

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
2019-YL-169

**EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN AKTİF YAŞLANMA VE
YAŞAM KALİTESİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ:
NAZİLLİ ÖRNEĞİ**

HAZIRLAYAN
Şifa Aybike BAŞ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sema OĞLAK

AYDIN- 2019

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şifa Aybike BAŞ tarafından hazırlanan “Evde Yaşayan Yaşlıların Aktif Yaşlanma ve Yaşam Kalitesi Yönünden Değerlendirilmesi: Nazilli Örneği” başlıklı tez, 23/08/2019 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı Soyadı	Kurum	İmzası
Başkan	Doç. Dr. Sema OĞLAK	ADÜ	
Üye	Prof. Dr. Ayşe CANATAN	AHVB	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Belgin YILDIRIM	ADÜ	

Jüri üyeleri tarafından kabule dilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... Tarih..... Sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet Can BAKKALCI
Enstitü Müdürü

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

.../.../2019

Şifa Aybike BAŞ

ÖZET

EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN AKTİF YAŞLANMA VE YAŞAM KALİTESİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: NAZILLI ÖRNEĞİ

Şifa Aybike BAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sema OĞLAK

2019, XIX + 132 Sayfa

Toplumların yaşlanmasının en önemli etkenleri, doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve kadın doğurganlığının azalmasıdır. Yaşam süresinin uzamasıyla ve yaşlılarda kronik hastalıklarda artışla birlikte başka birinin bakım ve gözetimine ihtiyaç da artmaya başlamıştır. Yaşlılar; kurumsal bakım yerine, evinde yaşlanmaya ve ihtiyacı olan bakımı evinde almayı tercih etmektedirler. Yaşlılarda yaşam kalitesi özellikle son yıllarda tüm dünyada önem kazanan bir kavram haline gelmektedir. Yaşlıların kendilerini fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan iyi hissetmelerine devam edebilmesi, yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından çok önemlidir. Bu açıdan yaşam kalitesi yüksek yaşlıların, toplumla etkileşimleri de sağlıklı bir biçimde gerçekleşeceğinden sağlıklı ve aktif yaşlanma sürecine de olumlu bir biçimde yansiyacaktır. Bu bağlamda, evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğu, bu konuda ne tür sıkıntıların mevcut olduğunun ortaya konulması, yaşlıların bu konuda yaşadığı sorunları çözmeye yönelik makro politika ve uygulamaların geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Aydın Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumlarının belirlenmesi, yalnızlık düzeylerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir.

Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırma evrenini; Aydın İli, Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçiminde, basit rastgele tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış ve evinde yaşayan 65 yaş ve üstü 376 bireylerden oluşmuştur. Araştırmada; Demografik ve Kişisel Bilgi Formu, Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD.TR), KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYA) ve Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği kullanarak yüz yüze anket yöntemi uygulanarak veriler SPSS 25.0

programında analiz edilerek, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Korelasyon testi ve Bonferroni testi uygulanmıştır.

Çalışma bulgularında; cinsiyete, yaşa, eğitim düzeyine, medeni duruma, meslek, bireyin kiminle yaşadığına, sağlık durumuna, sosyal güvenceye, aylık gelire ve yalnızlık düzeyine göre günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi düzeyi de artmıştır. ($r=0.482$, $p<0.05$). Erkek yaşlı bireylerin yaşam kalitesi kadın yaşlı bireylere oranla daha yüksek olduğu; alt gelir grubunda olan bireylerin sosyal katılım sağlama ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; yaşlılarda yalnızlık arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğü ($r=-0.720$, $p<0.05$) görülmüştür.

Yaş alma ile birlikte bireyin günlük yaşam aktivitesinde azalma, yaşlının bakıma muhtaçlığını artıracığı ve yaşam kalitesini düşüreceği göz önüne alındığında; günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yönelik destek hizmetlerin sağlanması ve buna yönelik düzenlemelerin hayata geçirilmesi bireyin yaşam kalitesinin artmasına, topluma katılımlarının sağlamaya ve yalnızlığının azaltılmasına dikkate değer katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Evinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Birey, Aktif Yaşlanma, Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktivitesi, Yalnızlık

ABSTRACT

EVALUATING OF ELDERLY PEOPLE LIVING AT HOME IN TERMS OF ACTIVE AGING AND QUALITY OF LIFE: NAZİLLİ SAMPLE

Şifa Aybike BAŞ

Msc Thesis at Labor Economics and Industrial Relations

Supervisor: Doç. Dr. Sema OĞLAK

2019, XIX + 132 Pages

Prolonged life expectancy at birth, decreased female fertility and low mortality rates are among the most important factors on the aging of the societies. With the prolongation of the life expectancy, the increase in chronic diseases brought about the need for special care. Instead of institutional care, the elderly preferred to stay and grow old at home, and receive home care. Accordingly, the scope of this study is to evaluate and explain the active aging and life quality of elderly people aged over 65 and living at home.

The aim of the study is to determine the status of individuals above age 65 regarding of performing daily life activities and to evaluate the levels of loneliness as well as peculiar factors affecting the quality of their lives.

The research is following a cross-sectional method of descriptive and quantitative research. The population sample of this study is consisting of individuals aged above 65 living in their homes in Nazilli District of Aydın Province. The sampling method of the study is simple random stratified sampling method, and covering a group of 376 individuals aged 65 and above and living at home. Throughout the study, Demographic and Personal Information Form, Quality of Life Questionnaire for the Elderly (WHOQOL-OLD.TR), KATZ Daily Life Activities Scale (CFA) and Loneliness Scale for the Elderly were applied by face-to-face questionnaire method and the data were analyzed in SPSS 25.0 program, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Correlation test and Bonferroni test were applied as well.

In the findings of the study, significant statistical differences were found between the CFAQ and WHOQOL-OLD sub-scales according to gender, age, education levels, marital status, occupation, life partners, health status, social security, monthly income and

loneliness levels ($p < 0,05$). Activities in daily life and quality of life levels of “65-69” age group are found higher. According to the analysis, further age, lack or lower level of education and low income are found to be crucial risk factors in terms of cognitive function loss. There is a significant and positive relationship between daily life activities and quality of life ($r = 0.482$, $p < 0.05$). The quality of life is found to be higher in the elderly who perform daily life activities independently. There is a significant negative relationship between loneliness and quality of life ($r = -0.720$, $p < 0.05$). There is also a significant and negative correlation between daily living activities and loneliness levels ($r = -0.367$, $p < 0.05$).

Individuals aged above 65 living at home are found to have their social environment having a particularly positive influence on their daily activities, decreasing loneliness levels and increasing their quality of life. Being active in daily life and levels of life quality decreases in accordance with increasing age. It is recommended to provide the necessary care and social inclusion for supporting independent elderly individuals as they be physically active in their daily living routine.

KEYWORDS: Elderly Above 65 Living at Home, Active Aging, Quality of Life, Activity of Daily Living, Loneliness

ÖNSÖZ

Yirmi birinci yüzyılda bilim, tıp ve teknoloji alanlarındaki gelişmelerle birlikte dünya nüfusundaki artış hızlanmıştır. Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının düşmesi ile dünya nüfusu giderek yaşanmaktadır.

Güncelliğini koruyan aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi konusu literatürde birçok akademik çalışmaya konu olmaktadır. Bu çalışmada, Aydın İli Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi süreçleri dikkate alınarak bulgular elde edilmiştir. Nazilli'de 65 yaş üstü yaşlı bireylere yönelik yaşam kalitesi ve aktif yaşlanmaya yönelik İsmail Tufan'ın Nazilli Yaşlılık Araştırması dışında bir alan araştırma ve çalışması olmaması gereği, Nazilli güzel bir örnek temsil etmiştir. Bu çalışmada uzun yaşamın merkezi olarak bilinen Nazilli İlçesi, yaşlı bireylerin sosyal hayata katılımı, yaşam koşullarının iyileştirilmesi, sağlık bakımının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için yaşlı bireyler için örnek teşkil etmektedir.

Çalışma, Evde Yaşayan Yaşlıların Aktif Yaşlanma ve Yaşam Kalitesi Yönünden Değerlendirilmesi: Nazilli Örneği İİBF-18001 nolu proje kapsamında Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (ADÜ BAP) tarafından desteklenmiştir. Çalışmayla kapsamında ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar, Etik Kurulu, Kaymakamlık, Jandarma ve Emniyet Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır.

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde Lisans ve Yüksek Lisans eğitimin boyunca bana destek olan değerli katkılarını, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve yardımını esirgemeyen saygı değer büyüğüm danışman hocam Doç. Dr. Sema OĞLAK' a, teşekkürlerimi borç bilirim. Yaşamım boyunca benden sevgi ve anlayışlarını eksik etmeyen maddi manevi en büyük destekçim olan sevgili annem Safiye BAŞ' a, sevgili babam Muhammet Baş'a ve kardeşim Büşra ÖZDEMİR' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şifa Aybike BAŞ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
ÖNSÖZ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ.....	xv
GRAFİKLER DİZİNİ	xvii
EKLER DİZİNİ.....	xviii
KISALTMALAR DİZİNİ	xix
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	5
1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK KAVRAMLARI.....	5
1.1. Yaşlılık Dönemleri.....	5
1.1.1. Genç-Yaşlı (Yaşlı) Dönemi	6
1.1.2. Yaşlı-Yaşlı (İleri Yaşlı) Dönemi	6
1.1.3. En Yaşlı (Çok İleri Yaşlı / Kırılgan Yaşlı) Dönemi	6
1.2. Yaşlılık Türleri.....	6
1.2.1. Kronolojik Yaşlanma.....	6
1.2.2. Biyolojik Yaşlanma	7
1.2.3. Psikolojik Yaşlanma	7
1.2.4. Sosyolojik Yaşlanma	7
1.3. Yaşlılık Kuramları	8
1.3.1. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı.....	8
1.3.2. Aktivite Kuramı	8
1.3.3. Süreklilik Kuramı	9

1.3.4. Rol Kaybetme Kuramı	9
1.3.5. Değiş-Tokuş Kuramı	9
1.3.6. Siyasi Ekonomi Kuramı	10
2. BÖLÜM	11
2. NÜFUS YAŞLANMASI VE TOPLUMSAL BOYUTLARI	11
2.1. Kavramsal Çerçeve	11
2.1.1. Demografik Dönüşüm Süreci	11
2.1.2. Kadın Doğurganlık Düzeyi	13
2.1.3. Ölüm Oranı	15
2.1.4. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	15
2.1.5. Yaşlı Bağımlılık Oranı	17
2.1.6. Yaşlanma Endeksi	17
2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus	18
2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus	21
3. BÖLÜM	24
3. AKTİF YAŞLANMA YAKLAŞIMI	24
3.1. Kavramsal Çerçeve	24
3.1.1. Üretken Yaşlanma	24
3.1.2. Sağlıklı Yaşlanma	24
3.1.3. Pozitif Yaşlanma	24
3.1.4. Başarılı Yaşlanma	24
3.2. Aktif Yaşlanma Kavramı	25
3.3. Aktif Yaşlanmanın Önemi	26
3.4. Aktif Yaşlanmanın İlkeleri	27
3.5. Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri	28
3.5.1. Kişisel Belirleyiciler	29
3.5.2. Sağlık ve Sosyal Hizmetler	29

3.5.3. Sosyal Belirleyiciler.....	30
3.5.4. Davranışsal Belirleyiciler	31
3.5.5. Ekonomik Belirleyiciler.....	32
3.5.6. Fiziksel Çevre Koşulları	34
3.6. Aktif Yaşlanmanın Esasları	34
3.6.1. Sağlık	34
3.6.2. Katılım	36
3.6.3. Güvenlik	37
3.7. Aktif Yaşlanma Stratejisi.....	38
3.8. Aktif Yaşlanma Politikaları	39
3.8.1. Aktif Yaşlanmanın Sağlanmasında Öne Çıkan Alanlar	41
3.8.1.1. Beslenme ve fiziksel aktivite.....	41
3.8.1.2. Kuşaklararası dayanışmanın sağlanması	41
3.8.1.3. Gönüllülük.....	42
3.8.1.4. Hayat boyu öğrenme olanakları	42
3.8.1.5. Yaşlı dostu toplumlar oluşturma	43
3.8.2. Sosyal Politikalar Bağlamında Aktif Yaşlanmanın Değerlendirilmesi	44
3.8.2.1. Sağlık yardımı ve sosyal koruma	45
3.8.2.2. Evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi.....	46
3.8.2.3. Kurumsal bakım hizmeti sağlama	48
3.8.2.4. Sosyal gelir sağlama.....	49
3.8.2.5. Yaşlılık sigortası ve emeklilik yaşının düzenlenmesi	49
3.8.2.6. İstihdam alanı yaratma	52
3.8.2.7. Yaş ve yaşlı ayrımcılığının önlenmesi	54
3.9. Aktif Yaşlanma İçerisinde Yeni Bir Yaklaşım: Gümüş Ekonomi.....	56
3.10. Refah Modelleri Yaklaşımına Göre Aktif Yaşlanma Politikaları.....	57
4. BÖLÜM.....	62

4. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL KATILIM	62
4.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi	62
4.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	64
4.3. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitesi	66
4.4. Yaşlılıkta Yalnızlık ve Sosyal Dışlanma	67
5. BÖLÜM	69
5. ALAN ARAŞTIRMASI.....	69
5.1. Araştırmanın Amacı.....	69
5.2. Araştırmanın Önemi	69
5.3. Araştırmanın Yöntemi	70
5.3.1. Evren ve Örneklem	70
5.3.2. Veri Toplama Araçları	70
5.3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü (WHOQOL-OLD.TR)	71
5.3.2.2. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYA)	71
5.3.2.3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	71
5.3.3. Veri Toplama Süreci.....	72
5.4. Verilerin Analizi	73
5.5. Bulgular	74
5.6. Tartışma	103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	105
7. KAYNAKLAR	108
8. EKLER	122
ÖZGEÇMİŞ	132

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1: Demografik Dönüşümün Aşamaları	12
Şekil 3. 1: Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri	28
Şekil 3. 2: Sağlıklı Yaşlanma İçin Eylem Alanları.....	35
Şekil 4. 1: Yaşam Kalitesi ve Yaşlanmayla ve Engellilikle İlgili Yaklaşımlar.....	62



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2. 1: Yaşlı Nüfusun Toplumsal Sınıflandırılması ve Tanımları	11
Tablo 2. 2: Bölgeler Kapsamında Geniş Yaş Gruplarının Total Nüfus İçindeki Payları 1950-2100 %	13
Tablo 2. 3: Ülke ve Bölgelere Göre Toplam Doğurganlık Oranları 1950-2100	14
Tablo 2. 4: Belirli Ülkelerde Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi- 2018 (Yıl)	17
Tablo 2. 5: Türkiye’de Nüfusun Geniş Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 2018	21
Tablo 2. 6: Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Oransal Dağılımı, 2018	22
Tablo 2.7: Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarının Daha İleri Yıllara Göre Tahminleri.....	23
Tablo 3. 1: Aktif Yaşlanma Endeksi: Kavramsal Çerçeve.....	40
Tablo 3. 2: 5510 Sayılı Kanuna Göre 4/a Hizmet Akdine Tabi Çalışan Sigortalıların Emeklilik Yaşı	50
Tablo 3. 3: Seçilmiş Bazı Ülkelerde 55-64 Yaş Grubu Arası İstihdam Oranları % (2018 Yılı).....	53
Tablo 3. 4: Kurumsal Olmayan Yaşlı Nüfusun Cinsiyete Göre İşgücü Durumu (2017)	54
Tablo 4. 1: Dünyada Sosyo-ekonomik Düzeylere Göre Ülkelerin Doğuşta Beklenen Yaşam Beklentisi (LE) ve Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (HALE) Değerleri	64
Tablo 5.1: Yaşlılar İçin Yalnızlık(YİYÖ) Ölçeğinin, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirliği(α).....	74
Tablo 5. 2: Kişilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=376)	75
Tablo 5. 3: Bireylerin Kronik Hastalıklarına Ait Oranlar	76
Tablo 5. 4: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları.....	77
Tablo 5. 5: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları	80
Tablo 5. 6: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları.....	80
Tablo 5. 7: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları	81

