 2,4	13,2 ± 1,7	11,6 ± 2,1	

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma ile; Huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler ile ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesinin araştırılarak her iki grubun yaşam kalitesini karşılaştırılması amaçlandı. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşlılığı tanımlarken 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir ve bundan dolayı çalışmaya alınan bireyler 65 yaş ve üzeri bireylerdir (56). Çalışmaya alınan kontrol grubu da, çalışma grubu gibi Türkiye'nin değişik bölgelerinde doğmuş ve sonra Bursa'ya göç ederek hayatını Bursa'da devam ettiren bireylerden oluşmuştur. Bu açıdan bakıldığında çalışma ve kontrol gruplarının kültür ve yaşam anlayışları birbirine benzerdir. Bu benzerliğin göreceli olan yaşam kalitesi algısı arasındaki algı farkının en asgariye indirgenmiş olmasına katkıda bulunacağı olasıdır.

Son 30 yılda Dünya'da yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar her geçen gün artmaktadır. Özellikle sağlık alanında yapılan çalışmalarda Kısa Form 36 (SF-36) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği sıklıkla kullanılmıştır (57, 58, 59, 69).

Ülkemizde de birçok çalışmada SF-36 ve WHOQOL ölçeği kullanılmıştır (61-65). Yapılan çalışmalarda WHOQOL ölçeği uzun bulunmuş ve yaşam kalitesinin yapıldığı grupların araştırılmak istenen özelliklerine göre Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmiş olduğu WHOQOL ölçeği kısaltılarak yeni ölçekler geliştirilmiştir. Bizim araştırmamızda kullandığımız Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği yaşlı modülü (WHOQOL-OLD) bu yeni ölçeklerden biridir. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik araştırmaları Eser ve

arkadaşları tarafından yapılmış ve araştırma sonucunda ölçeğin Türkiye’de kullanılabilir olduğu sonucuna varılmıştır (66).

Çalışmaya alınacak olan Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan bireylere SMMT ve SMMT-E uygulanmıştır. Huzurevinde yaşayan 278 kişiye SMMT ve SMMT-E uygulanmış ve 218 kişide SMMT ve SMMT-E 24 puan ve üzeri bulunmuştur. Ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üzeri 221 bireye SMMT ve SMMT-E uygulanmış ve 200 kişide SMMT ve SMMT-E 24 puan ve üzeri bulunmuş ve bu bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; huzurevinde yaşayan yaşlılarda SMMT sonuçları bu çalışmadaki sonuçlarla benzerdir ve 65 yaş ve üzeri bireylerde SMM Test sonuçları 24’ün altında olma oranı % 12–31 arasındadır (67–69).

Huzurevinde yaşayan çalışma grubunun yaş ortalaması $71,2 \pm 5,4$, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $70,8 \pm 4,8$ idi. Ülkemizde Huzurevlerinde yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ortalamaları bu çalışmadaki yaş ortalamaları ile benzerdir. Ayrıca bu çalışmada, çalışma ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları birbirine benzerdir (67–71).

Huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler cinsiyet açısından irdelendiğinde çalışma grubunun 119 (% 59,5)’i erkek, 81 (% 40,5)’i kadındır. Ev ortamında yaşayan kontrol grubunun cinsiyet oranları da aynı şekildedir. Ülkemizde Huzurevlerinde yapılan çalışmalara bakıldığında cinsiyet ilişkisi açısından oranlar benzerdir (67–74).

Çalışmaya alınan bireyler medeni durum açısından irdelendiğinde huzur evinde yaşayan çalışma grubundaki 180 (% 90) kişinin evli olmadığı, kontrol grubundaki 178 (% 89) kişinin evli olduğu görülmüştür. Uncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnız % 10,9’unun evli olduğu bildirilmektedir (70) .

Kişioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevinde kalanların evli olma oranı % 4,3 olarak bulunmuştur (87). Işıklı ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada ise huzurevinde kalanlardan evli olmayan bekâr, dul ve boşanmış olanların oranı % 88,9 olarak verilmiştir (86). Ülkemizde yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzerindeki huzurevinde yaşayan bireylerde evlilik oranı % 4,7–16,6 arasında bulunmuştur ve bu oranlar bizim çalışmamızdaki oranlarla benzerdir (70, 71, 75–88).

Huzurevinde yaşayan çalışma grubu ve ev ortamında yaşayan kontrol grubu çocuk sahibi olma açısından değerlendirildiğinde; huzurevinde yaşayan yaşlıların 144 (% 72)'ünün çocuk sahibi olduğu, ev ortamında yaşayan yaşlıların 187 (% 98,5)'inin çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Uncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların % 59'unun çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların % 73'ünün çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Huzurevinde yaşayan bireylerin çocuklarının olma oranları % 59–74,6 olarak rapor edilmiştir (70, 71, 75, 81–85).

Çalışma grubunda ve kontrol grubunda çocuk sahibi olan bireylerin çocukları ile olan ilişkileri incelendiğinde; çalışma grubunda çocuğu olan bireylerin 84 (% 59)'ü çocukları ile ilişkilerinin kötü olduğunu, 60 (% 41) birey ise çocukları ile ilişkilerinin orta ve iyi derecede olduğunu, kontrol grubunda çocuğu olan 197 kişiden 8 (% 4,1)'i çocukları ile ilişkilerinin kötü olduğunu, 189 (% 95,9) kişi ise çocukları ile ilişkilerinin iyi ve orta olduğunu ifade etmişlerdir. Uncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da Huzurevinde yaşayan yaşlıların % 42'sinin çocukları ile ilişkilerinin iyi olduğu, % 58'inin çocukları ile ilişkilerinin kötü olduğu bildirilmiştir. Bahar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise Huzurevinde yaşayan yaşlıların % 45,3'ünün çocukları ile görüşmediği, % 47,2'sinin çocukları ile seyrek görüştüğü, % 7,5'inin çocukları ile sık görüştüğü bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da elde edilen sonuçlar benzerdir ve bizim bulgularımızla örtüşmektedir (70, 71, 80, 81).

Araştırmaya katılan gruplar eğitim düzeyi açısından incelendiğinde huzurevinde yaşayan çalışma grubunda 3 (% 1,5) kişi okuryazar değil, 158 (% 79) kişi ilkokul mezunu ve okuryazar, 39 (% 18,5) kişi ortaokul-lise ve yüksekokul mezunu idi. Ev ortamında yaşayan kontrol grubunda ise 3 (% 1,5) okuryazar değil, 162 (% 81) kişi ilkokul mezunu veya okuryazar, 35 (% 17,5) ortaokul-lise veya yüksekokul mezunu idi ve gruplar eğitim düzeyi açısından birbirine benzerdi. Gruplar arasında istatistiksel olarak eğitim düzeyi açısından fark yoktu. Uncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elde edilen veriler bizim çalışmamıza paraleldir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında bulunan eğitim düzeyleri bizim çalışmamızla örtüşmektedir (68, 70, 71, 75, 77, 79–81, 83, 85, 89-92).