Tablo 5. 8: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	83
Tablo 5. 9: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	85
Tablo 5. 10: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	88
Tablo 5. 11: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Mesleğine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	89
Tablo 5. 12: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Kişiye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	91
Tablo 5. 13: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sayısına Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	90
Tablo 5. 14: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları	95
Tablo 5. 15: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sosyal Güvenceye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	96
Tablo 5. 16: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	97
Tablo 5. 17: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yalnızlık Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	99
Tablo 5. 18: Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki.....	100

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 2. 1: Dünyada Erkeklerde Yaş Gruplarına Göre Yaşam Beklentisi 1950-2050	16
Grafik 2. 2: Dünyada Kadınlarda Yaş Gruplarına Göre Yaşam Beklentisi 1950-2050	16
Grafik 2. 3: Avrupa Birliği (AB) 28 Ülke Yaşlanma Endeksi 1960-2017 %	18
Grafik 2. 4: Dünyada Yaşlı Nüfusun Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı 1950-2050 %	19
Grafik 2. 5: Türkiye Nüfus Piramidi, 2018	21



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu	122
Ek 2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	123
Ek 3. Whoqol-Old.Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	124
Ek 4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	129
Ek 5. Etik Kurul Raporu	130
Ek 6. Çalışma İzin Belgesi	131



KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADÜ	: Adnan Menderes Üniversitesi
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BAP	: Bilimsel Araştırma Projesi
DALY	: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years)
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBHSHY	: Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu Hakkında Yönetmelik
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HALE	: Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (Healthy Adjusted Life Expectancy)
IALS	: Uluslararası Okur-Yazarlık Anketi
KB	: Kalkınma Bakanlığı
KGYA	: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
QALY	: Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years)
PORDATA	: Base de Dados Portugal Contemporaneo
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UN	: Birleşmiş Milletler (United Nations)
UNECE	: Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-OLD.TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Modülü
YİYÖ	: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

GİRİŞ

21. yüzyılda tüm dünyada demografik süreç içerisinde yaşlı nüfus gün geçtikçe artmaktadır. Dünyada doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, kadın doğurganlığının azalması ve düşük ölüm oranları sonucu yaşlı nüfus artış göstermektedir. Demografik yapıdaki bu dönüşüm ve değişimler nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, yaşlılıkla ilgili araştırma ve çalışmaların artması gerekliliğini de öne çıkarmaktadır.

Yaşlanma süreciyle birlikte kronik hastalıkların artması, bilişsel fonksiyonların azalması, sosyal dışlanma ve yalnızlık, günlük yaşam aktivitelerine bağımlı olma sürecini arttırmakta ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Baysan, 2008: 37; Sarı, 2013: 3; Sözen, 2014: 21; Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 137; Yılmaz ve Çağlayan, 2016: 130). Yaşlanmaya bağlı olarak fiziksel ve fizyolojik değişimler, günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) yerine getirilmesinde sınırlanma ve bilişsel işlevlerde bozulmaya bağlı olarak sosyal ilişkilerde azalma ve yalnızlaşma duygusu artmaktadır. Yaşam kalitesi genelde fiziksel durumla ilişkilendirilmekle birlikte, ekonomik, sosyal, bilişsel durum gibi daha geniş çerçevede yaşamın tüm alanlarını kapsamaktadır. Evde ailesi ile yaşama, evde yalnız yaşama, yaşamdan zevk alma, geçmiş hayatında çalışmış olma durumu, sağlık hizmetlerine erişim, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal dışlanma gibi sorunlar yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdendir (Parlak Demir, 2017:20).

Tüm dünyada giderek önem kazanan, yaşlı bireylerin sağlıklı ve başarılı yaşlanmaları, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, yalnızlık, sosyo-ekonomik ilişkileri, bağımsızlık düzeyleri toplumla bütünleşmeleri ve toplumla uyumlu olarak yaşamaları konusundaki girişimler giderek artmaktadır (Baysan, 2008: 37; Danış, 2009: 71; Sarı, 2013:3; Sözen, 2014: 21; İlhan vd., 2016: 57; Yılmaz ve Çağlayan, 2016: 130; Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 137; Çam vd., 2018: 51; Canatan, 2018a: 20-24; Oğlak 2018: 22-223; Başyigit, 2019: 140).

Yapılan çok sayıda çalışmalar, yaşlı bireylerin kurumsal bakım yerine, daha çok evinde yaşlanmaya ve ihtiyacı olan bakımı evinde almayı tercih etmekte olduğunu göstermektedir (Oğlak 2007a: 15; Karadağ ve Parlar Kılıç, 2018: 89). Bu nedenle bireylerin evinde yaşamak istemeleri; toplumda daha aktif, mutlu, sağlıklı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çabalarının evinde yaşayan yaşlı bireyleri için de büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Aydın, Nazilli ilçesinde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumlarının belirlenmesi, yalnızlık düzeylerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir.

Nazilli nüfusu, 2018 nüfus verilerine göre 156.748'dir. Nazilli'de 65 yaş üstü nüfus oranı ise %12.3'dür (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2019a). Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus oranı % 8,8'dir (TÜİK, 2019b). Türkiye 65 yaş üstü nüfus oranı ile karşılaştırıldığında, Nazilli'nin ülke ortalamasının çok üstünde yaşlı nüfusa sahip olduğu görülmektedir.

Ege'nin en eski yerleşim yerlerinden biri olan Nazilli, Aydın İli'ne bağlı en büyük ilçelerden biridir. İncir, zeytin, nar, kestane, narenciye, pamuk, üzüm ve çilek üretimi ile Türkiye'nin önemli tarım üretimlerinin gerçekleştiği ilçede, halkın genel beslenme tarzı zeytinyağı, sebze ve meyve ağırlıklı olması, hayvancılık açısından bal, süt ve yoğurdun çok fazla tüketilmesi, temiz hava gibi etkenlerin Nazilli'de uzun yaşamın sırrı olarak ifade edilmektedir (Milliyet Gazetesi, 2012; Doğanlı, 2017: 518; Sabah Gazetesi, 2017; Babaeren, 2017). Bu nedenle Nazilli; evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından araştırılmaya değer bir konumda olması, uzun yaşam yeri konusunda neredeyse Türkiye genelinde bilinmekle birlikte, yaşlıların yaşam kalitesi yönünden yapılmış bir çalışma olmaması, çalışmamızın sonuçları bakımından önemli görülmektedir.

Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırma evrenini, Aydın İli, Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçiminde basit rassal tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış ve evinde yaşayan 65 yaş ve üstü 376 bireylerden oluşmuştur. Araştırmada; Demografik ve Kişisel Bilgi Formu, Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD.TR), KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYA) ve Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği kullanarak yüz yüze anket yöntemi uygulanarak veriler SPSS 25.0 programında analiz edilerek, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Korelasyon testi ve Bonferroni testi uygulanmıştır.

Bu çalışmanın ana problem cümlesi ve hipotezler şu şekilde belirlenmiştir;

Problem cümlesi: Nazilli'de Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, yalnızlık seviyesi ve yaşam kalitesi düzeyi nedir ve yaşam kalitesini hangi

faktörler etkilemektedir?

H1: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden cinsiyete göre farklılık vardır.

H2: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden yaşa göre farklılık vardır.

H3: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden eğitim durumlarına göre farklılık vardır.

H4: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden Medeni durumlarına göre farklılık vardır.

H5: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden Meslek durumlarına göre farklılık vardır.

H6: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden ailede kiminle yaşadığına göre farklılık vardır.

H7: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden çocuk sayısına göre farklılık vardır.

H8: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden sağlık durumlarına göre farklılık vardır.

H9: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden sosyal güvence durumlarına göre farklılık vardır.

H10: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden aylık gelire göre farklılık vardır.

H11: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden yalnızlık düzeylerine göre farklılık vardır.

H12: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden pozitif yönde ilişki vardır.

H13: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve

Yalnızlık düzeyleri yönünden negatif yönde ilişki vardır.

H14: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yalnızlık düzeyleri yönünden negatif yönde ilişki vardır.

Varsayımlar

Evinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin yüz yüze anket görüşmesi ile yürütülen çalışmada yer alan sorulara verdikleri yanıtların gerçek görüşlerini yansıttıkları varsayılmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde “yaşlılık ve yaşlanma” kavramlarıyla ve yaşlılık kuramlarıyla ilgili tanımlamalar incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, yaşlı nüfusun demografik değişim süreçlerinin ve nüfusun genel yapısal özellikleri içerisinde yeri belirlenmeye çalışılmıştır. Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu; cinsiyet, gelir ve bölgelere göre veriler doğrultusunda açıklanmaya çalışılmıştır. Veriler doğrultusunda seçilmiş yıllar bakımından nüfus artış hızları, yaşam beklentileri, doğurganlık (fertilite) ve mortalite eğilimleri ve yaş gibi çeşitli gruplarda ele alınarak yaşlı nüfusun toplum nüfus içindeki yeri incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, aktif yaşlanma kavramı ve yaklaşımı üzerinde durulmuş ve aktif yaşlanmanın önemi araştırılarak toplum yaşlanmasına bir çözüm olarak aktif yaşlanma modeli belirtilmiştir. Aktif yaşlanma politikalarıyla yaşlanma sorunlarına yönelik mevcut uygulamalar değerlendirilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve yalnızlık kavramıyla ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden ve yaşlılarda sosyal dışlanma süreci değerlendirilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise, alan çalışmasında yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, yaşlılıkta karşılaşılan sorunları belirlemek ve yaşlıların aktif olarak sosyal katılım durumlarının analizini yapmak amacıyla Aydın İli Nazilli İlçesi’nde yer alan, evinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, yalnızlık düzeylerini ve yaşam kalitesini inceleyen tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan alan çalışması sonuçlarına ve elde edilen bulguların değerlendirilmesi yapılarak sonuç ve öneriler ele alınmıştır.

1. BÖLÜM

1. YAŞLANMA VE YAŞLILIK KAVRAMLARI

Dünyadaki yaşamsal süreç canlı ve cansız varlıklarla sürekli bir döngü halinde devam etmektedir. Doğada yer alan tüm canlı varlıklar bu döngüde doğar, büyür, gelişir, olgunlaşır, yaşlanır ve ölür. İnsan yaşamı da bu varlıklar içinde süreç olarak çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık olarak dönemlere ayrılmaktadır (Altan ve Şişman, 2003: 5; Ceylan, 2015: 25). Bireyin bu dönemlerde tamamlamış olduğu her bir evreye “yaş” denmektedir. Genel bir tanımlamayla yaparsak yaş, “doğum sürecinden itibaren geçen yıl birimi ile ölçülen zaman” olarak ifade edilmektedir (Başyigit, 2019: 8). Yaşın ilerlemesiyle birlikte gençlik ve yetişkinlik çağında oluşan güçlü algılama, pozitiflik, yeni roller kapma, beceri kazanma ve zihinsel işlevler zamanla gerilemektedir. Buna karşılık, yaş ilerledikçe deneyim paylaşımı, kabullendirme ve toplumsal yetkinlik işlevi artmaktadır.

Yaşlanma kavramı, yaşamsal döngü süresince devam eden biyolojik ve fizyolojik fonksiyonların, hücresel ve moleküler hasar sonucu azalmasını ifade eden bir süreçtir (Sevil, 2005: 9). Yaşlılık ise, bu gelişim ve değişim sürecinde ele alınan kronolojik, fizyolojik, psikolojik, ve sosyolojik yönleri olan karışık bir süreçtir. Yaşlılık, yaşlı olma durumunu belirtmekle birlikte, yaşlanma süreciyle ortaya çıkan bir sonuç olarak ifade edilmektedir (Metin, 2016: 5). Bireylerin yaşamı boyunca devam etmesiyle birlikte sadece gen ve molekül olarak değil, sosyo-çevresel koşullar ile birlikte psikolojik davranışsal olaylar arasındaki etkileşimleri ele alan bir süreçtir (Tarr, 2014: 3).

Yaşlılık evresini, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üstü olarak kabul etmektedir. Bu tanımda farklı kriterler mevcuttur. Birleşmiş Milletler, bu ayırmada 60 yaş ve üstünü esas almaktadır. Ancak çalışmalarda DSÖ'nün kriterleri esas alınmaktadır (World Health Organization [WHO], 1998; Sözen, 2014: 3).

1.1. Yaşlılık Dönemleri

Yaşlılık çok yönlü bir kavram ve bu sürecin ne zaman başladığı çok önemlidir. Yaşlılık dönemleri bireylerde içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel yapıya göre bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir. Artan yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, riskler ve kronik hastalıklar bu dönemlerde sıkça görülmektedir (Canatan, 2018a: 18).

1.1.1. Genç-Yaşlı (Yaşlı) Dönemi

Yaşlılığın ilk dönemi olarak 65-74 yaş arası kabul edilmektedir. Genç-yaşlılar, henüz orta yaş evresinin etkisindedirler. Fizyolojik ve tıbbi anlamda yoğun hastalık süreçleri yaşanmayan bir dönemdir. Emekli ya da serbest çalışma şekilleri vardır. Sosyal olarak bu yaş grubu, eşleri ve çocukları beraberinde torunları ile birlikte yaşamlarını idame ettirmeleri beklenmektedir. Yaşam kalitesi ve içinde bulunulan hayat standartları bu yaş grubunda orta düzeyde sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Canatan, 2018a: 18).

1.1.2. Yaşlı-Yaşlı (İleri Yaşlı) Dönemi

75-84 yaş arası fiziki hareketlerde kısıtlamanın artmasıyla, tıbbi sorunların biraz daha fazla görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde gerçekleşen sağlık sorunu zamanla kronik hale dönüşebilir. Yaşlı bireyler, bu dönemde eşlerini kaybederek yalnızlık ile yüzleşebilirler. Birey bu döneme adapte olmakta ve sosyal yaşamı idame ettirmekte zorlanabilmektedir (Kılavuz, 2005: 28; Canatan, 2018a: 19).

1.1.3. En Yaşlı (Çok İleri Yaşlı / Kırılgan Yaşlı) Dönemi

85 yaş ve üstü yaş grubu kapsamaktadır. Yaşlı bireylerde fiziksel gerilemeler ve demans gibi belirli hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu safhada evde bakım veya kurumsal bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Yaşlıya, aile bireyi ya da özel bakım sağlayan kurumlar tarafından bakım sağlanmaktadır (Aslan ve Hocaoğlu, 2017: 53).

1.2. Yaşlılık Türleri

Yaşlılık denildiğinde akla ilk gelen kavram kronolojik yaş olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu yaş, bireyin yaşadığı bireysel yaşamından, cinsiyetinden, toplumsal şartlarından, sosyo-ekonomik durumlarından etkilenmektedir. Yaşlılık, sosyolojik kuramda biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yaşlanma olarak ele alınmaktadır” (Ceylan, 2015: 32).

1.2.1. Kronolojik Yaşlanma

Kronolojik yaşlanma, doğumdan itibaren başlayan, “takvim yaşı” olarak da bilinen yaşlanma türüdür. (Özcan, 2010: 9). Bireylerde yaş alındıkça ortaya çıkan fizyolojik ve hücrel fonksiyonlarda meydana gelen artışlar, ilerleyen süreçte sağlık problemlerinin oluşmasına neden olabilmektedir. Bireyin yaşı ile yaşlılığın belirlenmesinin ölçüt olmadığı,

takvim yaşının yalnızca bir kimlik olduğu belirtilmektedir (Tufan, 2001: 38).