Çalışmaya katılan gruplar gelir düzeyleri açısından iyi, kötü ve orta olarak sınıflandırıldı. Elde edilen veriler incelendiğinde; huzurevinde yaşayan çalışma grubunda 102 (% 51) kişi kötü, 71 (% 35,5) kişi orta, 27 (% 13,5) kişi iyi gelir düzeyine sahipti. Bu ortamında yaşayan kontrol grubunda ise 47 (% 23,5) kişi kötü, 114 (% 57) kişi orta, 39 (% 19,5) kişi ise iyi gelir düzeyine sahipti. Gruplar incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak gelir düzeyi açısından anlamlı fark vardı ($P = 0.000$). Kişioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 48,6'sı gelirinin yetmediğini, % 19,4'ü gelirinin zor yettiğini, % 30'unun da gelirinin yettiği bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında huzurevinde yaşayan bireylerin ekonomik gelirinin ev ortamında yaşayan bireylerin ekonomik gelirinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum da bizim yaptığımız çalışmalardan elde ettiğimiz verileri desteklemektedir (70, 71, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 85).

Gruplar meslekleri bakımından incelendiğinde; huzurevinde yaşayan çalışma grubunda 59 (% 29,5) kişinin herhangi bir mesleği olmadığı, 70 (% 35) kişinin emekli olduğu, 71 (% 35,5) kişinin ise ev hanımı olduğu görülmüştür. Ev ortamında yaşayan kontrol grubunda ise 58 (% 29) kişinin

herhangi bir mesleği olmadığı, 64 (% 32) kişinin emekli olduğu, 78 (% 39) kişinin ev hanımı olduğu görülmüştür. Araştırmamızdaki çalışma ve kontrol grupları arasında meslek bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Beştepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ev hanımı olanlar % 37,1, mesleği olmayanlar % 30,9 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında meslek grupları bizim çalışmamıza benzer orandadır. Ülkemizde özellikle eğitim seviyesi düşük kadınların fazla olması ve bunların gelecekteki yaşamlarını ev hanımı olarak idame ettirmeleri, eğitim seviyesi düşük erkeklerin ise günlük işlerde çalışmış olmaları ilerideki yaşamlarında herhangi bir meslek sahibi olmamalarına neden olduğunu tahmin ediyoruz (70, 71, 75, 80, 81, 85).

Bu araştırmada gruplar sosyal güvence açısından incelendiğinde huzurevinde yaşayan çalışma grubunda 71 (% 35,5) kişinin herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, 129 (% 64,5) kişinin Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK veya Yeşil Karta bağlı sosyal güvencesinin bulunduğu görülmüştür. Ev ortamında yaşayan 48 (% 24) kişinin sosyal güvencesinin olmadığı 152 (% 76) kişinin ise Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK veya Yeşil Karta bağlı sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür. Araştırmadaki çalışma grubu ve kontrol grubu sosyal güvence açısından karşılaştırıldığında; çalışma grubunda bulunan bireylerden sosyal güvencesi olmayanların sayısının kontrol grubundaki sosyal güvencesi olmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu görülmüştür ($P = 0.000$). Uncu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada huzurevinde kalan bireylerin % 35,2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı bildirilmektedir. Bahar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevinde kalan bireylerin % 49,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında huzurevinde yaşayan bireylerden sosyal güvencesi olmayanların oranı % 39–82 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum huzurevlerinde kalan bireylerin genellikle yoksul ve bakıma muhtaç insanlar oluşması ile açıklanabilir (70, 75, 80, 82).

Araştırmaya katılan çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki bireyler kronik hastalık açısından incelendiğinde; Huzurevinde yaşayan çalışma grubunda 54 (% 27) kişinin kronik bir hastalığı olmadığı, 146 (% 73) kişinin en az bir kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda kronik hastalık sıklığı sırası ile HT 83 (% 41,5) kişide, kas-iskelet sistemi hastalığı 66 (% 33) kişide, iskemik kalp hastalığı 43 (% 21,5) kişide, diyabet 31 (% 15,5) kişide, 23 (% 11,5) kişide ise diğer kronik hastalıklar görülmüştür. Kontrol grubunda ise 52 (% 26) kişide kronik bir hastalık vardı, 148 (% 74) kişide ise en az bir kronik hastalık vardı. Kontrol grubunda; 92 (% 46) kişide hipertansiyon, 64 (% 32) kişide kas-iskelet sistemi hastalığı, 51 (% 25,5) kişide iskemik kalp hastalığı 30 (% 15) kişide diyabet, 19 (% 9,5) kişide ise diğer kronik hastalıklar görülmüştür. Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubu kronik hastalığı olma açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlılarda kronik hastalık olarak hipertansiyon % 36,9, kas iskelet sistemi hastalıkları % 28,5, % 11,5 iskemik kalp hastalığı, % 12,8 diyabet bulunduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda görülen en sık kronik hastalıklar; hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları, iskemik kalp hastalığı ve diyabet olarak bildirilmekte olup bu bulgular bizim çalışmamıza paraleldir. (70, 71, 75, 78–80, 85).

Araştırmada karşılaştırılan çalışma grubu ve kontrol grubu kronik bir hastalığa bağlı ilaç kullanma alışkanlığı açısından incelendiğinde çalışma grubunda bulunan bireylerin 101 (% 50,5)'inin düzenli ilaç kullandığı, 44 (% 22)'ünün düzensiz ilaç kullandığı, 55 (% 27,5)'inin ilaç kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda bulunan bireylerin ise 121 (% 60,5)'inin düzenli ilaç kullandığı, 26 (% 13)'sının düzensiz ilaç kullandığı, 53 (% 26,5) kişinin ilaç kullanmadığı bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu arasında ilaç kullanma alışkanlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (P = 0,029). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalıklarda düzenli ilaç kullanım oranı % 54,1 olduğu bildirilmektedir (79).

Bizim çalışmamızda ev ortamında yaşayanların kronik bir hastalığa bağlı ilaç kullanma alışkanlığının, huzurevinde yaşayanlara göre daha fazla olmasının nedeni irdelendiğinde; ev ortamında yaşayanların sağlıklarına daha fazla dikkat ettikleri ve hayata daha pozitif baktıklarından kaynaklandığı izlenimi edinilmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde yapılan çalışmalarla da paraleldir (75, 79, 82, 94, 95).

Araştırmamızdaki çalışma ve kontrol grupları sigara ve alkol kullanma alışkanlığı açısından irdelendiğinde; çalışma grubunda 47 (% 23,5) kişinin sigara veya alkol kullandığı, 153 (% 76,5) kişinin kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise 75 (% 37,5) kişinin sigara veya alkol kullandığı, 125 (% 62,5) kişinin kullanmadığı görülmüştür. Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayanlarda sigara ve alkol kullanım oranının % 33, ev ortamında yaşayanlarda sigara ve alkol kullanım oranlarının % 50 olduğu bildirilmektedir. Gülseren ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda madde kullanım oranı % 62,9 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında yaşlılarda sigara ve alkol kullanım oranı % 40–89.6 arasında değişmektedir. Bu değişken sonuçlar çalışmaların yapıldığı popülasyonun değişik sosyo kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir (70, 71, 75, 79, 85, 98-101).