1.2.2. Biyolojik Yaşlanma

Biyolojik yaşlanma, zigotun oluşumuyla başlayan anatomi ve fizyolojik durumunda meydana gelen düşüş ve bedensel işlevlerin güçsüzleşmesidir (Ak, 2016: 1020).

Biyolojik yaşlanma, takvim yaşı ile aynı doğrultuda ilerlemeyebilir. Bireylerde görülen yaşlanma süreci herkeste istikrarlı ilerlemez; bazı bireylerde kronolojik yaşlanma süreci daha önde bazı bireylerde ise biyolojik yaşlanma süreci ön plandadır (Ceylan, 2015: 34).

1.2.3. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik ya da ruhsal yaşlılık, bireyin tutum, entegrasyon ve zihinsel işlevlerindeki değişimleri ifade etmektedir. Psikolojik yaşlanma bireyin daha çok kendini nasıl hissettiği ile belirlenebilen bir ölçüttür. Bireyler kendilerini altmış yaşında hasta ve yaşlı hissederken bazıları yetmiş yaşında dinamik ve sağlıklı hissedebilmektedir (Ceylan, 2015: 34). Bireyin bu süreçte yaşlılığı kabullenmesi önemlidir. Çünkü psikolojik yaşlılık bireyin yaşlılığa kendisini uyum sağlayamamasından ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireyin bilişsel işlevlerinin gelişmesi için sürekli meşguliyet içinde olması, sosyal aktiviteler içinde yer alması, üretken olmaları, aile ve arkadaşlarına zaman ayırmaları psikolojik sorunların çözümünde önemli görülmektedir.

1.2.4. Sosyolojik Yaşlanma

Sosyal yaşlılık, bireyin zamanın değişimine bağlı olarak tahakkuk eden fonksiyonel gerilemeleri kapsayan “rol ve statüsünde değişimi” ifade etmektedir. Bireyin iş ve toplum hayatında, kuvvet ve kabiliyetinin azalması olarak da tarif edilen sosyal yaşlılık, toplumlarda farklılık gösterebilmektedir. Gerontologlar, yaşlı bireyleri toplumda aldıkları “sosyal rol ve alışkanlıklar” doğrultusunda tanımlamaktadırlar (A. Soyuer ve F. Soyuer, 2008: 219; Ak, 2016: 1021). Bu süreçte yaşlı bireylerin yeni rollerine uyumlu olabilmesi için pek çok etken ön plandadır. Yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitesi, sağlık ve ekonomik durum, kültür yapısı, inancı ve yaşlılık algısı uyum sağlama sürecini etkilemektedir.

Günümüzde toplumsal değerler içinde yaşlı ve yaşlılık kavramı önemli bir yer taşımaktadır. İnsanda yaşam süresince edindiği toplumsal ve kültürel birikim, toplum içinde

bireyin yerini ve değerini belirlemede önemli rol oynamaktadır.

1.3. Yaşlılık Kuramları

Yaşlanma kuramları biyolojik yaşlanma kuramları ve sosyolojik yaşlanma kuramları olarak ikiye ayrılmaktadır. Biyolojik yaşlanma kuramı, hücrelerde meydana gelen fiziksel ve kimyasal tepkimelerle oluşan, dokuların dayanıklılığını kaybetmesi sonucu yaşlanmanın oluşumunu anlatan kuramlardır. Bu kuramlar; yaşam hızı kuramı, serbest radikaller kuramı, telomer kuramı, immünite kuramı ve hormon kuramı olarak ifade edilmektedir (Bulut ve Özçakar, 1999: 3). Yaşlılıkla ilgili kuramlar modern toplumlarda oluşmakla birlikte, toplumsal yönden yaşlılık algıları sosyal yaşlılık kuramlarıyla ifade edilmektedir. Bu nedenle çalışmada, sosyal yaşlılık kuramları ele alınmaktadır.

1.3.1. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı

Sosyolojide yaşlı bireylerin refahı üzerine yapılan çalışmalarda araştırmaların çoğu katılım ve yaşamdan geri çekilme teorilerinden büyük ölçüde etkilenmiştir. “Yaşamdan Geri Çekilme Kuramını” ilk kez 1961 yılında “Elaine Cumming ve William E. Henry” teori olarak öne sürmüş ve geliştirmişlerdir. Bu kuramda yaşlılık, toplumdan yavaş bir şekilde kopukluk yaşaması, geri çekilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Geliştirilen bu kuramda yaşlılığın getirdiği sorunlar, bireyin sosyal yaşamında gerekli olan hayat enerjisinde gerilemeye yol açtığını ileri sürmektedir. Bu nedenle yaşlıların bu durumu, hem bireyi hem de toplumu etkileme açısından önemlidir (Tufan, 2001: 41; Demirbilek, 2005: 229-230; Ceylan, 2015: 41-42).

Bu kuramla birlikte bireyin hayattan kendini soyutlaması ve zamanla kendi duygu ve düşüncelerine, iç dünyasına yönelmesi uyum sağlama sürecini desteklemektedir. Bu sürece uyum sağlayan yaşlı bireylerin bu durumu kolaylıkla kabullenerek rahat ve mutlu bir hayatı devam ettirmesi öngörülmektedir. Buna karşılık bireyin, fiziksel ve sosyal aktivitelerinin giderek azalması sonucu toplumda rollerinin yitilmesiyle toplumsal faydası zamanla azalmaktadır (Öz, 2002: 18).

1.3.2. Aktivite Kuramı

Bireyin yaşamdan geri çekilmesi kuramına karşı getirilen aktivite kuramı, bireylerin toplumda sosyal ya da psikolojik gereksinimlerini aktif süreç içerisinde devamlılık sağlamasını ifade etmektedir. Yaşlı bireyin günlük yaşamındaki yaptığı etkinlikler yaşam

kalitesini arttırmaktadır (Ceylan, 2015: 45).

Bu kuram, başarılı bir yaşlanmanın üretkenlikten geçtiğini savunmaktadır. Yaşlı bu süreçte toplumda aktif olarak yer almalıdır. Pasif süreç içinde yer alan birey yaşama isteğinden daha uzak, sosyal dışlanma kaygısı güden ve mutsuz bir durum içerisinde yer alabilir. Bireylerin yaşamdan kopmaması için pasif süreçten aktif sürece geçişinin desteklenmesi, toplumun kendisinden hala bir şeyler öğrenecek olması ve rollerinin etkinleştirilmesi yaşlı bireyin daha mutlu bir hayat sürmesine olanak sağlayacaktır (Üçok, 2018: 453).

1.3.3. Süreklilik Kuramı

Süreklilik Kuramı, yaşlanmanın statik bir süreç değil, devam eden bir süreç olduğunu göz önünde bulundurur ve yaşlanma ile başa çıkmada birincil bir strateji olması gerektiği belirtilmektedir (Tarr, 2014: 4). Bireyin yaşlılık dönemi süresince daha önce sürdürmüş olduğu yetişkinlik dönemi kişilik davranışlarını idame ettirmesi durumudur. Yaşlı birey, yetişkinlik döneminde uyguladığı bazı huy, davranış ve uğraşlarını bu süreçte sürdürmek isteyebilir. Bu durumda yaşlı bireylerin toplumsal uyum kapsamında geçmiş hayatındaki deneyimleri önem arz etmektedir (Alptekin, 2011: 13). Birey yaptığı bir uğraş, bir meslek ya da çevre ortamında etkileşim içinde olarak kendini yenilemektedir.

1.3.4. Rol Kaybetme Kuramı

Kuram yaşlılıkla birlikte meydana gelen kayıplar üzerinde durmaktadır. Blau tarafından geliştirilen kuram, yaşlı bireyin meslek pozisyonlarının kaybedilmesinin, emekli olma süreci içerisinde toplumsal açıdan yaşlılığa uyum sürecini açıklamaktadır. Yaşlı bireyler bu süreçte yeni meşguliyet ve çeşitli faaliyetlerle farklı roller üstlenebilirler (Biçer, 2002: 20).

1.3.5. Değiş-Tokuş Kuramı

Kuram, modernleşme ve yaşlılık pozisyonları arasında zıt bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Bu kurama göre, modernleşme çoğaldıkça yaşlılık pozisyonlarının değerinin düşeceği savunulmaktadır (Özcan, 2010: 33).

1.3.6. Siyasi Ekonomi Kuramı

Kurama göre toplumsal ve ekonomik etmenler yaşıllığın önemli unsurlarını oluşturmaktadırlar. Toplumun içinde bulunduğu durum ve yaşlıya verdiği değer oldukça önemlidir. Yaşlı birey toplumda pasif işgücü olarak yer almakta ve ekonomik olarak olumsuz tutumlara neden olabilmektedir (Özcan, 2010: 34).

Tüm bu kuramlar, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin daha iyi sağlanması ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalardır. Böylece yaşlı ayrımcılığı ile baş etmede çalışmalara destek olmak bir amaç, ayrıca bireylerinde kendi çabalarının da bulunması gerekmektedir.



2. BÖLÜM

2. NÜFUS YAŞLANMASI VE TOPLUMSAL BOYUTLARI

2.1. Kavramsal Çerçeve

Yirmi birinci yüzyıl dünyasında günümüzde dikkat çeken kavramlardan birisi de nüfus yaşlanması gerçeğidir. Doğum oranlarındaki azalma, yaşam beklentisindeki artmanın sonucunda gelişmekte olan ülkelerde dâhil nüfus giderek yaşlanmaktadır. Bu demografik varyasyon, 60 yaş üzerindeki bireylerin artmasına neden oldu (WHO, 2010). Başka bir ifade ile toplumsal olguların başında gelen nüfus yaşlanması, yaşlı bireylerin oran olarak artış göstermesidir (Aközer vd., 2011: 104).

Tablo 2.1: Yaşlı Nüfusun Toplumsal Sınıflandırılması ve Tanımları

Toplumlar	Tanımlar
Genç Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun % 4 den daha az oranda olduğu toplumlardır. Doğu Akdeniz ve Afrika ülkeleri örnek gösterilebilir.
Erişkin Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun %4- 7 arasında seyrettiği toplumlardır. Güneydoğu Asya ve Pasifik ülkeleri örnek gösterilebilir.
Yaşlı Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun %7-10 arasında seyrettiği toplumlardır. Avustralya, İsveç gibi ülkeler örnek gösterilebilir.
Çok Yaşlı Toplumlar	65 Yaş ve üzeri nüfusun %10 ve üzerinde seyrettiği toplumlardır. Japonya, İskandinav ve gelişmiş Avrupa ülkeleri örnek gösterilebilir.

Kaynak: (Aközer vd., 104; Arpacı, 2005: 23-24; Ceylan, 2015:76).

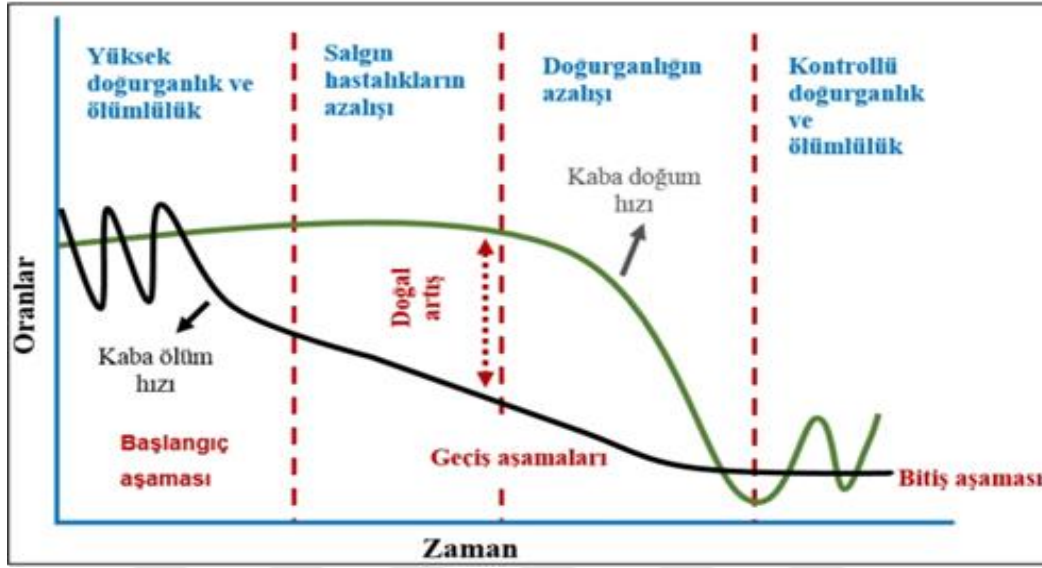
2.1.1. Demografik Dönüşüm Süreci

“Demografik dönüşüm”, doğurganlık ve ölüm hızlarının yüksek seviyelerde olduğu mevcut durumdan, düşük ölüm oranları ve kontrollü doğum süreçlerinin gerçekleştiği duruma geçişi ifade etmektedir (Gürsoy Çuhadar ve Lordoğlu, 2016: 66).

Genel olarak üç aşamada gerçekleşen demografik dönüşüm süreci;

- Birinci aşama: kırsal, tarım toplumunun yer aldığı yüksek doğum oranı ve yüksek ölüm oranı bulunmaktadır.
- İkinci aşama: doğum oranları biraz daha yüksek, ölüm oranları gerilemektedir.
- Üçüncü aşama: ölüm oranı daha çok düşmekle birlikte doğum oranı ölüm oranı ile birlikte gerilemektedir.

- Dördüncü aşama: doğum ve ölüm oranları düşük seyir göstermektedir (Yüceşahin, 2011: 12).



Şekil 2.1: Demografik Dönüşümün Aşamaları

Kaynak: (Yüceşahin, 2011: 13)

Şekil 2.1'e göre demografik dönüşüm dört aşamadan oluşmakta olup; başlangıç aşaması, 2 grup geçiş aşaması ve bitiş aşaması yer almaktadır. Tarım toplumlarından endüstri toplumlarına geçiş süresince sağlıkta yapılandırma, eğitim seviyesinin yükselmesi, teknolojinin ilerlemesi, ekonomik kalkınma, zenginlik gibi faktörler yüksek doğurganlık ve ölüm hızlarının yerini düşük doğurganlık ve ölüm oranlarına bırakmaktadır. Başlangıç aşaması az gelişmiş ülkelerde daha çok tarım ekonomisinin hüküm sürdüğü, sağlık sorunlarının yaşandığı ve yüksek doğum ve ölüm oranlarının seyrettiği ve artmanın yer aldığı bölümdür. Geçiş aşaması ise sağlık sistemin kontrol altına alınması ve ekonomi sisteminin biraz daha düzeltilmesi ile desteklenen, eğitim imkânlarının sağlanması ile doğum oranlarında biraz daha düşüş sağlanmakta ve sistem kontrol altına alınmaktadır. Bitiş aşaması bireyin yaşam beklentisinin artması ile daha çok endüstrileşmiş ülkelerde eğitim seviyesinin artması, bilinçlenme, kadınların çalışma hayatına atılması ve alternatif maliyet gibi faktörler doğurganlık ve ölüm oranlarında azalma gibi bir süreci ele almaktadır (Yüceşahin, 2011: 13).

Tablo 2. 2: Bölgeler Kapsamında Geniş Yaş Gruplarının Total Nüfus İçindeki Payları 1950-2100 %

Yıllar/Bölgeler	950	980	000	015	030	050	080	100
Dünya								
0-14 yaş	4,4	5,2	0,1	6	3,5	1,3	9,2	7,9
15-64 yaş	60,5	58,8	63	66	65	63,1	61,2	60,1
65+ yaş	5,08	6,0	6,9	8,0	11,5	15,6	19,6	21,9
Daha Çok Gelişmiş Bölgeler (1)								
0-14 yaş	27,4	22,5	18,2	16,5	16,1	16,1	16,1	15,7
15-64 yaş	64,9	65,8	67,4	66	61,4	58,1	57	55,6
65+ yaş	7,7	11,7	14,3	17,4	22,5	25,8	26,9	28,7
Daha Az Gelişmiş Bölgeler (2)								
0-14 yaş	37,6	39,3	33	28	24,8	22,1	19,6	18,2
15-64 yaş	58,5	56,5	61,9	65,7	65,5	63,9	61,8	60,8
65+ yaş	3,8	4,1	5,1	6,3	9,6	14	18,6	20,9

Kaynak: (United Nations,[UN] 2013: 316-317¹; Metin, 2016: 9).

(1) Avrupa'yı kapsayan daha gelişmiş bölgeler Avustralya, Japonya, İskandinav ülkelerini içermektedir.

(2) Japonya haricinde kalan tüm Asya, Afrika başta olmak üzere Latin Amerika ve Karayipleri içermektedir.

Tablo 2.2 incelendiğinde 65 yaş ve üzeri grubun 2015 yılı itibari ile demografik dönüşüm süresince toplam nüfus içindeki payları daha fazla gelişmiş ülkelerde %17,4 ile yaşlı toplum standardına sahip görülmektedir. Daha az gelişmiş bölgelerin ise 2050 yılından sonra gelişim göstereceği görülmektedir.

Demografik dönüşüm, bölge ve ülkelerde sosyal ve ekonomik yapıda meydana gelen varyasyonlar, doğum ve ölüm oranlarını etkilemiştir. Bu demografik dönüşüm sürecini ilk tecrübe eden grupta gelişmiş ülkeler yer almaktadır. Her ülkenin demografik penceresi, politika araçları ve tarihsel devinimi farklıdır. Bu demografik dönüşümü farklı başlangıç ve zamanlarda farklı süreçlerde deneyimlemektedir.

2.1.2. Kadın Doğurganlık Düzeyi

Dünyada kadın doğurganlık düzeyinde, kadınların işgücü piyasasına katılımlarının artması, eğitim seviyelerinin artması ve kontrollü doğum süreçlerinin sağlanması sonucunda

¹ United Nations [UN] (2013), World Population Prospects The 2012 Revision Volume 1: Comprehensive Tables, s. 316-317 nüfus verilerinden hesaplanmıştır.

azalma görülmektedir. Bu değişim, demografik süresin şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Toplam doğurganlık hızı (fertilite), doğurganlık çağında olan her bin kadına düşen canlı çocuk sayısını ifade eder. Bir başka ifadeyle, bir kadın doğurganlığı süresince (15-49 yaş arasında) doğurabileceği ortalama çocuk sayısıdır. Türkiye’ de toplam doğurganlık hızı 2017 yılında 2,07 çocuk iken; 2018 yılında 1,99 çocuk olarak gerçekleşmiştir. (TÜİK, 2019a; Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı [TÜSEB], 2018).

Tablo 2. 3: Ülke ve Bölgelere Göre Toplam Doğurganlık Oranları 1950-2100

Bölgeler/Yıl	1950-1955	1980-1985	2010-2015	2040-2045	2070-2075	2095-2100
Dünya	4,97	3,59	2,52	2,24	2,05	1,94
Daha Çok Gelişmiş	2,82	1,84	1,67	1,72	1,76	1,78
Daha Az Gelişmiş	6,08	4,16	2,66	2,30	2,08	1,95
Afrika	6,57	6,50	4,73	3,24	2,48	2,14
Asya	5,83	3,69	2,21	1,90	1,78	1,76
Avrupa	2,66	1,88	1,60	1,71	1,75	1,77
Latin Amerika ve Karayipler	5,83	3,94	2,14	1,77	1,72	1,73
Kuzey Amerika	3,34	1,79	1,85	1,78	1,80	1,81
Okyanusya	3,89	2,63	2,44	2,11	1,94	1,84

Kaynak: (UN, 2019). World Population Prospects 2018.

Tablo 2.3 incelendiğinde 1950-1955 döneminin, toplam doğurganlık oranının daha çok gelişmiş bölgelerde düşük olduğu görülmüştür. Avrupa bu bölgeler arasında en düşük orana sahip iken; Afrika, Asya, Latin Amerika ve Karayipler en yüksek doğurganlık oranına sahip olmakla Dünya ortalamasının üstünde seyretmiştir. 2010-2015 döneminde ortalama olarak genel tüm bölgelerde doğurganlık oranlarında düşüş görülmektedir. Dünya genelinde toplam doğurganlık hızı nüfus yenilenme hızının altına düşmektedir. Afrika hariç 2095-2100 döneminde tüm bölgeler bu oranın altında beklenmektedir. Genel durum değerlendirmesinde tüm bölgelerde toplam doğurganlık oranlarında bir düşüş eğilimi görülmektedir.

Bu çerçevede küresel olarak nüfus yaşlanmasını iki neden altında niteleyebiliriz. İlki yaşam süresinin her bölgede uzamasıdır. Bu süreçte sosyo-ekonomik iyileşmenin katkısı büyüktür. Bir diğer neden ise doğurganlık oranının azalmasıdır ki, aile bilinçlenmesi, doğum kontrol sisteminin sağlanması bu sürede etkili olmuştur. Az gelişmiş ve düşük gelirli ülkelerde genç ve çocuk yaşta ölümler, bulaşıcı hastalık sonucu ölümler nüfusun yaşlanmasında etkili olmuştur. Çok gelişmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ise yaşam kalitesinin artması ve yaşam süresinin uzaması nüfusun yaşlanmasında etkisi büyüktür

(WHO, 2015; Tekin ve Kara, 2018: 222).

2.1.3. Ölüm Oranı

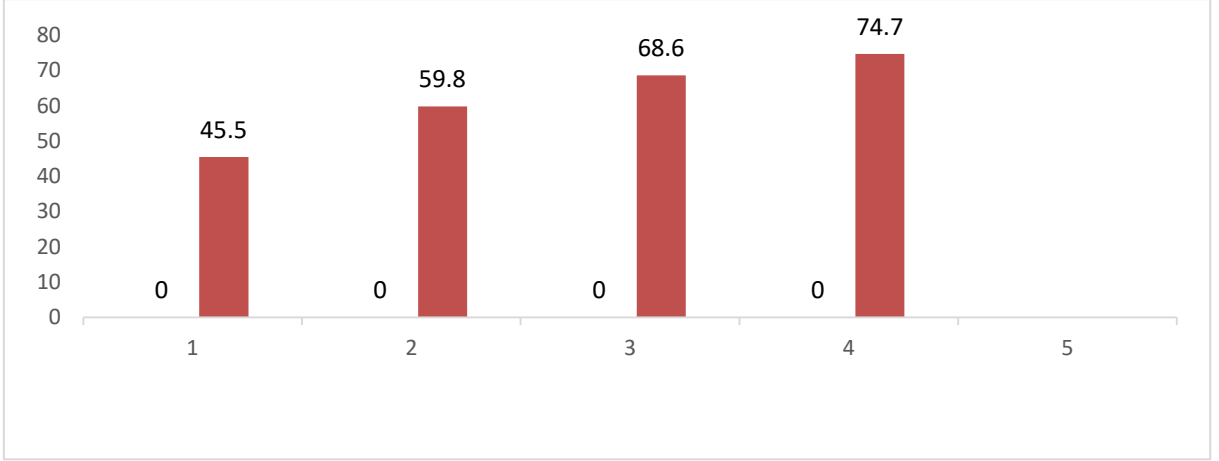
Yirmi birinci yüzyılda gelişen teknoloji, iyileşen sağlık koşulları, insanların eğitimle bilinçlenmesi ölüm oranındaki hızda azalmayı göstermektedir. Tıpta gelişen teknoloji, sağlıkta uygulanan devlet politikaları yaşam süresinin uzatılmasında önemli rol oynamaktadır.

Ölüm sayıları ve nedenleri, ülkelerin demografik yapı süreçlerinde belirleyici ve önemli bir yapıya sahiptir. Bu kapsamda ele alınan kaba ölüm hızı (mortalite) genelde bir yıllık her bin kişi başına düşen kişi sayısının oranıdır. (TÜİK, 2019c).

Ölüm oranları ülkelerin gelişmişliği ile ilgili önemli veriler oluşturmaktadır. Sözelimi, daha az ve orta gelişmiş daha alt gelir grubuna bağlı bölgeler daha yüksek ölüm oranına sahip ülkelerdir. Bu bölgelerde eğitim seviyesi düşük, sağlık koşulları yetersiz, suç ihtimali yüksek ve yaşam standartları düşük düzeydedir. Bu ülkelere başlıca Afrika, Güney Asya ve Güney Amerika örnek verilebilir (Başyigit, 2019: 52).

2.1.4. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

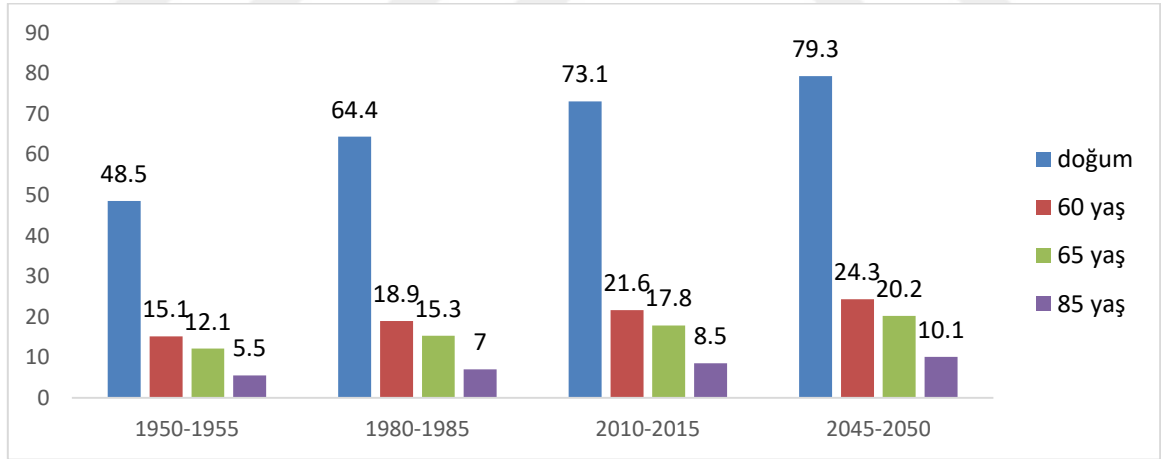
“Doğuşta beklenen yaşam süresi, belirli bir yılda doğan bireyin, ortalama ne kadar yıl yaşayacağını” ifade emektedir. Ülkelerin beklenti düzeyleri; sağlık, kültür ve sosyo-ekonomik düzey gibi göstergelere göre değişiklik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, kadınların erkeklere göre beklenen yaşam süresinin daha uzun olduğu ve tüm dünyada son iki yüzyıldır yaşam beklentisinin tüm cinsiyet gruplarında 2,5 katına çıktığı görülmüştür. (Bayın, 2016: 94).



Grafik 2. 1: Dünyada Erkeklerde Yaş Gruplarına Göre Yaşam Beklentisi 1950-2050

Kaynak: (UN, 2017b).

Grafik 2.1. incelendiğinde 1950-1955 tarihinde yeni dünyaya gelen bebeğin ortalama yaşadığı süre (yaşam beklentisi) ortalama 45 yıl iken; 1980-1985 tarihinde yaşam beklentisi, yeni doğan için ortalama 59 yıl; 2010-2015 tarihinde ise yaşam beklentisi yeni doğan için ortalama 68 yıl; 2045-2050 tarihine gelindiğinde ise yeni doğan bebeğin 74 yıl yaşaması tahmin edilmektedir.



Grafik 2. 2: Dünyada Kadınlarda Yaş Gruplarına Göre Yaşam Beklentisi 1950-2050

Kaynak: (UN, 2017b).

Grafik 2.2. incelendiğinde dünyada kadın nüfusunda yaşam beklentisi 1950-1955 tarihlerinde ortalama yeni doğan bir bebekte 48 yıl, 60 yaşında bir bireyde 15 yıl, 65 yaşında bireyde 12 yıl, 85 yaşında bireyde 5 yıl olmuştur. 1980-1985 tarihlerinde yeni doğan bebek yaşam beklentisi ortalama 64 yıl, 60 yaşında birey 18 yıl, 65 yaşında birey 15 yıl, 85

yaşındaki birey 7 yıl olmuştur. 2010-2015 tarihinde yeni doğan bebekte yaşam beklentisi 73 yıl, 60 yaşında bireyde 21 yıl, 85 yaşında bireyde 17 yıl, 65 yaşında bireyde 8 yıl olmuştur. 2045-2050 tarihinde ise ortalama yaşam beklentisi yeni doğan bir bebekte 79 yıl, 60 yaşındaki bireyde 24 yıl, 65 yaşındaki bireyde 20 yıl, 85 yaşındaki bireyde ise 10 yıl olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Tablo 2. 4: Belirli Ülkelerde Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi- 2018 (Yıl)

Ülkeler	Yıl
İsviçre	83,7
İspanya	83,4
İtalya	83,1
Fransa	82,7
Norveç	82,7
İzlanda	82,6
İsveç	82,5
Malta	82,4
İrlanda	82,2
Kıbrıs	82,2
Hollanda	81,8
Finlandiya	81,7
Avusturya	81,7
Portekiz	81,6
Türkiye	78,5

Kaynak: (Eurostat, 2018).

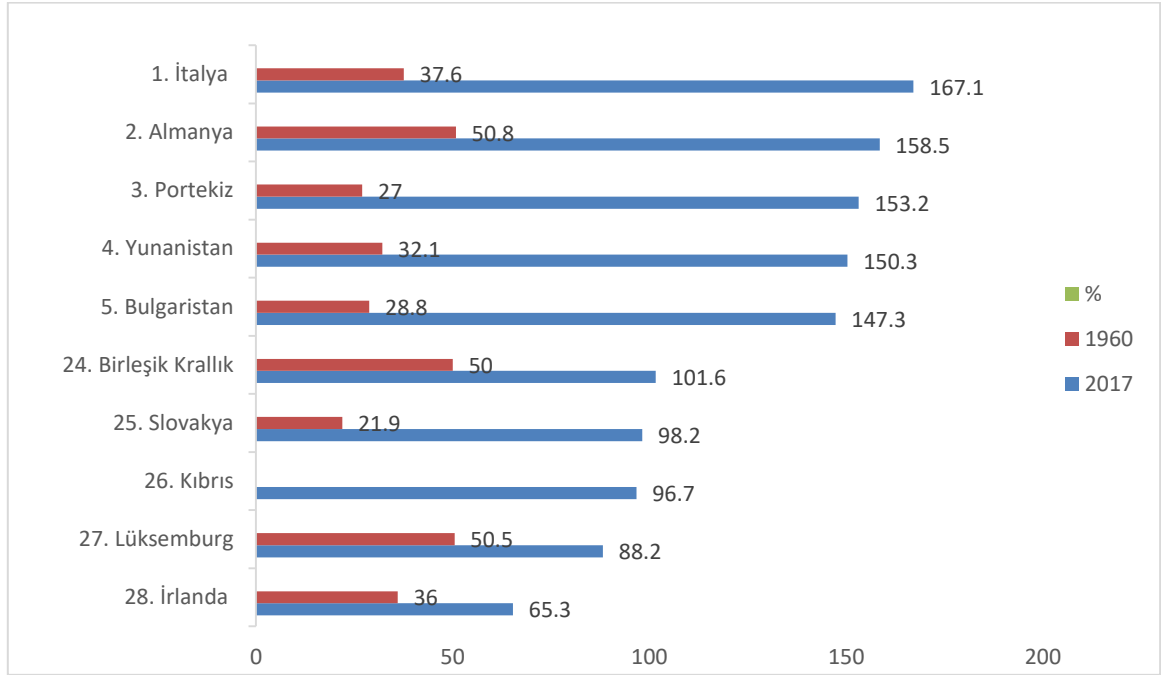
2.1.5. Yaşlı Bağımlılık Oranı

Nüfusun yaşlanması, doğum oranlarının azalması ve ölüm oranlarının düşmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Yaşlı bağımlılık oranı, 65 yaş ve üstü bireylerin 15-64 yaş aralığındaki çalışan çağındaki nüfusa oranıdır (Metin, 2016: 37). Demografik dönüşüm, beraberinde getirdiği yaşlı nüfusun emeklilik nedeniyle işgücü piyasasından ayrılması, çalışma çağındaki (15-64 yaş) nüfusun yükünün artmasını, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini büyük ölçüde etkileyecektir (Günsoy ve Tekeli, 2015: 40; Baran, 2018: 66). Türkiye’de yaşlı bağımlılık oranı 2018 yılında %12, 9’dur. Başka bir ifadeyle, her 100 çalışanın 65 yaş üstü bireyi desteklediğini göstermektedir (TÜİK, 2019c).