Araştırmadaki gruplar günlük işlerini yaparken yardım alma konuları hakkında incelendiğinde; çalışma grubundaki 32 (%16) kişinin günlük işlerinde yardım aldığı, kontrol grubunda 20 (% 10) kişinin günlük işlerini yardımsız yapmadığı görülmüş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (P = 0.055). Çalışma grubundaki 32 (%16) kişinin gezmeye gitme, 28 (% 14) kişinin banyo yapma, 25 (% 12,5) kişinin merdiven inip-çıkma, 11 (% 5,5) kişinin giyinme, 10 (% 5) kişinin tuvalete gitme, 9 (% 4,5) kişinin oda içi hareket 4 (% 2) kişinin yatma-kalkma, 3 (% 1,5) kişinin yemek yeme konusunda yardım alma ihtiyacı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise 18 (% 9) kişinin gezmeye gitme, 19 (% 9,5) kişinin banyo

yapma, 13 (% 6,5) kişinin merdiven inip çıkma, 10 (% 5) kişinin giyinme, 6 (% 3) kişinin tuvalete gitme, 5 (% 2,5) kişinin oda içi hareket, 2 (% 1) kişinin yatma-kalkma, 2 (% 1) kişinin yemek yeme işlerini yardımsız yapamadığı görülmüştür. Uncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Huzurevinde kalan bireylerden % 19,7'sinin bahçede gezinme, % 12,4'ünün merdiven çıkma, % 23,3'ünün banyo yapma, % 6,7'sinin tuvalete gitme, % 2'sinin ise yemek yeme gibi daha çok fiziksel güç gerektiren konularda yardım aldıkları bildirilmektedir (70).

Huzurevinde yaşayan çalışma grubunun, huzurevinden memnun olup olmadığı sorulduğunda 19 (% 9,5) kişi huzurevinde kalmaktan memnun olduğunu, 18 (% 9) kişi huzurevinde kalmaktan memnun olmadığını, 163 (% 81,5) kişi huzurevinde kalmaktan memnun olduğunu ancak ev ortamını özlediğini ifade etmişlerdir. Huzurevinde kalmaktan memnun olmayanların memnun olmadıkları konular; 8 (% 4) kişi oda arkadaşı ile sorun yaşadığını, 4 (% 2) kişi yemekleri beğenmediğini, 4 (% 2) kişi idareciler ve çalışanlardan memnun olmadığını, 3 (% 1,5) kişi dedikodu yapılmasından rahatsız olduğunu, 1 (% 0,5) kişi söylemek istemediği nedenden dolayı huzurevinde kalmaktan memnun olmadığını ifade etti. Aylaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada huzurevinde kalan bireylere nerede yaşamak istedikleri sorulduğunda % 67,8 oranında kendi evinde veya çocukları ile birlikte kalmak istedikleri bildirilmiştir. Huzurevinde yaşayan bireyler genel olarak huzurevinde kalmaktan memnun olmalarına rağmen ev ortamını özlediklerini ifade etmektedirler.

Araştırmaya katılan grupların yaşam kalitesi WHOQOL-OLD-TR ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Bu ölçeğin Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile ortaya konulmuştur (47). WHOQOL-OLD modülü Dünya Sağlık Örgütü'nün henüz yeni geliştirdiği bir ölçektir ve ölçeğin alan çalışması Dünya Sağlık

Örgütü Yaşam Kalitesi Gurubu (WHOQOL-Group) tarafından yapılmış ve sonuçlar 2005 yılında yayınlanmıştır (103).

WHOQOL-OLD-TR ölçeği Türkiye'de çok az sayıda araştırmada kullanılmış olup literatürde bulunan tek çalışma örneği 2007 yılında yayınlanan Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı 200 kişinin katılımı ile yapılan çalışmadır (55). Bizim yapmış olduğumuz araştırma ülkemizde WHOQOL-OLD-TR ölçeği kullanılarak yapılmış olan en geniş kapsamlı ve ilk araştırmalardan birisi olmasından dolayı önemli olabilir.

WHOQOL-OLD-TR ölçeği ile yapılan değerlendirme sonucunda ölçeğin duyuşsal alan puanı ortalaması; huzurevinde yaşıayan çalışma grubunda $9,6 \pm 3,6$, ev ortamında yaşıayan kontrol grubunda $9,8 \pm 3,1$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P = 0.245$). Duyusal yetiler alanının, araştırmaya katılan kişilerin yaşlarına ve kronik hastalıklarına bağılı olarak duyuşsal kayıplarını ve bu kayıpların katılımcıların hayatını ne ölçüde etkilediğini araştırdığı göz önüne alındığında bu sonuç normal karşılanmalıdır. Çünkü çalışma ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları birbirine benzer olup ortalama 71'dir. Ayrıca çalışma grubunda kronik hastalığı olanlar 146 (% 73) kişi, kontrol grubunda ise 148 (% 74) kişidir. Bireylerde duyu kayıpları yaşlanmaya ve kronik hastalıklara bağılı olarak gelişmektedir (102). Çalışma ve kontrol gruplarının yaşları ve kronik hastalık oranlarının birbirine benzer olduğu göz önüne alındığında; gruplar arasında duyuşsal yetiler arasında istatistiksel olarak fark olmaması beklenen bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL Group) tarafından 22 merkezde yapılan çalışmada ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elde edilen sonuçlar, bizim araştırmamızda elde edilen sonuçlardan daha iyidir (55,103). Bu farklılık bu araştırmanın diğere çalışmalardan farklı olarak huzurevinde ve kırsal alandan büyük şehre göç eden bireylerde yapılmış olması ve ülkeler arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca bizim araştırmamıza katılan bireylerde kronik hastalık oranının fazla olması ve

kronik hastalığı olanların % 50'sinde birden fazla kronik hastalık bulunması da bu farklılığın nedeni olabilir.

Araştırmamızda özerklik alan puanı ortalaması değerlendirildiğinde; huzurevinde yaşayan çalışma grubunda $10,9 \pm 2,6$ ve ev ortamında yaşayan kontrol grubunda $14,2 \pm 2,3$ olarak bulunmuş olup sonuçlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($P = 0.000$). Sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL Group) tarafından 22 merkezde yapılan çalışma ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında; huzurevinde yaşaya grubun ortalama puanının diğer çalışmalarda elde edilen puanlardan daha düşük olduğu, ev ortamında yaşayan grubun ortalama puanının ise Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasından elde edilen puandan düşük, Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan elde edilen puandan yüksek olduğu görülmektedir (55,103). Huzurevinde yaşayan grubun belki kurallara uymak zorunda olmaları, yemek, yatma, gezme gibi günlük aktivitelerini belirli bir program dâhilinde yapmak durumunda olmaları kendilerini daha az özerk hissetmeleri sonucunu ortaya çıkarmış olabilir.

Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktivitelerle ilgili alan ortalama puanı değerlendirildiğinde; huzurevinde yaşayan çalışma grubunda $10,2 \pm 2,5$, ev ortamında yaşayan kontrol grubunda ise $13,5 \pm 2,7$ olarak bulunmuş olup sonuçlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($P = 0.000$). Bu sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu'nun yaptığı çalışma ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında huzurevi grubunda elde edilen sonuçların her iki çalışma sonuçlarından düşük olduğu, ev ortamında yaşayan gruptan elde edilen sonuçların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubunun yaptığı çalışma sonuçlarından daha düşük ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki puanla (13,0) benzer olduğu görülmektedir (55,103).

Grupların “sosyal katılım” alan puanı ortalaması değerlendirildiğinde; huzurevinde yaşayan çalışma grubunun puan ortalaması $9,6 \pm 2,1$ ve ev ortamında yaşayan kontrol grubunun puan ortalaması $12,1 \pm 2,8$ olarak bulunmuş olup, sonuçlar karşılaştırıldığında ev ortamında yaşayan grubun puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($P = 0,000$). Huzurevi grubunda elde edilen puan, ortalaması Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu’nun yaptığı çalışmadan elde edilen puan ortalamasından ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan elde edilen puan ortalamasından düşüktür. Ev ortamında yaşayan katılımcıların ortalama puanı ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu’nun elde ettiği puanlardan düşük, Özyurt ve arkadaşlarının elde ettiği puandan (11,0) ise yüksektir (55,103).

Çalışmaya katılan grupların “ölüm ve ölmek” ile ilgili alan puan ortalamasına bakıldığında; huzurevinde yaşayan grupta ortalama $10,4 \pm 1,9$ ve ev ortamında yaşayan grupta ortalama $13,1 \pm 2,4$ puan olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ($P = 0.000$). Huzurevi grubunun puan ortalaması; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubunun ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın puan ortalamasından düşüktür. Ev ortamında yaşayan grubun puan ortalaması; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubunun çalışmasının puan ortalamasından düşük, Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın puan ortalamasından (11,0) yüksektir. Bu durum özellikle ev ortamında yaşayan insanların taassup ve kadercı bir kültüre sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma ve kontrol gruplarının “yakınlık” ile ilgili alan puan ortalamaları huzurevinde yaşayan kontrol grubunda $9,9 \pm 2,2$, ev ortamında yaşayan çalışma grubunda ise $13,8 \pm 2,3$ olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ($P = 0.000$). Çalışma grubunun ve kontrol grubunun puan ortalaması; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam

Kalitesi Grubunun çalışmasının puan ortalamasından (> 12,8) ve zyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın puan ortalamasından (14,3) düşüktür (55,103). Bu durumun nedeni yaşılların huzurevinde kendilerini yalnız hissetmeleri, kontrol grubunun ise önemli bir kısmının kendi memleketlerinden göç etmiş olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmaya alınan grupların “Ortalama” alan puanları huzurevinde yaşayan çalışma grubunda $10,1 \pm 2,3$, ev ortamında yaşayan kontrol grubunda ise $12,7 \pm 1,9$ olarak bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($P = 0.000$). Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi Grubunun yaptığı çalışmadaki ortalama puan 12,7 ile 16,4 arasındadır, zyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 12,1’dir. Huzurevinde yaşayan grubun puan ortalamasının düşük olması genel olarak huzurevinde yaşayanların yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermekle birlikte, ev ortamında yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalaması zyurt ve arkadaşlarının Manisa’da yaşayan bireylerde yaptığı çalışmanın puan ortalamasına yakındır (55,103). Bu durum bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir

Çalışmaya alınan gruplar 70 yaşı ve altı ve 70 yaşı üstü olarak sınıflandırılmış olup her iki grup 70 yaşı ve altında ve 70 yaşı üstünde ortalama yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında ev ortamında yaşayan kontrol grubunun puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($P = 0.000$) (Tablo 23). Ayrıca alışma grubunda; duyuşal yetiler ve yakınlık alanı dışında diğer tüm alanlarda ve toplamda 70 yaşı üstü bireylerde ortalama yaşam kalitesi puanları 70 yaşı ve altı bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Kontrol grubunda ise; 70 yaşı üstünde toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 70 yaşı ve altındaki bireylere göre daha düşüktür. zyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elde edilen bulgularda bunu destekler şekildedir (55). Avustralya’da da yapılan bir çalışmada yaşla birlikte

yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna varılmış olup bu sonuç da bizim çalışmamızın bu bulgusunu destekler niteliktedir (104).

Çalışma ve kontrol gruplarının kadın ve erkek bireylerinin yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; her iki cinsiyet grubunda da ev ortamında yaşayan grubun puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($P = 0,000$) (Tablo 24). Ayrıca çalışma grubunda özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe dair aktiviteler, yakınlık ve toplamda erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise; özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler, yakınlık ve toplamda erkeklerin ortalama alan puanları daha yüksek bulunmuştur. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da elde edilen sonuçlar bu bulguları destekler niteliktedir (55).

Araştırmaya katılan gruplar evli olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırıldığında ev ortamında yaşayan kontrol grubunun tüm alanlarda ve toplamda ortalama yaşam kalitesi puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($P = 0,000$) (Tablo 25). Çalışma grubunda evli olan bireylerin sayısı çok az olduğundan (% 5) herhangi bir karşılaştırma yapmanın bilimsel açıdan objektif bir değerlendirme olacağını düşünmüyoruz. Bu durumda ortalama yaşam kalitesini etkileyen asıl etmenler diğer sosyodemografik faktörler olabilir. Kontrol grubunun ise evli olanlarda yaşam kalitesi puanı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksektir ($P = 0,055$) (Tablo 25). Bu sonuç evli olan bireylerin hayatlarını daha düzenli sürdürmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmadaki çalışma ve kontrol gruplarının çocuklarının olup olmaması ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki irdelendiğinde; ev ortamında yaşayan kontrol grubunda çocukları olanların ve olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının huzurevinde yaşayanlara göre her alanda yüksek olduğu ve toplamda ise istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi olduğu gözlenmektedir ($P = 0,000$) (Tablo 26). Ayrıca kontrol grubundan; çocukları

olan grupta özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplamda ortalama yaşam kalitesi puanı daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum ev ortamında yaşayan ve çocuk sahibi olan bireylerin hayatlarından daha hoşnut olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Gruplar eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi açısından irdelendiğinde; ev ortamında yaşayan kontrol grubunun ortalama yaşam kalitesi puanlarının her alanda, toplamda ve her eğitim düzeyinde çalışma grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($P = 0,000$) (Tablo 27). Ayrıca çalışma grubunda eğitim düzeyi düşük olan grupta genel olarak puanların yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Ancak bu grubun sadece % 20'sinin eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu düşünüldüğünde bilimsel bir değerlendirme ile sonuç çıkarabilmek güçleşmiştir. Bu durumun aksine kontrol grubunda eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olanlarda genel olarak yüksek bulunmuştur. Buna rağmen kontrol grubunda eğitim seviyesi ortaokul ve üstü olanların sayısı az olduğundan (% 17,5) buradan bilimsel bir sonuca varmak güçleşmiştir. Türkiye'de ve Tayvan'da yapılan iki çalışmada da eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (105, 106).