2.1.6. Yaşlanma Endeksi

Yaşlanma endeksi, “0-15 yaş aralığındaki her 100 çocuğa düşen 60 yaş üstündeki nüfus” olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2015: 237). “ 2000 yılında her 100 çocuğa 33 yaşlı

düşerken, 2050 de her 100 çocuğa 101 yaşlı” düşmesi beklenmektedir (Mandıracıoğlu, 2010: 41; Baran, 2018: 66).



Grafik 2. 3: Avrupa Birliği (AB) 28 Ülke Yaşlanma Endeksi 1960-2017 %

Kaynak: (PORDATA,2019).

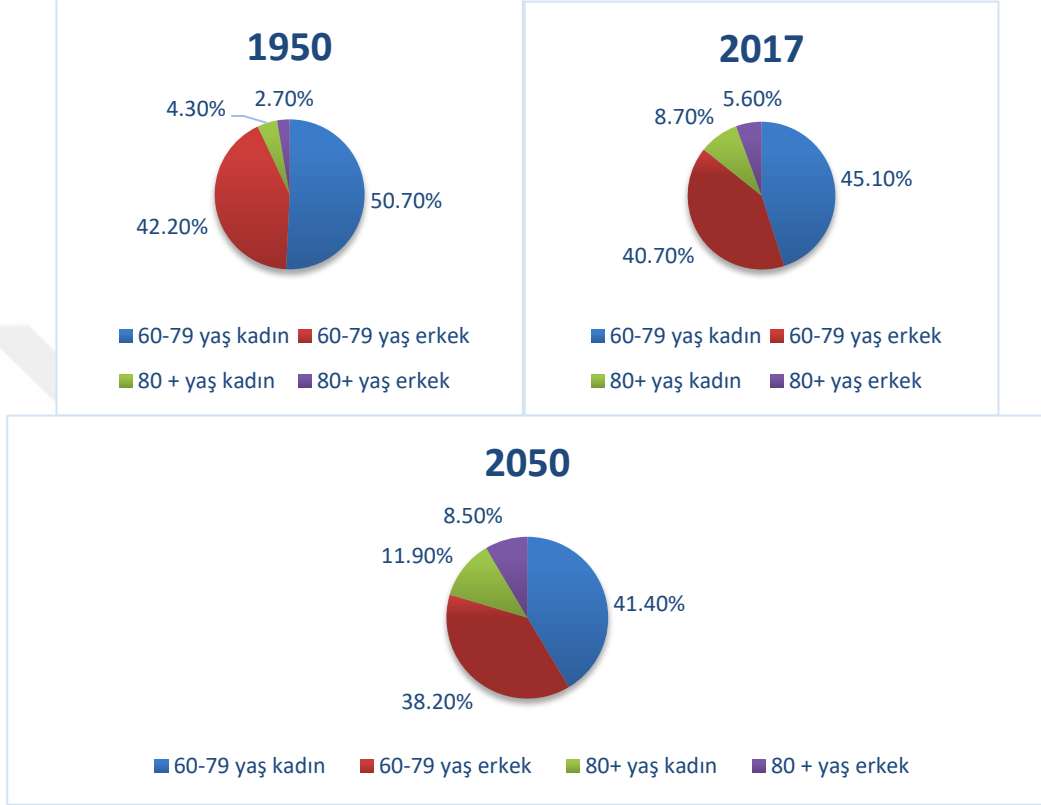
Grafik 2.3 incelendiğinde yaşlılık endeksi; İtalya’da %167,1; Almanya’da %158,5; Portekiz’de %153,2; Yunanistan’da %150,3; Bulgaristan’da %147,3; Birleşik Krallık ’ta %101,6; Slovakya’da %98,2; Kıbrıs’ta %96,7; Lüksemburg’da %88,2; İrlanda’da %65,3 olduğu görülmektedir.

2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

21. yüzyılda gelişen en önemli süreçlerden biri nüfusun yaşlanmasıdır. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler (örneğin ulaşım ve iletişim), kentleşme, göç ve tıpta gelişmelerin sağlanması, yaşlıların yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır (WHO, 2018). 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş üstü birey sayısının, 2050 yılında 2 milyar olması beklenmektedir (İnce, 2017: 86; WHO, 2018). 2015 ve 2050 yılları arasın yaşlı nüfus oranı %12’den %22’ye iki katına çıkacaktır. 2020 yılına gelindiğinde 60 yaş ve üstü bireylerin sayısı 0- 4 yaş grubu çocuklardan daha fazla olacaktır. 2050 yılı itibari ile yaşlıların % 80’i orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşaması beklenmektedir (WHO, 2018). Dünya nüfusunun 2018 yılında %9,1’ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. 2018 yılında en yüksek

yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke %33,2 Monako, %28,4 Japonya ve onu %22,4 ile Almanya takip etmektedir (TÜİK, 2019d).

Grafik 2.4.' e bakıldığında kadınların yaşam süresinin erkeklerin yaşam süresinden daima uzun olduğu görülmektedir.



Grafik 2. 4: Dünyada Yaşlı Nüfusun Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı 1950-2050 %

Kaynak: (UN, 2017a).

- Avrupa Ülkelerinde;

20. yüzyılın sonlarına doğru varyasyon gösteren Batı Avrupa ülkelerinin popülasyon yapısı değişime uğramaktadır. Nüfusun % 6'sından çoğu 1901 yılında mevcut emeklilik yaşındayken bu rakam dengeli bir şekilde 2001 yılında % 18'e kadar çıkmıştır. Avrupa ülkelerinde nüfus yaşlandıkça çalışan kesimin oranı düşme eğilimindedir. "Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya ve Rusya dâhil Avrupa ülkelerinde işgücü büyüklüğünde mutlak bir düşüş görülmektedir." 65 yaş ve üstü nüfusun yüzdesi yılda %1,9 büyümektedir. Bu oran tüm küresel nüfustaki artıştan % 60 daha hızlı bir artışı göstermektedir. Bu süreçte yaşlı nüfus, ilk defa çocuk nüfusunu geçecektir (Powell, 2014: 261; Baran, 2018: 68).

Eurostat 2018 verilerine göre AB 28 ülkesinde, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2008 yılında % 12,7 iken 2018 yılında % 14,2'ye yükseldiğini göstermektedir (Eurostat, 2019).

- Asya Ülkelerinde;

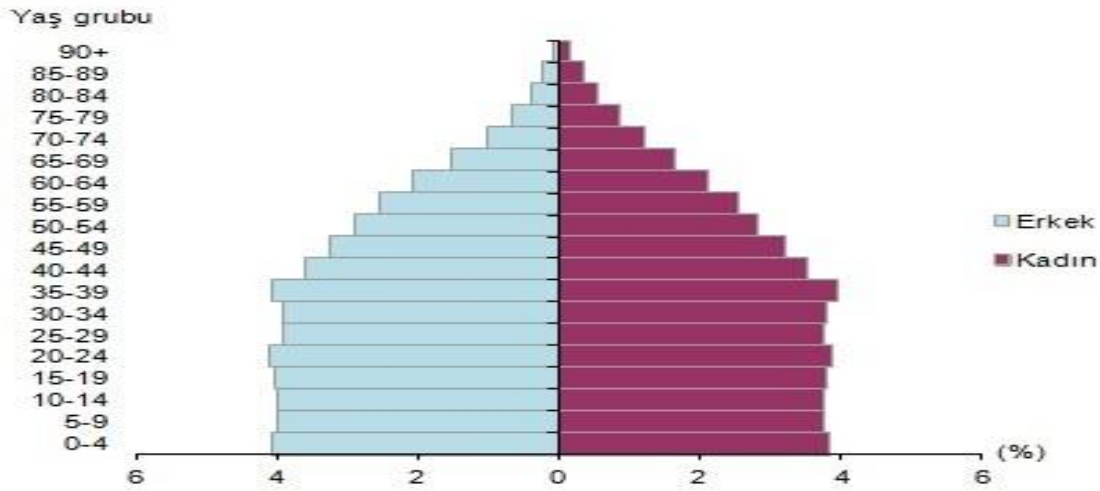
Asya'nın, dünyada yaşlanan nüfusta en hızlı artışa sahip bölge olduğu öne sürülmektedir. Yaşlanan nüfustaki bu artış Asya ülkelerinin ekonomisinde zorlama yapmaktadır. Japonya, Hong Kong, Güney Kore, Singapur ve Tayvan gibi Doğu Asya ülkelerinin ekonomileri doğurganlık oranındaki düşüş ile 2025 yılına gelindiğinde “süper-yaşlı toplumlara” dönüşmesi beklenilmektedir. Bu cümleden ne demek istediğin anlaşılıyor. Çünkü virgül nere. Yaşlanan demografik dönüşümün temel istatistiksel realitesi Japonya'da yükselmektedir. Her 100 kişiden on yedisi 65 yaş ve üstündedir. Japon işgücünün her sene yaklaşık %1 oranında küçüldüğü ve bu küçülmenin giderek hızlanacağı tahmin edilmektedir. Bu da Japonya'nın ekonomisinde genç nüfusun ve işçilerin azaldığı, emeklilik sistemlerinin finanse edilmesinde zorlandığını göstermektedir. Dünyanın en kalabalık iki ülkesi Çin ve Hindistan'da yaşlılar en önemli risk grubudur. Hindistan'da yaşayanların sadece %11'i emeklilik maaşı almaktadır. Emeklilik maaşı alan memur ve üst gelir gruplarından oluşmaktadır. Genç ve büyük ailelerde yaşlı nüfus büyük ölçüde hala çocuklarından destek beklemektedir. Çin'de ise durum daha farklıdır. 2030 yılına gelindiğinde her bir emekliye bakmak ve desteklemek için çalışma yaşına gelmiş iki Çinli olacaktır. Bunu dengelemek için “Çin-Hindu” birlikteliği sonucu ekonomik yatırımlar, sosyal güvenlik önlemlerinin alınması yaşlı nüfusunu desteklemeye harcanacaktır (Powell, 2014: 260-261).

- Afrika Ülkelerinde;

Afrika'da yaşlı nüfus toplumun küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Afrika'nın en az gelişmiş kıta olması, ortalama kişi başına düşen milli gelirin düşük olması, sağlık koşullarının kötü olması (HIV/AIDS bulaşıcı hastalığı) ve ekonomik güvencenin az olması gelecekte yaşlılığın risk grupları içerisinde yer almasında önemli ölçüde sıkıntı yaratmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde dünya yaşlı nüfusunun yoksul Afrika ülkelerinde yüzde 70 artacak olması büyük bir sorundur. Birçok ülkede yaşlanan toplumla birlikte yaşam kalitesi düşüşe geçecektir (Baran, 2018: 74).

2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

21. yüzyılda Türkiye’de de tüm dünyada olduğu gibi mevcut demografik eğilimler henüz genç bir nüfusa sahip olsa da, yaşlı nüfusunda artışın olacağını öngörmektedir. Dünyada en yaşlı nüfus sıralamasında, 2018 yılı verilerine göre Türkiye 66. sırada yer almaktadır. (TÜİK, 2019d).



Grafik 2. 5: Türkiye Nüfus Piramidi, 2018

Kaynak: (TÜİK, 2019d).

Tablo 2. 5: Türkiye’de Nüfusun Geniş Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 2018

Yaş Grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde
0-14	9 846 565	23,9	9 337 764	22,9	19 184 329	23,4
15-64	28 123 283	68,4	27 510 066	67,3	55 633 349	67,8
65+	3 170 132	7,7	4 016 072	9,8	7 186 204	8,8
Toplam	41 139 980	100	40 863 902	100	82 003 882	100

Kaynak: (TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2018; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019a).

Tablo 2.5. incelendiğinde Türkiye’de nüfusun; 65 yaş ve üstünde 7 186 204 bireyin yaşadığı ve toplam nüfus içindeki oranının % 8,8 olduğu görülmektedir. Hem dünya geneli hem de Türkiye için nüfus içinde giderek oranı artan 65 yaş ve üstü bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların erkeklerden daha uzun yaşadığını istatistiki veriler göstermekte olup, yaşlanan toplumda yaşlı kadınların yoğunlukta olduğu bir toplum modelini öne sürmektedir.

Tablo 2. 6: Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Oransal Dağılımı, 2018

Yaş Grubu	Nüfus	Yüzde
65-69	2 612 207	36
70-74	1 856 922	26
75-79	1 262 550	18
80-84	793 736	11
85-89	485 914	7
90+	174 875	2
Toplam	7 186 204	100

Kaynak: (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019a).

Tablo 2.6 incelendiğinde 65 yaş ve üstü nüfus 7 186 204’ e ulaşmıştır. Yaşlı nüfus içerisindeki en büyük payı ‘65-69’ yaş grubu almaktadır. Yaşlı nüfusun toplamda ortalama yaşı 71,70’dir.

• Türkiye Yaşlı İstatistikleri

Nüfusun yaşlanmasını belirleyen en önemli göstergelerden biri ortanca yaştır. Türkiye’de **ortanca yaş**, 2014 yılında 30,7 iken 2018 yılında 32; erkeklerde 31,4; kadınlarda 32,7 olarak gerçekleşti. Gelecek yıl tahminlerine göre, ortanca yaş 2023 yılında 33,5; 2030 yılında 35,6; 2040 yılında 38,5; 2060 yılında 42,3 ve 2080 yılında 45 olacağı beklenilmektedir. **Doğuştaki beklenen yaşam süresi**, Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için 80,8 yıl oldu. 65 yaşında olan bir bireyin kalan yaşam süresi ortalama 17,7 yıl oldu. **Yaşlı bağımlılık oranı**, 2014 yılında %11,8 iken %12,9’ a yükseldi. Gelecek yıl tahminlerine göre, yaşlı bağımlılık oranının, 2023 yılında %15,2; 2030 yılında %19,6; 2040 yılında % 25,3; 2060 yılında % %37,5; 2080 yılında % 43,6 olacağı beklenilmektedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il % 18,3 ile Sinop, en düşük olduğu il ise %3,2 ile Şirnak ve Hakkâri olduğu görülmektedir. (TÜİK, 2019e) .

Tablo 2. 7: Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarının Daha İleri Yıllara Göre Tahminleri

Yaş Grubu	2018	2023	2040	2060	2080
65-69	2 604 978	3 258 389	5 134 906	6 000 215	6 275 407
70-74	1 849 910	2 367 384	3 924 187	5 585 785	5 870 277
75-79	1 257 817	1 561 777	3 448 546	5 077 366	5 201 735
80-84	790 992	935 541	2 137 314	3 948 214	4 658 887
85-89	484 644	477 476	1 183 678	2 333 809	3 143 210
90-94	146 412	215 080	426 626	927 564	1 586 068
95-99	23 611	45 952	97 388	306 241	536 303
100+	4 990	6 353	21 324	63 593	141 471
Toplam Yaşlı Nüfus	7 163 354	8 867 952	16 373 969	24 242 787	27 413 358
Toplam Nüfus	81 867 223	86 907 367	100 331 233	107 095 998	107 100 904
Yaşlı Nüfus Oranı	8, 75	10, 20	18,84	22,64	25,60

Kaynak: (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019b).