Bu araştırmadaki gruplar sosyal güvence ve yaşam kalitesi açısından incelendiğinde; sosyal güvencesi olan ve olmayan grupta ev ortamında yaşayanların yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 28). Ayrıca kontrol grubunda ve çalışma grubunda sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının genel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan grupların ortalama aylık gelirleri ve yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde; aylık geliri kötü-orta ve iyi olan gruplarda ev ortamında yaşayanların ortalama yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 29). Ayrıca kontrol grubunda ekonomik durumu iyi olanların yaşam kalitesi puanları en yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerinin olması ve ekonomik durumlarının iyi olması ortalama yaşam kalitesi puanlarını arttırmıştır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (107).

Araştırmaya katılan gruplar kronik hastalığı olma ve yaşam kalitesi açısından incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda ve olmayanlarda ev ortamında yaşayan kişilerin toplamda ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($P = 0,000$) (Tablo 30). Ayrıca çalışma ve kontrol gruplarında tüm alanlarda hastalığı olmayan grubun yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Sitoh ve arkadaşlarının ve Alonso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (55,108, 109). Araştırmada kronik hastalığı olan bireylerden düzenli ilaç kullananların düzenli ilaç kullanmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 31).

Araştırmadaki grupların sigara ve alkol alışkanlıkları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki grupta da ev ortamında yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalaması genel olarak daha iyi olduğu ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi olduğu görüldü ($P = 0,000$) (Tablo 32). Ayrıca çalışma ve kontrol gruplarında sigara ve alkol kullanmayanların genel olarak yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara ve alkol alışkanlığı olanların toplamda ortalama yaşam kalitesi puanları hafif yüksek bulunmuştur. Akvardar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise alkol kullanan hastaların yaşam kalitesi puanları her alanda düşük bulunmuştur (110). Bu bulgu bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmaya katılan grupların günlük işlerini yaparken başkalarından yardım alıp almadığı konusu ile yaşam kalitesi incelendiğinde; ev ortamında yaşayanların yardım alıp almamasına bakılmaksızın her alanda toplam ortalama yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksek olduğu görüldü ($P = 0,000$) (Tablo 33). Ayrıca çalışma ve kontrol gruplarında günlük işlerinde başkalarından yardım almayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu görülmektedir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (55,111).

Yaşlanan her insan bir takım fizyolojik değişikliklere uğrar. Yaşlanma ile birlikte insan vücudunda ve psikolojisinde oluşabilecek olumsuzlukları önleyebilecek ya da en aza indirebilecek bir takım koruyucu önlemleri zamanında almak sağlıklı yaşlanma olarak ifade edilir. Bu olumsuzluklar; olumsuz sağlık davranışları, çevre faktörleri, pasif yaşam, sigara içilmesi, aşırı alkol tüketimi gibi davranışlardır. Sağlıklı beslenme, sigara içilmemesi ve fizik aktivite sağlıklı yaşlanmanın mutlak gerekleridir.

Birkaç ömür önce sadece Darülaceze'lerin var olduğu kimsesizlerin yalnızlıktan ve bakımsızlıktan kurtarılmaya çalışıldığı bizim toplumumuzda dahi her geçen gün yalnız kalabalıkların sayısı ile birlikte huzurevlerinin sayısı da artmaktadır. Huzurevleri yaşayanların bir kısmı için hayatta kalış aracı olurken, bir kısmı için terk edilmişliğin resmi olmuştur. Bu araştırmaya katılan ve huzurevinde yaşayan yaşlılar ev ortamını özlediklerini sıkça dile getirmişlerdir. Huzurevleri inşa edilirken ve bu konu ile ilgili yatırımlar planlanırken yaşlıların bu ihtiyacı göz önüne alınmalı, ev tipi huzurevleri yapımı fikri değerlendirilmeli, hatta yaşlıların yakınlarının yanında bakılabilecek şekilde ekonomik destek verilmesi düşüncesi de değerlendirilmelidir.

Bu araştırma Türkiye'de WHOQOL-OLD-TR ölçeği kullanılarak yapılan ilk ve en kapsamlı araştırmalardan birisi olması ve diğer çalışmalardan farklı olarak kontrol grubu ile karşılaştırılması nedeniyle önemlidir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı Bursa ilinin Türkiye'nin her bölgesinden göç alan bir yerleşim yeri olması ve araştırmaya katılan bireylerin buna paralel olarak Türkiye'nin her bölgesinden göç eden bireylerden oluşması bu araştırmanın

Türkiye'deki birçok değişik kültürde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi hakkında fikir verebilir. Bu araştırmanın eksik tarafı ise araştırmanın yapıldığı popülasyonun tüm Türkiye'yi yansıtacak kadar geniş bir araştırma evrenini kapsamamasıdır. Kısıtlı ekonomik kaynaklara sahip olan ülkemizde yaşanan nüfus göz önünde bulundurulduğunda bu yaş grubuna yönelik yapılacak olan yatırımların planlanmasında özellikle ülkemizde yapılmış olan bilimsel çalışmaların dikkate alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bilgel N. (editör) Aile Hekimliği. Medikal Tıp Kitabevi 2006 ISBN; 9944-5210-0-0:17-32
2. Şahin D: Hasta-Tedavi Ekibi ilişkisi. Okyayuz Ü.H:Sağlık Psikolojisi, Ankara 1999, 39-79.
3. Bilginer B, Tuncer A, Apan E, Adana Huzurevi ve Yeni Baraj. Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Demografik Özellikleri V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. İstanbul 1996; P: 168-171.
4. Durgun B, Tümerden Y, Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler, Geriatri 1999: 2-3: 115-120.
5. T.C. 1990 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Başbakanlık D.İ.E., Ankara, 1993.
6. Öztürk G., Büyüksürücü L. Adana Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin Yaşlılık ve Sağlıklarına İlişkin Görüş ve Uygulamaları İle Mevcut Durumlarının Saptanması: Sağlıklı Yaşlanma Uluslar arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992; P: 112-119.
7. Uysal Ş. Yaşlılık ve Sorunları. Seminer Psikoloji: 1993; 10: 1-13.
8. Dönümcü Ş. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2006: 52 (Özel Ek A): A 42-A46.
9. <http://www.yaslibakimhizmetleridairesi/gorevveyetkiler>
10. Kayıhan H., www.yaslilikrehberi.org.tr/yasamkalitesi.
11. <http://www.yaslilikrehberi.org.tr> (Yard. Doç. Dr. Ahmet Baki Akyürek)