Tablo 2.9. incelendiğinde mevcut demografik değişimlerin zamanla devam edeceği hipotezinden hareketle yaşlı nüfusun gelecek yıllarda tahmini olarak oranlaması; 2019 yılı %9,1; 2021 yılı % 9,3 ve 2023 yılı ise % 10,2 olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun oranının ülkemizde gelecek 6 yılda % 1,2 artacağı görülmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2040 yılında % 18,84; 2060 yılında % 22,64; 2080 yılında ise 25,60 gibi bir seviyeye ulaşacağı beklenilmektedir. 2080 yılında ülkemizde toplam nüfusun dörtte biri oranında yaşlı nüfus beklentisi içinde olacağımız varsayılmaktadır (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019b).

3. BÖLÜM

3. AKTİF YAŞLANMA YAKLAŞIMI

3.1. Kavramsal Çerçeve

Literatürde; “başarılı yaşlanma”, “sağlıklı yaşlanma”, “aktif yaşlanma”, “pozitif yaşlanma”, “üretken yaşlanma” kavramları “İyi Yaşlanma” kavramını betimleyen terimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramlar yaşlanmaya farklı yaklaşımlar sunmaktadır. En fazla kabul gören terimler Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) “başarılı yaşlanma”, Avrupa’da ise “aktif yaşlanma” yaygın olarak kullanılmaktadır (Oğlak, 2018: 224).

3.1.1. Üretken Yaşlanma

“Üretken yaşlanma” yaşlıların mal veya hizmet üretmeye ya da mal ve hizmet üretimine katkıda bulunan çeşitli faaliyetlere katılımını ifade etmektedir. Bunların arasında tam ya da yarı zamanlı istihdam, resmi ve gayri resmi gönüllülük, aile üyeleri ve yakın çevre için bakıcılık gibi ücretli ya da ücret almaksızın etkinlikler yer almaktadır (Lum, 2013: 172).

3.1.2. Sağlıklı Yaşlanma

DSÖ’ne göre sağlıklı yaşlanma; yaşlı bireylerin iyilik halini sağlayacak işlevsel yeterliliğin korunması ve geliştirilmesi süreci” olarak tanımlamaktadır. Diğer bir ifadeyle, sağlıklı yaşlanma, her yaşta bireyin sağlıklı ve sosyal olarak, güvenli bir şekilde aktif olabileceği bir yaşam kalitesini öngörmektedir (Oğlak, 2018: 224).

3.1.3. Pozitif Yaşlanma

Pozitif yaşlanma, Avusturalya Yaşlılık Birimi tarafından yapılan tanımda; yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve ruhsal refahının iyileştirilmesi ve korunmasına toplumun tüm faktörlerinin aile, kamu ve özel hizmet gibi sektörlerin yaşlanmaya yönelik yaklaşımlarını sürdürmesi ve geliştirmesi olarak tanımlamaktadır (Oğlak, 2018: 224).

3.1.4. Başarılı Yaşlanma

Literatürde “başarılı yaşlanma” biyomedikal ve psikososyal yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Biyomedikal teoride “başarılı yaşlanma”, yaşam beklentisinin en üst

düzeğe çıkarılması, fiziksel ve zihinsel bozulma ve bakıma muhtaçlığı en aza indirmek olarak tanımlanmaktadır. “Başarılı yaşlanma” kavramı 1960’ların başlarında ilk kez Butler tarafından geliştirilmiştir. Rowe ve Kahn ise yaşlanma ve hastalığın farklı oluşumlar olduğunu ileri sürmektedir. Rowe ve Kahn “başarılı yaşlanma” modeli üç ana unsurdan oluşmaktadır: 1) hastalık ve bakıma muhtaçlığın düşük düzeyde olması; 2) bilişsel ve fiziksel aktivitenin yüksek düzeyde olması; 3) aktif olarak yaşama katılım unsurları yer almaktadır (Oğlak, 2018: 225). Psikososyal teoride “başarılı yaşlanma”, yaşam doyumu, sosyal katılım, işlevsellik ve kişisel gelişim de dâhil olmak üzere psikolojik unsurları vurgulamaktadır. Başarılı yaşlanmanın en yaygın olan tanımı bireyin geçmiş ve şimdiki yaşamına olan memnuniyeti olarak ifade edilmektedir (Oğlak, 2018: 225).

3.2. Aktif Yaşlanma Kavramı

Gerontolojide aktivite kuramının geliştirildiği “aktif yaşlanma” kavramı oldukça yeni tanınmasına rağmen kökleri 1950-60’lı yıllara kadar dayanmaktadır. Aktivite yaklaşımı, başarılı yaşlanmanın temeli için bireylerin aktivite katılımı ve sosyal değerlerinin ilerleyen yaşlarda da korunmasının gerekli olduğunu savunmaktadır. “Başarılı yaşlanma” aktivite kuramından türetilmiş olsa da insanları çeşitli etkinliklere katılmaktan alıkoyan biyolojik ve fizyolojik sınırlılıklar dışında sosyo-ekonomik nedenler (emekliliğe yönlendirme ve yaş ayrımcılığı örnek verilebilir) olabilmektedir. 1980’li yıllara gelindiğinde ABD’de “üretken yaşlanma” adı altında yeni bir kavram olarak gündeme gelmektedir. Bu durum yaşlanma politikalarını “yaşam boyu ilerleme yaklaşımına” doğru yöneltmeye dayanmaktadır. Aktif yaşlanma 1997 yılında Denver’da gerçekleşen G8 Zirvesi’nde ortaya atılmış, katılımcılar; işgücü ve istihdamın önündeki sorunlar tartışılmıştır (Walker, 2018: 9-12).

DSÖ’nün aktif yaşlanma tanımı: “yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarının en yüksek düzeye çıkarılması ve iyileştirilmesi durumudur” (Çolak ve Özer, 2015: 116). Önemli olan fiziksel aktif ya da işgücü piyasasında aktif olmak (ekonomi ile sınırlanmama) değil; sosyal ilişkilere katılım, ekonomik, kültürel, manevi ve toplumsal hayata katılım (gönüllü çalışma), boş zaman etkinliklere katılım, aktif sürecin devamını öngörmektedir (Boudmy, 2013: 1080). Aktif yaşlanma bu düşünce ile “düşüş ve kayıp paradigmasını” çürütmekle birlikte toplumda yaşlılara etkinlik rolleri yüklemektedir (WHO, 2002: 12; Foster ve Walker, 2015: 85).

Yaşlı bireylerin aktif olması için toplum kendi koşullarını yaratması gerekmektedir. Yaşlı nüfusu arttıkça özellikle de kadın yaşlıların içinde bulunduğu mevcut durum karşısında toplumun yaşlıları güçlendirmenin ne kadar önemli olduğunu fark etmesi oldukça önemlidir. Katılımlarını teşvik etme, yaşlanmalarını bilişsel ve fonksiyonel önlemlerle daha uzun sağlıklı ömürlü olmalarını sağlayarak yaşam kalitelerinin artırılması temel amaçtır.

3.3. Aktif Yaşlanmanın Önemi

Sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesi amacını ileri süren WHO, “aktif yaşlanma” politikaları ile sadece sağlık göstergeleri değil aynı zamanda psikolojik, sosyal, ekonomik, cinsiyetçi yaklaşımlar ve kültürel perspektif içindeki unsurları da ele almaktadır. Bu politikalar yaşlı bireylere ihtiyaca dayalı bir yaklaşımdan, hak temelli bir yaklaşım sunan, insan hakları çerçevesinde ele almaktadır (WHO, 2002: 13).

Avrupa Birliği, aktif yaşlanma politikalarını teşvik edilmesi amacıyla 2012 yılını “Aktif Yaşlanma ve Nesiller arası Dayanışma Yılı” olarak ilan etmiştir. “Aktif yaşlanma” politikaları yaşlı bireyleri sağlıklı, sosyal, bağımsız, aktif olmasının yanı sıra ilerleyen yaşlarda oluşabilecek yaşlı yoksulluğu riskinin azaltılmasında önemli rol üstlenmektedir (AB Bakanlığı/ Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı, 2011: 3; Özen ve Özbek, 2017: 557).

Ülkemizde ise yaşlılarla ilgili kapsamlı çalışma 2007 yılında oluşturulan “Ulusal Yaşlanma Eylem Planıdır.” Yaşlılara yönelik hizmet ve politikalara destek verebilmek üzere “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. Yaşlılık ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek sosyal ve ekonomik sorunların neticesinde kurumsal çözümlerin geliştirilebilmesi için 2014-2018 Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde ilk kez “Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu” oluşturulmuştur. Son olarak gerçekleşen 2019 yılı “I. Yaşlılık Şûrası” nda işlenen ana temalardan biri aktif yaşlanma sürecidir. Ülkemizde 2019 yılının “Yaşlılar Yılı” ilan edilmesi, daha üretken ve aktif bir toplum için politikalar belirlenmiştir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019c).

Aktif yaşlanma politikaları ve programları geliştirildiği, desteklendiği ve hayata geçirildiği durumda sağlık, işgücü piyasası, istihdam, eğitim ve sosyal politikalar alanında oldukça olumlu kazanımlar olacaktır (WHO, 2002: 16; Oğlak, 2018: 228). Bunlar;

- Yaşamın en verimli (üretken) dönemlerinde erken ölümlerin azalması

- İleri yaşlarda kronik rahatsızlığın yol açtığı bakıma muhtaçlığın daha az görülmesi
- Bireylerin yaşlanmasına rağmen yaşam kalitesinin düşmemesi
- Bireylerin sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi bakımdan topluma aktif olarak katılımı; ücretsiz ya da ücretli olarak ev işleri, aile ve toplumsal yaşamdaki rollerinin devam etmesi
- Bakım ve tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin daha az olmasıdır.

3.4. Aktif Yaşlanmanın İlkeleri

Aktif yaşlanmanın içeriğinde, yaşlılarla aile, arkadaşlık, komşuluk, iş ortakları ve kuşaklararası dayanışmayı sağlama gibi unsurlar yer almaktadır. Aktif yaşlanma, bireylerin yaşam kalitesi, karşılaşılabileceği risklere karşı korunabilmesi, mevcut fırsatların-sunulması ile kuşaklararası dayanışma mekanizmasının aktif tutulması gibi etmenleri ilke olarak benimsemektedir (Başyigit, 2019: 127). Aktif yaşlanmanın benimsediği temel ilkeler genel hatlarıyla;

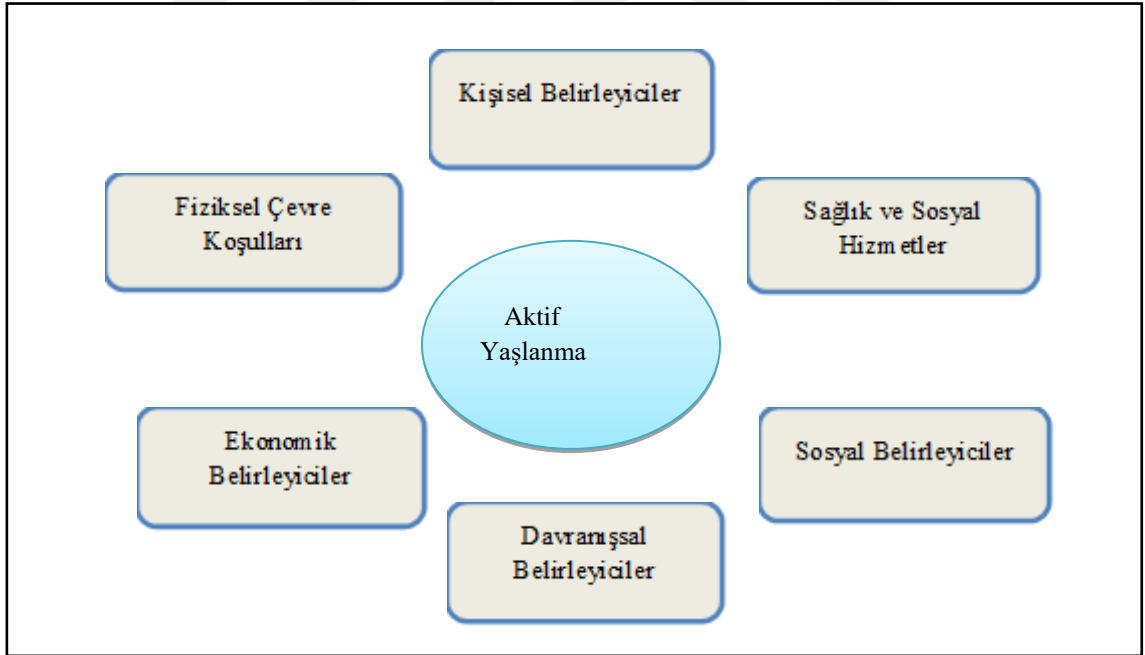
- Tüm yaşlıları saygılı ve güvenilir bir şekilde benimsemek, yaşlı bireylere akran danışmanlığı ile stres yönetimi, sağlık ve aktif kalma sürecinin desteklenmesini sağlamak
- Yaşamsal yetenek ve tecrübelerin hayata geçirilmesinde; eğitim, kurslar, oyunlar, fiziksel ve bilişsel faaliyetlerin gönüllü olarak katılımını sağlamak
- Toplumda üretkenlik yaklaşımında yaşlı bireylerin ücretli ya da gönüllü olarak beceri ve deneyimlerinden yararlanılarak bireylerin aktif olarak yer edinmesini sağlamak
- Kuşaklararası dayanışmanın sürekliliğini, aile ve sosyal çevre ile sürekli etkileşimi ve toplumsal birlikteliği sağlamak
- Yaşamsal beklentinin karşılanmasında, bireysel inanca dayalı, manevi duyguları yönlendiren faaliyetleri (meditasyon, doğayla etkileşim) fırsat yaratmak
- Aktif yaşlanma, yaşlılık için koruyucu bir süreçtir. Bu nedenle sağlığı, beslenmeyi, bağımlılığı, stresi önlemek oldukça önemlidir (Milner, 2013: 51).

Bu ilkeler, aktif yaşlanma politikalarının uygulanması ve başarılı sonuçların elde

edilmesinde oldukça önemlidir. Bu ilkeler çerçevesinde hem vatandaşın hem de devletin karşılıklı roller üstlenmesi öngörülmektedir.

3.5. Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri

Aktif yaşlanmanın; bireyi aileleri ve toplumları etkileyen çeşitli belirleyicileri vardır. Bu belirleyiciler bireylerde sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde etki eden temel unsurlardır. Aktif yaşlanmanın belirleyicileri; kişisel, sağlık ve sosyal hizmetler, sosyal, davranışsal, ekonomik ve fiziksel çevre olmakla birlikte cinsiyet ve kültür iki önemli daha belirleyicisi yer almaktadır. Cinsiyet, “aktif yaşlanma” uygulamalarında toplumdaki sosyal statü ve roller açısından belirleyici konumda bulunmaktadır. Birçok toplumda kadınlar, düşük sosyal statü, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim, kapsamlı iş edinmede dezavantajlı grup konumundadır. Kültür, bir toplumda yaşlıların nasıl bir süreç yaşadığı, yaşlandığı hakkında bilgiler sunmaktadır. Çeşitli etnik kökenler, değerler ve kültürler, uygulanan politikalarla yaşlılıkla ilişkilendirilmeleri halinde, hastalık göstergelerini önlemede etkili olmaktadır (Oğlak, 2018: 229).



Şekil 3. 1: Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri

Kaynak: (WHO, 2002: 19).

3.5.1. Kişisel Belirleyiciler

• **Biyolojik ve genetik faktörler:** Birey için sağlık ve hastalık yörüngesini beslenme, genetik, çevre ve yaşam tarzı gibi faktörler etkilemektedir. Diyabet, kalp ve Alzheimer gibi hastalıkların ortaya çıkmasında genetik unsuru bireyler arasında hastalıkların görülmesi açısından değişiklik oluşturabilmektedir.