12. Clark GS, Siebens HC. Geriatric Rehabilitation. In: De Lisa J, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. p. 1531-60.
13. Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S, editors. Geriatri, Cilt 1 ve 2, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. p. 396-413.
14. Gökçe Kutsal Y. Neden Geriatri. Geriatri 2000 Sempozyum Kitabı. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları; 2000. p. 39-41.
15. Gökçe-Kutsal Y, Aydın E, Güç O, Güler Ç. Geriatri. Hacettepe Tıp Derg 2000; 31(1): 40-58.
16. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 2003; 24(3-4): 1-6.
17. Öz F, Üstün B. (1993) Hiçbir Şey İçin Geç Kalmadınız. Türk Hemşireler Dergisi 43(1): 4-5.
18. Vilson V. Kneisl CR (1998) Psychiatr Nursing. Addison-V. Wesley Publishing Company Health Sciences, Division.
19. <http://www.shcek.gov.tr>
20. Patrick DL, Erichson P. Health Status and Health Policy. New York, Oxford University Press. 1993.
21. De Haes JCJ, Van Knippenberg FCE. The quality of life of cancer patients: a review of the literature. Soc Sci Med 1984; 20(8): 809-817.
22. Moreno F, Aracil FJ, Perez R, Valderrabano F. Controlled study on the improvement of quality of life in elderly hemodialysis patients after correcting end stage renal disease related anemia with erythropoietin. Am J Kidney Dis 1996; 27(4): 548-556.
23. Mc Daniel RW, Bach CA. Quality of life; a concept analysis. Rehab Nurs Res 1994; 3(1): 18-22.
24. Arslan Ş. Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(4): 173-178.

25. Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (Dqol). *Gerontologist* 1999; 39(1): 25-35.
26. Woodend AK, Nair RC, Tang ASL. A quality of life assessment package: disease specific measure for pacemaker and cardiac rehabilitation patients. *Int J Rehab Res* 1998; 21: 71-78.
27. Özer E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümü, <http://www.bayar.edu.tr/~saykad/>
28. <http://www.bayar.edu.tr/~saykad/a-fidaner1.html>
29. Yetim Ü. Kişisel Projelerin Organizasyonu ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu. Doktora Tezi, İzmir, 1992.
30. Allain TJ, Matenga JA. Determinants of Happiness and Life Satisfaction in Elderly Zimbabweans. *Cent Afr J Med* 1996; 42 (11): 308-311.
31. Tez 1. 9. kaynak
32. Vara Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999.
33. Öküz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara. Başkent Üniversitesi. 2005; ISBN; 975-8571-060: V-13.
34. Thuriaux Mc. Health Promotion and Indi-catons for Health For All in the European Region. *Health Promotion*, 1998; 3: 89-99.
35. Seedhouse D. *Health: The Foundations for Achievement*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 1986.
36. Holzmann IG, Flick U, Bloomfield PH. *Quality of Life and Health*. Blackwell, 1997.
37. Wilson-Barnett J. Assessment of Recovery: With Special Reference to a Study With Post-Operative Cardiac Patients. *J Adv Nurs*. 1981; 6(6): 435-445.

38. Ziller RC. Self-other Orientations and Quality of Life. *Social Indicators Research*, 1974; 1: 301-27.
39. Benner P. Quality of Life: A Phenomenological Perspective on Explanation, Prediction, and understanding in Nursing Science. *Advances in Nursing Science* 1985; 8: 1-14.
40. O'Boyle CA, McGee H, Hickey A ve ark. Reliability and Validity of Judgement Analysis as a Method for Assessing Quality of Life. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989; 27: 155.
41. Rosenberg R. Health-Related Quality of Life Between Naturalism and Hermeneutics. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1411-1415.
42. Bowling A. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Open University Pres. Buckingham. 1995.
43. Evans D, Cope W. *The Quality of Life Questionnaire-D. Complete Kit*. Northern Tonawanda, New York: Multi-Health Systems. 1994.
44. Kaplan RM. Behavioral Epidemiology, Health Promotion, and Health Services. *Med Care*. 1985; 23(5): 564-583.
45. Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs VDL. *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office. 1986.
46. Anderson JP, Interday Reliability of Function Assessment for a Health Status Measure: The Quality of Well-Being Scale. *Medical Care* 1989; 27: 1076-1084.
47. Eser E, Saatli G, Eser S, Fidaner C. Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Geçerlilik ve Güvenilirlik Alan Çalışması (Field Trial) Sonuçları, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Sempozyum Özet Kitabı, İzmir, 2004; p. 27.
48. <http://www.bursa.bel.gov.tr>.
49. <http://www.bursa.gov.tr/Bursavaliligi>
50. Eker E, Noyan A. Yaşlıda Degresyon Tedavisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 2: 75-83.

51. Gottfries CG, Karisson I. Degression in Later Life. Lundbeck Publ, Occ Ltd. Uk, 1997; 14.
52. Sağduyu A. Yaşlılar İçin Degresyon leği: Hamilton Degresyon leği İle Karşılaştırmalı Güvenilirlik ve Geçerlilik alışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 3-9.
53. Gngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4): 273-81.
54. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. "Mini Mental State" a Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for the Clinican. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
55. zyurt BC, Eser E, oban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç . Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktrlerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10(3): 117-123.
56. Miller KE, Zylstra RG Standridge JB. The Geriatric patient; systematic approach to maintaining health. Am Fam Physician 2000: 61: 1089-1104.
57. Yan L. L., Daviglius L.M, Liu K. Pirzada A., Gorside B.D, Schiffer L., Dyer R.A, Greenland P., BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Year and older. Obesity Research vol. 12. No. 1 jaunary 2004: 69-76.
58. Breeze E., Jones A.D., Wilkinson P., Latif M.A., Bulpitt J.C., Fletcher E.A. Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic. Position; baseline data from a randomised controlled triol. B.Md. epidemiol. Community Health 2004; 58: 667-673.
59. Buono D.M, Uravoli O., Leo D.D Quality of Life and longevity: a study of centenarians Age and ageing 1998: 27: 207-216.
60. Netuveli G., Niggins D.R., Hildon Z., Montgomery M.S., Blane D. Quality of Life at Older ages: evidence from the English longitudinal study of aging. BMJ J Epidemiol community Health 2006: 60: 357-363.
61. Ergin F., Beşer E., Güler G., obanoğlu M., Yaşlılarda yaşam kalitesi. Soykod 1. sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004. p. No: 8 s19-10.

62. Özlen T., Mandıracıoğlu A., Özüğurlu B., Özgener N., Deveci H., Narlıdere ilçesinde 65 yaş ve üstü nüfusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Saykod 1 sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004 s: 6-7.
63. Boyramoua N., Karadokovan A. Psoriasisli hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi soykod 1 sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004 s: 2-3.
64. Azak A., Karamanoğlu Y.A., Sert H., Çetinkaya B. Çınar İ.Ö, Kartal A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Saykod 1 sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004 s: 12-14.
65. Aydemir Ö, Şakar A, Kırmaz C., Taşkın O.E., Sepit L., Yorgancıoğlu A. Astım ve alerjik rinitte yaşam kalitesi: Karşılaştırmalı bir çalışma. Saykod 1 sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004 s: 17-19.
66. Eser E., Şartlı G., Eser S., Fidaner C., Yaşam kalitesi ölçeği yaşlı modülü (WHOQOL-OLD) geçerlilik ve güvenilirlik alan çalışması sonuçları. Saykod 1 sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu kitabı 2004 s: 27-28.
67. Şahin M.E., Yalçın M.B. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turkis journal of geriatrics 2003 Geriatri 6(1): 10-13.
68. Birtane M, Tuna H., Ekuklu G., Uzunca K, Akçi C., Kokino S., Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Turkis journal of Geriatrics 2000. Geriatri 3(4): 141-145.
69. Esengen Ş., Seçkin Ü, Borman P., Bodur H, Gökçe-Kutsal Y., Yücel M., Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(1): 6-10.
70. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa Huzur Evi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 28(3): 65-69.
71. Beştepe G, Ogur P, Özyürek P, Bayram F. Afyon Huzurevi Yaşlılarında Medikososyal Bir Araştırma.