• **Psikolojik faktörler:** Zihinsel ve bilişsel kapasite gibi öğeler psikolojik faktörler arasında yer almaktadır. Örneğin yaşlanmayla birlikte meydana gelen yetenek kayıpları sonucunda değişime adapte olabilmeye gibi yaşa bağlı sorunlar yaşanabilmektedir. Yaşa bağlı olarak öğrenme ve hafıza, bilişsel kapasite de azalmalar yaşanabilmektedir. Psikolojik unsurlar bireylerin öz yeterlilik ile kişisel, sosyal, davranışsal faktörler bilişsel kapasite yitimini etkin hale getirmektedir (WHO, 2002: 26).

3.5.2. Sağlık ve Sosyal Hizmetler

• **Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi:** Bireylerin daha sağlıklı bir yaşam için hastalıklardan korunma, oluşabilecek yaralanmaları ve bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek için yaratılan koşulların engellenmesini sağlar. Hastalıklardan korunma, “birincil önleyici tedbirler” (sigara kullanımından kaçınılması), “ikincil önleyici tedbirler”(kronik hastalıkların erken teşhisi) ve “üçüncül önleyici tedbirler”(klinik ortamda hastalıkların tedavi edilmesi) gibi konuları içermektedir. Bu üç önlem başlığı sakatlık riskini en aza indirmektedir (WHO, 2002: 21).

• **İyileştirici hizmetler:** “Bireylerin veya toplumun sağlık hizmetleri seviyesini istenilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak” olarak tanımlanan iyileştirici “sağlık hizmet kalitesi” sağlık sektörü aracılığıyla verilmektedir (Avcı, 2018: 2). Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkları önlemek ve iyileştirme hizmetlerinin sunulması, ağrı ve sakatlık durumlarının azaltılması yaşam standartlarının artırılması için kullanılan tıbbi müdahale sistemlerine istek artacaktır. Yaşlı bireylerde ikinci ve üçüncü basamak iyileştirici hizmetler ileri inceleme, teşhis ve tedavi yönteminde; birinci basamak iyileştirici hizmetler ise takip ve kontrollerde önemli yer tutmaktadır (WHO, 2002: 21).

• **Uzun süreli bakım:** “Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetine gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve engellilerin sağlıklarını korumak, bakıma muhtaçlık düzeylerinin artmasını önlemek, eğitim becerileri kazandırılarak bağımsız

yaşamalarını sağlamak ve kaliteli yaşam hizmeti sunmaktır” (Oğlak, 2007b: 102). Genellikle uzun sürede, kronik durumda ve hareket kısıtlılığı olan yaşlılara sağlanan sağlık hizmeti, kişisel bakım ve sosyal destek sistemi sunulmaktadır. Sağlık hizmeti, hemşire, doktor, hasta bakıcı, evde bakım personeli, terapistler (profesyoneller) tarafından sunulan hizmetleri içermektedir. Enformel bakıcılarda ise aile, arkadaş, akraba tarafından yaşlı bireylere destek sunulmaktadır (Ayhan, 2014: 4-6). Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin temel hedefinde bakıma sürekli olarak ihtiyaç duyan kronik hastalar, yaşlılar ve engelli bireylerin sağlığını korumak; bakıma muhtaçlık durumlarının artmasını önlemek; hastalık veya engellilik halinin ortadan kaldırılamadığı hallerde de başkalarına muhtaç olmadan yaşayabilecek eğitim ve desteği kazandırmak ve profesyonel hizmet sağlamaktır (Oğlak, 2007a: 22; Oğlak, 2007b: 101).

Kurumsal bakım ise, bireyin ağır derecede bakıma muhtaç olması ve evinde bakacak kimsenin olmaması durumunda veya olduğu halde psikolojik, sosyolojik, fizyolojik ve fiziki nedenlerden dolayı bakım sorumluluklarını yerine getirememesi durumunda sunulan kurumsal bakım hizmetidir” (Seyyar ve Orhan, 2008: 7; Ayhan, 2014: 35).

3.5.3. Sosyal Belirleyiciler

Sosyal belirleyiciler arasında sosyal destek, eğitim fırsatları, yaşam boyu öğrenme, istismar ve şiddetin önlenmesi, sosyal çevre, katılım ve güvenliğin sağlanması etmenler sayılabilmektedir.

- **Sosyal destek:** Yetersiz sosyal destek yöntemleri yaşlı bireyde psikolojik ve sağlık problemlerinin yaşanmasına yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Sosyal çevre ile etkileşimin kopması bireyi yalnızlığa, strese ve depresyona tetiklemektedir. Bu nedenle aktif topluluk grupları, sosyal medya kullanımı, gönüllü çalışma, akran ziyaretleri yaşlı bireylerin topluma katılımı açısından aktif rol oynamaktadır (WHO, 2002: 28).

- **Şiddet ve istismar:** Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte yaşlı istismarı, şiddet ve ihmal konusu önemli bir hal almıştır. Yaşlı istismarı bir şiddet türü olmakla birlikte yaşlı bireyin itimat ettiği veya bakımından sorumlu olan birey, aile, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda şuurlu bir biçimde yapılan fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik, sözlü olarak inciten ve zarar veren durumları kapsamaktadır (Dong, 2015: 1214; Kılıç ve Şelimen, 2017: 74; Erden ve Boz, 2018: 101).

• **Eğitim ve okuryazarlık:** Eğitim seviyesinin ve okuryazarlığın düşük olması istihdamda işsizlik oranlarının artmasına neden olmaktadır. Yaşlı bireyler için yaşam boyu öğrenme, okuryazarlığın sürdürülmesi, eğitime verilen önem engellilik risklerinin azalması, bağımsız olmaları ve beceri gelişimlerine destek sunmaktadır. Ayrıca yaşlıların üretken faaliyetlerde yer almaları deneyimlerini aktarmaları işyeri ve toplumlar için ekonomik fırsat teşkil etmektedir (WHO, 2002: 29).

3.5.4. Davranışsal Belirleyiciler

Sağlıklı yaşam biçimlerinin belirlenmesi ve bireyin kendi bakımına etkin olarak katılımı önemli bir unsurdur.

• **Sigara ve alkol kullanımı:** Günümüzde birçok hastalığın oluşmasında etken olan risk faktörüdür. Yaşın ilerlemesi ile sigara kullanımından vücut daha kırılgan bir yapıya sahip olduğundan olumsuz etkilenir ve çeşitli hastalıklar baş gösterebilir. Sigara kullanımı yaşlı bireylerde koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser, kronik akciğer hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları ve ruhsal sorunlar, diyabet, ağız ve diş sağlığı sorunları gibi hastalıklara yol açmaktadır. Birey sağlığı için sağlıklı beslenme, sigara kullanmama ve egzersiz yaparak “sağlıklı yaşam” şartlarını yerine getirmelidir (Bilir, 2007: 51-53). Hem sigara hem de alkol kullanımı tedavilerde iyileşme sürecinin geciktirmektedir. Genç veya yaşlı bireylerin sigara ve alkol kullanımını bırakmaları gerekmektedir.

• **Fiziksel Aktivite:** Yaşın ilerlemesiyle vücut işlevselliğinin korunması için fiziksel olarak etkin ve aktif olmak, disiplinli ve düzenli fizik aktiviteleri yapmak önemli yararlar sağlamaktadır. Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, kronik hastalıkların ilerlemesini engelleyerek, işlevselliği artırarak beklenen yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Fiziksel aktivite, fiziksel zindelik ve mental sağlık sağlamakta, demans ve depresyon azaltmaktadır (Çifçili, 2012: 8).

• **Sağlıklı beslenme:** Sosyo-ekonomik sıkıntılardan kaynaklı yemek ve gıdaya ulaşımında yaşanan güçlükler, sağlıklı beslenme hakkındaki eksik bilgi, yetersiz gıda seçimi gibi etkenler yaşlı bireylerin aktif yaşamında bir engel yaratmaktadır. Yaş ilerledikçe sağlıksız beslenme, bilinçsiz beslenme ve yanlış ilaç kullanımı bireyde obezite, kemik erimesi, engellilik ve kronik hastalık riskini tetiklemektedir (WHO, 2002: 24).

• **Ağız ve diş sağlığı:** Bireyi yaşın ilerlemesiyle birlikte rahatsız eden önemli

sorunlardan biri de kötü ağız sağlığının oluşumudur. Kötü ağız sağlığı, diş çürümesi, periodontal hatalıklar, diş kaybı ve ağız kanseri gibi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Bireyin kendini daha iyi hissetmesi, öz saygısını kazanması ve kötü ağız sağlığını önlemek için birincil olarak doğal dişlerinin bakımının yapılması teşvik edilmeli, rutin diş tedavilerine gidilmeli ve protez diş tedavisi yöntemine erişimin sağlanmasıyla birlikte yaşam kalitesi daha iyi şartlara getirilebilecektir (WHO, 2002: 24).

• **İlaç tedavisi:** Yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak akut ve kronik hastalıklar neticesinde toplum içinde ilaç kullanım oranı artmaktadır. Kronik hastalıkların oluşumu ve her hastalık için farklı ilaç tedavisinin uygulanması, doktor kontrolü dışında ilaç kullanımının yöneliminde bulunulması, ilacın kullanım süresi bittiğinde kullanımına devam edilmesi ileri yaş grubundaki bireylerin fazla ilaç kullanımına sebep olmaktadır. Çoklu ve yanlış ilaç kullanımı bireylerde unutkanlık, görme açısında azalma, huzursuzluk ve depresyon gibi rahatsızlıklara tedaviye uyumda güçlükler yol açabilmektedir. İlaç tedavileri reçeteli olarak doktor kontrolünde rutin kontrol sağlanarak yapılmalıdır (Kutsal, 2006: 38-39; Gülhan, 2013: 100-103).

3.5.5. Ekonomik Belirleyiciler

Aktif yaşlanma sürecini etkileyen ekonomik belirleyici öğeleri gelir, işgücüne katılım ve sosyal korumadan oluşmaktadır.

• **Gelir:** Tek başına ve kırsal kesimlerde yaşayan yaşlılar yeterli bir gelire sahip değildirler. Yeterli gelirden mahrum olma; sağlık hizmetlerine erişim sağlamayı, beslenmeyi ve barınmayı belli bir ölçüde etkilemektedir. Yaşlı bireylerin çoğu gelirden yoksun ya da emekli aylığı ile geçimini sağlamakta olup daha çok tüketici kesiminde yer almaktadır. Bu da yaşlı yoksulluğu için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.

• **Sosyal koruma:** Dünyanın pek çok ülkesinden devlet ve aileler yardıma gereksinim duyan yaşlı bireylere yardım sağlamaktadır. Yoksul, geliri olmayan ve savunmasız olan yaşlı bireylere sosyal koruma sistemleri sağlayan destek verilmektedir. Bilhassa gelişmekte olan ülkelerde sosyal koruma hizmeti çoğunlukla yoksul ailelere beslenme ve eğitim için verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sosyal koruma hizmeti sosyal güvenlik, emeklilik sistemleri, tasarruf fonları, uzun vadeli bakım ve işsizlik sigortasını kapsamaktadır.

• **İşgücüne katılım:** Yaşlı bireyler gönüllü ya da uygun ücretli olarak formal veya enformal sektörlerde aktif ve üretkenliği sağlamak ve gelir elde etmek için işgücüne katılabilir. İşsizlik oranının artmasıyla birlikte gençlere iş imkânlarının sunulması için yaşlı bireylerin işgücü piyasasında geride kaldığı gözlenmektedir. Erken emeklilik sistemi yeni iş fırsatları için güçlü bir çözüm olmadığını göstermiştir. Yaşlı bireylerin, gönüllü çalışma ile toplumla ilişkilerini güçlendirip topluma katkıları sağlanmalıdır (WHO, 2002: 30-31).

3.5.6. Fiziksel Çevre Koşulları

• **Fiziksel çevre:** Yaşlanma ile birlikte fiziksel ve sosyal çevrenin, bireylerin aktivitelere katılımında uyum sağlanmasında etkisi büyüktür. Yaşlı bireylerin sağlık ve etkinlik katılımlarını sosyal çevrenin büyük ölçüde etkilediğini; trafik, hizmetlere erişilebilirlik, sosyo-ekonomik etkenler hareket alanlarını kısıtladığını göstermektedir.

• **Konut güvenliği:** Yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını kolaylaştırıcı ve uzun vadeli bakımlarını sağlayabilecek güvenli konut yerleştirme ve düzenlemeleri için ihtiyaç artmaktadır. Bu sebeple yaşlı bireylerin yaşam standartlarını arttıracak, beklentilerini karşılayacak yaşamlarını sürdürecekleri çevrenin dizayn edilmesinde ergonomi, gerontoloji, ve mimarlık gibi alanların katkıları olmaktadır. Yaşlı bireyin özelliklerine göre (genetik faktör, diyabet, nefes alma, kirli çevrenin oluşturduğu etkiler, bağışıklık sisteminin zayıflaması, mobilite ve denge potansiyelinde azalmalar, finansal sıkıntılar, emeklilik sonrası çalışmama, yalnızlık olgusu), tasarım özellikleri (kolay bulunabilir, erişilebilir, kullanılabilir, iyi oryantasyona sahip, işlenebilir ve güvenli), tasarım alanlarına (giriş, rampa, kapı, merdiven, tuvalet, aydınlatma, hijyen, akustik, estetik) dönüştürüldüğünde günlük yaşamlarının kolaylaştırılmasında ve bağımsız hareket etmelerinde yaşam kalitesinin atması beklenmektedir (Kalınkara, 2010: 60-61). Ayrıca Avrupa Komisyonu'nun desteğiyle gerçekleştirilen ENABLE-AGE sağlıklı yaşlanmanın belirleyicisi olarak ev projesinde “daha engelsiz evlerde oturan, evlerini daha uygun bulan katılımcıların günlük aktivitelerinde daha bağımsız, daha sağlıklı ve daha az depresyon semptomu yaşamaktadır”. Proje bu konuda birey ve yaşam alanlarının arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir (Oswald vd., 2007: 104; Heinze, 2017a: 321).

• **Düşme:** Yaşlılıkla birlikte görülen düşme vakaları sık karşılaşılan, hastalık ve ölümlere yol açabilen önemli bir geriatrik belirtidir. Düşmelerin bir kısmı doğru yerleştirilmeyen eşyalar, merdiven, banyo düşmeleri, aydınlatılmamış mekânda düşmeler

sonucu oluşan kazalardan oluşmaktadır. Bir kısmı ise yaşın ilerlemesi ile oluşan yürüyüş ve denge bozuklukları, kronik hastalıklar (örneğin, tansiyon düşmesi ve yükselmesi, parkinson hastalığı, diyabet) gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır (Naharcı ve Doruk, 2009: 439). Düşmeyi önlemek, uygun çevre koşullarının oluşturulmalı ve düzenlemeler yapılmalı, düşmeye yönelik sağlık ve eğitim programları yapılmalı, risk faktörleri belirlenmeli ve düzenlenmesi yapılmalıdır.

• **Temiz hava, temiz su ve güvenli gıdalar:** Nüfusun en savunmasız kesimleri, bağışıklık sistemleri en güçsüz olan, kronik hastalıklara yakalanma riski daha yüksek çocuklar ve yaşlıların temiz hava, temiz su ve güvenli gıdalara ulaşımı ayrı bir önem taşımaktadır (WHO, 2002: 28).