72. Vehid S. Ülkemizdeki huzurevlerinin dağılımı ve bu dağılımın düşündürdükleri. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2000; 4: 249-54.
73. Koşar NG. Sosyal hizmetlerde yaşlı refahı alanı. Ankara: Başkent Yayınevi; 1996.
74. Yaşlılarda özür lülüğün değ erlendirilmesine yönelik çok merkezli çalışma raporu. Türk Tabipleri Birliğı Merkez Konseyi (<http://www.ttb.org.tr>).
75. Gülseren Ş, Koçyiğ it H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir grup Yaş lıda Biliş sel İş levler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(4): 133-140.
76. Kurtoğ lu D, Rezoki SM. Huzurevindeki yaş lılarda depresyon, biliş sel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999, 10(3): 173-179.
77. Kesioğ lu P, Bilgiç N, Pıçakç iefe M, Uç ku R. İzmir Ç amdibi-1 Nolu Sağı k Ocağı Bölgesi Yaş lılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(1): 27-30.
78. Berberoğ lu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Huzurevi'nde Kalan Yaş lıların Kimi Sosyo-Demografik Ö zellikli İ ndeksine Gö re Gü nlük Yaşam Etkinlikleri. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(4): 117-121.
79. Özkan H, Yalvarmış F, Gü ler M, Ç alış kan T, Türker S, Sunay B. Yaş lı Nüfusun Sosyodemografik Ö zellikleri. Sted 2006; 15(11): 199-201.
80. Aylaz R, Gü neş G, Karaoğ lu L. Huzurevinde Yaşayan Yaş lıların Sosyal, Sağı k Durumları ve Gü nlük Yaşam Aktivitelerinin Değ erlendirilmesi. İ nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(3): 177-183.
81. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana Huzurevlerinde Kalan Yaş lılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7(3): 148-151.
82. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaş lıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 227-239.

83. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu U, Kuşçu K. Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): 143-149.
84. İnal S, Subaşı F, Mungan-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarcay V. Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(3): 95-99.
85. Özer Ergün G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçı E, Akpınar E. Adana Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(3): 89-94.
86. Işıklı B, Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C. Bir huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal durum. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı. Eskişehir: 2001.
87. Kişioğlu N, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da huzur evlerinde kalanların sosyo-ekonomik ve sağlık durumları ile huzur evlerinin imkanları hakkında düşünceleri. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı. Eskişehir: 2001.
88. Mamurekli EK, Dinç G. Özcan C; Manisa İsmail Cider Huzurevinde kalan yaşlıların sosyo demografik, sağlık, demans ve depresyon durumları. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Dergisi, 1998; 36(3): 63-69.
89. Berberoğlu U, Gül H. Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı. Eskişehir: 2001.
90. İlhan MN, Maral I, Pehlivanoğlu A, Bumin MA. Ankara'da huzur evinde ve kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özet Kitabı. Eskişehir: 2001.
91. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ve İlişkisi. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2005; 18(4): 187-195.
92. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(4): 146-150.

93. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Davranışları. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(2): 159-165.
94. Kutsal YG. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2006; 37-44.
95. Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. Geriatri 1999; 3: 115-20.
96. Altinyollar H, Biçer O, Afşar O. Yaşlılık ve Yaşlılık Sorunları. 7. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özel Kitabı. Eskişehir: 2001.
97. Arslan Ş, Atalay A, Kutsal YG. Yaşlılarda İlaç Tüketimi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(2): 56-60.
98. Gümrah (Mentaş) A. Elazığ İl Merkezinde Yaşayan 64 Yaş Grubundaki Yaşlıların Sorunları. Yüksek Lisans Tezi 1993.
99. Yardımcı (Önal) E, Tümerdem Y, Yardımcı O, Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası; 1996: 59: 4: 79-85.
100. Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Mediko-Sosyal Sorunlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İzmir 1992.
101. Eğrim, Güneş G., Genç M., Pehlivan E. Yeşilyurt İlçesindeki Yaşlıların Sağlık ve Sosyal Sorunları. 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İstanbul 2000.
102. Dişçigil G, Tekin N. Aile Hekimleri İçin Geriatri El Kitabı. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, 2007. ISBN; 978-975-8254-28-6: 1-7.
103. Power M, Quinn K, Schmidt S. ve WHOQOL-OLD group, development of the WHOQOL-OLD module, Quality of Life Research 2005, 14: 2197-2214. DOI 10.1007/s11136-005-7380-9.
104. Hawthorne G ve Osborne R: Population norms and meaning ful differences fort he Assessment of Quality of Life (AQOL) measure. Aust N Z J Public Health 29: 136-42, 2005.

105. Subasi F ve Hayran O: Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 41: 23-29, 2005.
106. Tsai SY, Chi LY, Lee LS ve ark: Health-relate quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. J Formos Med Assoc 103: 196-204, 2004.
107. Breeze E, Jones DA, Wilkinson P ve ark: Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health 58: 667-673, 2004.
108. Sitoh YY, Lau TC, Zochling J ve ark. Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. Intern Med J 35: 131-134, 2005.
109. Alonso J, Ferrer M, Gandek B ve ark: Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 13: 283-298, 2004.
110. Akvardar Y. Alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir.
111. Aydemir Ö: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: 3P 7:14-22, 1999.

EK 1

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YONELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz. ()

Hangi mevsimdeyiz..... ()

Hangi aydayız ()

Bu gün ayın kaçı ()

Hangi gündeyiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz..... ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir..... ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir..... ()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

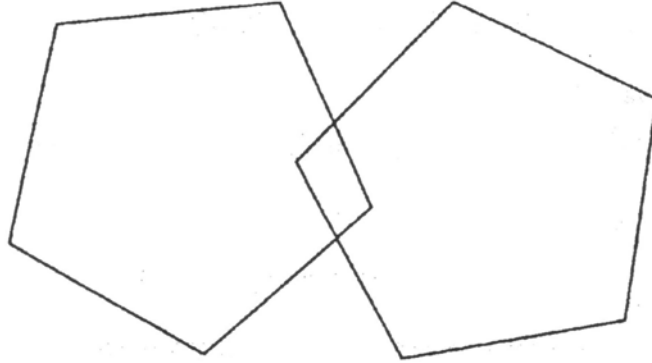
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

- ()
- b)** Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
- c)** Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
- d)** Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN"..... ()
- e)** Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)
..... ()
- f)** Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)..... ()



EK 2

EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMTE)

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz? ()

Hangi mevsimdeyiz? ()

Hangi aydayız? ()

Bu gün ayın kaçı? ()

Hangi gündeyiz? ()

Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı? ()

Hangi ülkede yaşıyoruz?..... ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?..... ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?..... ()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız? ()

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan)..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

..... ()

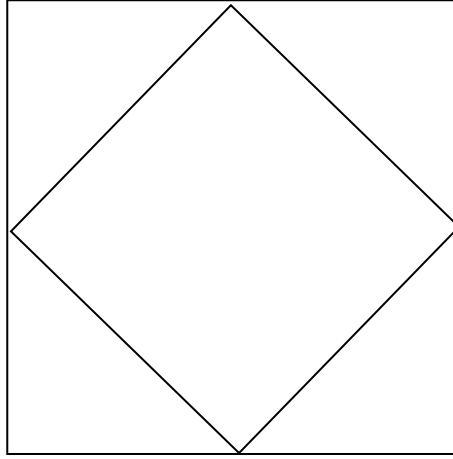
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.....()

d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın.(Gözlerinizi kapatın) (1 puan)

e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 saniye süre) (Anlamlı bir cümle için 1 puan)..... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)..... ()



EK 3

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Adı-Soyadı:.....
2. Doğum Tarihi: Gün/Ay/Yıl: .../.../...
3. Telefon: Ev:..... GSM:.....
4. Cinsiyeti:
 1. Erkek
 2. Kadın
5. Formu dolduran kişi:
 1. Kendisi
 2. Diğer...
6. Medeni durum:
 1. Evli
 2. Bekâr
 3. Eşi ölmüş
 4. Boşanmış
 5. Ayrı yaşıyor
7. Çocuğunuz var mı?
 1. Var
 2. Yok
8. Çocuklarınızla ilişkilerinizden memnun musunuz?
 1. Kötü
 2. Orta
 3. İyi
9. Eğitim Durumunuz:
 1. Okur-yazar değil
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite mezunu

- 10. Eşinizin Eğitim Durumu:**
1. Okur-yazar değil
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite mezunu
- 11. Mesleğiniz:**
- 12. Eşinizin Mesleği:**
- 13. Ailenizin aylık geliri nedir?**
1. Kötü
 2. Orta
 3. İyi
- 14. Doğum yeri:**
- 15. Halen yaşadığı yer:**
- 16. Sağlık güvencesi:**
1. Emekli sandığı
 2. Bağ-kur
 3. SSK
 4. Yeşil kart
 5. Özel sağlık sigortası
 6. Yok
- 17. Kronik bir hastalığınız var mı?**
1. Yok
 2. HT
 3. İKH
 4. Kas iskelet sistemi hastalığı
 5. DM
 6. Diğer...
- 18. Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz ilaçlar var mı?**
1. Evet
 2. Hayır

- 19.** Eğer şu anda sağlığınız ile ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir? (Hastalık / Sorun)...
- 20.** Alışkanlıklarınız:
- 21.** Günlük yaşam aktivitelerinizi başkalarından yardım almadan yapabiliyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
- 22.** Günlük yaşam aktivitelerinizden hangilerini yardımsız yapamıyorsunuz?
1. Yemek
 2. Yatma- Kalkma
 3. Oda içi hareket
 4. Tuvalete gitme
 5. Giyinme
 6. Merdiven inme-ıkma
 7. Gezmeye gitme
 8. Banyo yapma
- 23.** Huzurevinde kalmaktan memnun musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
 3. Memnunum ama ev ortamını zlyorum
- 24.** Huzurevinden memnun değilseniz sebepleri nelerdir?
1. Oda arkadaşı ile sorun yaşamak
 2. Yemekleri beğenmemek
 3. İdareciler ve çalışanlardan memnun olmamak
 4. Dedikodu yapılmasından rahatsız olmak
 5. Fiziki şartları beğenmemek
 6. Diğer...

EK 4

FİZİK MUAYENE

1-TA.../...mm Hg

2-Baş-Boyun Muayenesi

3-Solunum Sistemi Muayenesi

4-Kardiyovasküler Sistem Muayenesi

5- Batın Muayenesi

6- Genitoüriner Sistem Muayenesi

7- Nöro-Motor Sistem Muayenesi

EK 5

WHOQOL-OLD. TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

Türkçe Sürümü 2005

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

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

1. (old_01) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

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

2. (old_03) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

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

3. (old_05) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

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

4. (old_06) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

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

5. (old_08) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

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

6. (old_17) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

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

7. (old_18) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

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

8. (old_19) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

9. (old_20) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

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

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

10. (old_04) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

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

11. (old_07) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

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

12. (old_10) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarınızdan ne kadar

memnunsunuz?

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

13. (old_11) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

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

14. (old_15) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

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

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

15. (old_12) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

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

16. (old_13) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?

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

17. (old_14) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

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

18. (old_16) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

19. (old_09) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

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

20. (old_02) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

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

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

21. (old_21) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

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

22. (old_22) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

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

23. (old_23) İnsanları sevebilme imkânınız ne kadar oluyor?

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

24. (old_24) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

Yardıminız için teşekkür ederiz.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde sağladığı imkânlar ve fedakârlıklarıyla mesleki tecrübelerimizin oluşmasındaki katkılarından dolayı Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan Bilgel'e teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimin oluşmasında yol gösterici olarak desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hakan Özdemir'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan UÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyeleri, Doç. Dr. Yeşim Uncu, Yrd. Doç. Dr. Alis Özçakır, Yrd. Doç. Dr. Züleyha Alper ve Yrd. Doç. Dr. Ganime Sadıkoğlu'na, teşekkürlerimi sunarım.

Tez verilerimin skorlanmasındaki katkılarından dolayı Celal Bayar üniversitesi Öğretim görevlisi Prof. Dr. Erhan Eser'e, Uz. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt'a ve tezimin istatistik hesaplamalarındaki yardımlarından dolayı Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı öğretim görevlisi Yrd. Doç. Dr. Züleyha Alper'e özellikle teşekkür ederim.

Tezimin bir bölümünü hazırlarken çalışmalarımı yürütmeme izin veren Bursa Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Müdürüne, Huzurevi çalışanları ve Huzurevi Müdürüne yardım ve ilgilerinden dolayı teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince birçok şeyi paylaştığımız değerli Üniversite hocalarımıza, doktor, hemşire ve tüm personel arkadaşlarıma ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

1972 yılında Sivas'ta doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Babam'ın memuriyeti nedeniyle oniki farklı okulda tamamladım. 1989 yılında Erzurum Cumhuriyet Lisesi'nden mezun oldum. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997 yılında mezun oldum. Erzincan Tercan Devlet hastanesine atandım ve burada 6 yıl Başhekim olarak görev yaptım. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı kadrosuyla Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalındaki uzmanlık eğitimime başladım. Evli ve iki çocuk babasıyım.