3.6. Aktif Yaşlanmanın Esasları

Küresel yaşlanma olgusu, değişen demografik süreçle birlikte uygulanan politikalar doğrultusunda alınan kararlar, bütün nüfusun gelecekteki yaşam sürecini etkilemektedir. Aktif yaşlanmanın temel esas bileşenlerini sağlık, katılım, güvenlik olmak üzere üç temel faktör oluşturmaktadır (WHO, 2002: 45). Sağlık faktörü, kronik hastalıklar ve işlevsel kayıpların riskini arttıran “çevresel ve davranışsal belirleyicilerin” düzeyini ifade etmektedir. Katılım faktörü, bireylerin eğitim, sağlık, istihdam, iş gücü piyasaları, sosyo-ekonomik ve kültürel, dinsel faaliyetlere üretkenliğin teşvik edilmesi amacıyla katılımının sağlanmasıdır. Güvenlik faktörü, yaşın ilerlemesiyle birlikte birey kendini korumada zorlanmaktadır. Bu nedenle sosyal, mali ve fiziksel açıdan güvenlik ihtiyacı artmaktadır. Sektörler arası eylem yoluyla eğitim, istihdam, işgücü, finans, sosyal hizmet, güvenlik, konut, ulaşım ve adalet gibi farklı sektörler arasındaki bağlantıların geliştirilmesi, aktif yaşlanma yönünden önemli konuları kapsamaktadır (WHO, 2002: 45-46).

3.6.1. Sağlık

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin aktif bir yaşam sürmesi, sağlık koşullarının en üst seviyede tutulması ve sağlığının korunmasına bağlıdır.



Şekil 3. 2: Sağlıklı Yaşlanma İçin Eylem Alanları

Kaynak: (Başyigit, 2019: 140).

Aktif yaşlanma politikalarının sağlık amacıyla; engelsiz yaşam, sağlık risklerinin en aza indirgenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal destek gibi faktörler ifade edilebilir. Aktif yaşlanmanın sağlık amaçlarına ulaşmada üzerinde adapte olduğu unsurlar:

- Kronik hastalık, sakatlık, erken ölüm gibi durumları önlemek, koruyucu ve iyileştirici tedavi yöntemleri ile sağlık koşullarının iyileştirilmesini sağlama
- Düşük gelirli yaşlılara ve kadınlara uygun maliyetli tedaviler, tarama testleri gibi önleyici tedavi yöntemleri sağlama
- Yaşlı dostu çevre ve sağlık merkezlerinin oluşturulması, ev güvenliğinin sağlanması, güvenli yolların oluşturulması, güvenli ve verimli çalışma ortamlarının sağlanması
- İşitme ve görme kaybı yaşayan yaşlı bireylerin, işitme cihazlarına ulaşımının sağlanması, engellilik durumlarının ortadan kaldırılması, gerekli göz bakım tedavilerinin yapılması
- Engelsiz yaşam için engelli bireylerin yaşlılık döneminde karşılaşılabileceği ulaşım engelinin kaldırılması, engelsiz konut yapımı, halka açık yerlerde ve iş yerlerinde ulaşılabilir tuvalet yapılması

- Kronik hastalıklar ve engel durumunda yaşam kalitesini arttıran politika programların oluşturulması, aile ve toplumun desteği ile yaşam kalitesinin iyileşmesinin sağlanması

- Yaşlı insanların içinde bulunduğu yalnızlık ve sosyal dışlanmayı azaltmak için sosyal destek sağlanması, topluluk grupları, arkadaş grupları, mahalle ziyaretleri ve aile arası iletişimin sağlanması, nesiller arası dayanışmanın sağlanması

- Temiz ortamlarda bulunma, temiz su, güvenli yiyecek, temiz havanın sağlanması, kirliliğin en aza indirgenmesi

- Yaşlı bireylerin aktif yaşlanma sürecinde etkin kalmaları için fiziksel aktivitelerini sağlamaları gerekli, güvenli yürüyüş alanları ve parklarda fiziksel aktivite sağlanmalı

- Yaşlı bireyler ağız sağlığına dikkat etmeli, doğal diş sağlığı için ağız-diş temizliğini yapmalı rutin ağız-diş hekim kontrolüne görünmeli

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetlerinin erişimin sağlanması,

- Evde bakım ve kurumda bakım hizmetinin sağlanması, aile üyeleri, hemşire ya da hasta bakıcıları tarafından sağlık hizmetinin sağlanması şeklinde özetlenebilir (WHO, 2002: 47-50).

3.6.2. Katılım

Aktif yaşlanma politikası kapsamında katılım ilkesi; yaşlı bireylerin sosyal, ekonomik, psikolojik, siyasi, bilim ve iş hayatının içerisinde aktif ve üretken olarak yer almasını ifade etmektedir. Yaşlıların, yaşama katılımlarının sağlanmasında etken olan unsurlar;

- Yaşam boyu öğrenme program ve politikaları ile temel eğitimin herkes için zorunlu ve erişilebilir kılınması, okuryazarlık eğitimin verilmesi, yaşlı bireylere sağlık ve toplum hizmetlerinin etkin kullanımı hakkında bilgilendirilmesini sağlama

- Yoksulluğu azaltma ve gelir yaratmak için yaşlı bireylerinde plan ve projelere dâhil edilmesi, görüşlerinin değerlendirilmesi

- Emeklilik sistemi reformlarının düzenlenmesi, kademeli ya da kısmi emeklilik düzenlemesiyle yaşlı bireylerin çalışma hayatına katılımının sağlanması, deneyim ve becerilerinden yararlanılması

- Formel ya da enformel işlerde yaşlı bireylerin gönüllü olarak politika ve programlar içinde yer almasının sağlanması

- Yaşlı bireylerin, aile ve toplum hayatına katılımına teşvik için kırsal ve kentsel alanlarda uygun ücretli toplu taşıma hizmetlerinden yararlanılmasını sağlanması

- Okullarda ve toplumsal alanda kuşaklararası aktivitelerin teşvik edilmesini sağlama, Yaşlı ve genç bireyler arasında aktif rol teşvik edici etkinlikler sağlanmalı, rol ve sorumluluklar verilmeli

- Yaşlılık olgusunun olumlu imaj oluşturması için medya aracılığıyla aktif yaşlanmanın gerçekçi ve olumlu yönleri hakkında bilgilerin sunulması

- Yaşlılığı destekleyen temsil eden kuruluşlara sağlık, katılım, güvenlik oluşturabilecek desteğin sağlanması şeklinde özetlenebilir (WHO, 2002: 51-52).

3.6.3. Güvenlik

Aktif yaşlanmayla birlikte güvenlik kavramı bireylerin ekonomik, sosyal güvenlik, sağlık ve fiziki olarak korunmasını ifade etmektedir. Yaşlıların, güvenliklerinin sağlanmasında etken olan unsurlar;

- Yaşlı bireyler için sosyal güvenlik ağının teşkil edilmesi, gençlerin sosyal güvenlik ve finansmanlarını yaşlılık dönemine hazırlamak için teşvik edilmesi

- Yaşlılık döneminde güvenli olmayan ilaç ve tedavilerden, bilinçsiz pazarlanan ilaçlardan tüketicinin korunması

- Yaşlı bireylerin haklarını, bağımsızlığını ve özerkliğini koruma

- Yaşlılara yönelik güvenli konut yardımı sağlama, güvensiz konutlar için tadilatların yapılması, kira sübvansiyonları, kooperatifler desteği ile konut yardımı sağlama,

- Yaşlı istismarının önlenmesi için sosyal hizmet sağlayıcılarının ve kolluk

hizmetlerinin geliştirilmesi, medya aracılığı ile kampanya ve farkındalık yaratma,

- Gelir desteği olmayan yaşlı bireylerin gelir desteğinin sağlanması, sosyal güvenliklerinin sağlanması olarak özetlenebilir (WHO, 2002: 52-53).

3.7. Aktif Yaşlanma Stratejisi

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “yalnızca hastalık ya da halsizlik değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın tam hali” olarak tanımlamaktadır. Aktif yaşlanma stratejisi bu görüşü desteklemekle birlikte amacı, yaş alan bireylerin hem fiziksel hem zihinsel olarak aktif kalması, yaşlılıkta karşılaşılan sorunları en aza indirme, üretken bir yaşlılığın teşviki ve aktif yaşlanmanın önündeki engelleri kaldırmak şeklinde ifade edilebilir. Yaşlı bireylerin sağlık koşullarının iyileştirilmesi, geliri olmayan ya da düşük gelire sahip bireylere gelir yardımı sağlanması, sosyal hizmetlerin sunulması ve bu hizmetlerin devlet kurum ve acenteleriyle desteklenmesini sağlamak üst düzey hedefleri arasında sayılabilmektedir.

Aktif yaşlanma stratejisinin amaçları:

- **Bağımsızlık:** Yaşlı bireylerin aktif ve bağımsız yaşamlarını sürdürebilmeleri için konut güvenliğinin sağlanması, yeterli gelirin sağlanması, toplumda güvenliğinin oluşturulması ve yaşam boyu öğrenmenin sürdürülmesi,

- **Katılım:** Gönüllülük ve sosyal katılım sağlanarak yalnızlık ve sosyal dışlanmanın önlenmesi, aktif yaşlanma politika ve hizmetlerin uygulanmasında yaşlı bireylerin katılım sağlanması

- **Bakım:** Yaş ilerledikçe yaş ayrımcılığı gözetmeksizin, sağlık koşullarının iyileştirilmesi, bireysel ihtiyaca göre uzun vadeli bakım ve sosyal bakım hizmetlerin sağlanması

- **Kendini gerçekleştirme:** Esnek çalışma sistemiyle yaşlı bireylerin istihdamda yer alması, kültürel fırsatların, uygun eğitim ve aktivitelerin geliştirilmesi

- **Onur:** Yaşlı bireylerin istismar, şiddet, yaş ayrımcılığı, ırk gibi ayrımcılık ve eğilimler karşısında insan haklarını koruyucu, güvenli ve onurlu bir yaşam sürebilmesi için ayrımcılıkların önlenmesi amaçları sayılabilmektedir (Northern Ireland Executive, 2019).

Aktif yaşlanma stratejisiyle yaşam standartlarının yükseltilmesi bireylerin işgücü

piyasasında daha uzun süre sürekliliğini teşvik edebilir. Yaşlanan bireyler için toplumda yer edinme, dayanışmayı artırma, daha hukuki, adil bir toplum yaratma, aktif yaşlanma politika ve programları açısından önem arz etmektedir. Bu strateji, toplumda tüm yaş grupları için uygulanabilir yapıdadır, her toplumun bireyi yaşlanmaya bir adaydır.

3.8. Aktif Yaşlanma Politikaları

21. yüzyılda dünyada yaşlı nüfusun giderek artması toplumların yaşlanması olgusunu beraberinde getirmekte bu da yaşlılıkla ilgili gerekli politikaları gerekli kılmaktadır. “Aktif yaşlanma” kavramı 1990’lı yılların sonlarına doğru DSÖ’ ü tarafından geliştirilmiş, yaşlı bireylerin yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik hedeflerinin belirlenmesi, korunması ve iyileştirilmesi sürecinin optimum düzeye çıkarılması olarak ifade edilmektedir (AB Bakanlığı/ Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı, 2011: 2).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gelir dağılımı, sağlık, sosyo-ekonomik ve sosyal güvenlik politikaları başta olmak üzere devletin mikro ve makro düzeyde gerekli çözümleri üretmesi ve uygulaması gerekliliği oluşmaktadır. ölüm ve doğurganlık oranlarındaki azalış, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sağlık harcamalarındaki artış, erken emekliliğin getirdiği işgücü piyasasından geri çekilme, yatırımların azalması ekonomik ve sosyal güvenlik politikaları olumsuz etkilemektedir (Başyigit, 2019: 171).

Aktif yaşlanma politikaları için AB, 2012 yılında “Aktif Yaşlanma Yılı” ilan ederek, çalışma yürüterek sosyo-ekonomik konstrüksiyon üzerinden oluşacak riskleri en aza indirme adına “aktif istihdam politikaları” yaklaşımları yürütmektedir (Biçerli, 2005: 4-5). “Aktif istihdam politikalarının” ilk modellerine 1960’lı yıllarda İsveç’te rastlanmaktadır. 1961 yılında OECD üye ülkeler tarafından” aktif istihdam politikalarını” bilinçlendirme ve teşvik için “İşgücü ve Sosyal Sorunlar Komitesi” oluşturulmuş, işsizlikle mücadelede aktif ve pasif istihdam politikaları gruplandırılmıştır. Bu gruplar:

- Meslek eğitim programları (aktif)
- Eşleştirme hizmetleri (aktif)
- Ücret sübvansiyonları (aktif)
- Mikro kredi uygulamaları (aktif)

- Doğrudan kamu sektöründe istihdam (aktif)
- İşsizlik sigortası (pasif)
- İşsizlik yardımları (pasif)
- Kıdem tazminatı (pasif) politikalarını kapsamaktadır (Ayan, 2014: 20-29).

Tablo 3. 1: Aktif Yaşlanma Endeksi: Kavramsal Çerçeve

Aktif Yaşlanma Endeksi				
Alanlar	İstihdam	Toplumsal Yaşama Katılım	Bağımsız, Sağlıklı ve Güvenli Yaşam	Aktif Yaşlanma Kapasitesi
Göstergeler	İstihdam oranı 55-59	Gönüllü faaliyetler	Fiziksel Egzersiz	55 yaşında yaşam beklentisi
	İstihdam oranı 60-64	Çocuklara ya da torunlara bakmak	Sağlık ve diş bakım hizmetlerine erişim	55 yaşında sağlıklı yaşam beklentisinin payı
	İstihdam oranı 65-69	İleri yaştaki yetişkinlere bakmak	Bağımsız yaşama	Zihinsel sağlık
	İstihdam oranı 70-74	Siyasi katılım	Finansal güvence	Bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanımı
			Fiziksel güvenlik	Sosyal ilişkiler
			Yaşam boyu öğrenme	Eğitimsel kazanım

Kaynak: (European Commission ve UN Economic Commission for Europe, 2013: 5).

Aktif Yaşlanma Endeksi sosyal yatırım ve sosyal politikaların uzun vadede aktifleştirilmesinin yüksek oranda sosyo-ekonomik kazanımları beraberinde getireceği düşüncesini merkeze almaktadır. Endeksin oluşturulmasında ifade edilen aktif yaşlanma kavramı; “bireylerin, aile üyelerine bakım hizmeti sunma ya da gönüllü olarak çalışma gibi üretken faaliyetlerde yer almaları ve bunun yanı sıra formel işgücü piyasasında yer alamaya devam ettikleri ve sağlıklı, aktif ve bağımsız yaşam sürmeleri” olarak ifade edilmektedir. Endeks dört alandan oluşmaktadır. Bunlardan ilki istihdam; ikincisi toplumsal yaşama katılım; üçüncüsü bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşam; dördüncüsü aktif yaşlanma kapasitesinin iyileştirilmesidir. Her alan aktif yaşlanmanın ayrı bir yönünü göstermektedir

(European Commission ve UN Economic Commission for Europe, 2013: 3-4; Metin, 2016: 91).

1997 yılında G8 Danger Zirvesi'nde aktif yaşlanmanın esnek istihdam koşulları, yarı zamanlı işgücü piyasaların önündeki sıkıntıların ortadan kaldırılması, aktif yaşlanmanın desteklenmesi ve gelişimi konusunda gündemler tartışılmış, emeklilik sistemi reformu, yaşam boyu öğrenme ve gönüllülük gibi konulara değinilmiştir (Başyigit, 2019: 173).

3.8.1. Aktif Yaşlanmanın Sağlanmasında Öne Çıkan Alanlar

3.8.1.1. Beslenme ve fiziksel aktivite

Yaşlılıkla birlikte yetersiz beslenme sonucu ortaya çıkan hastalıkların artması oldukça yaygınlık göstermektedir. Beslenme ile ilişkili olan kronik hastalıkların birçoğu “kalp damar hastalıkları, obezite, şeker hastalığı, hipertansiyon, kanser ve osteoporoz” gibi rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bu açıdan sağlıklı beslenme, yaşlılık sürecinde sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesinde ve tedavi hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Yaşlılık sürecinde meydana gelen birtakım değişimlere yönelik gıda planlaması; yaşlı bireylerin sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasında oldukça önemlidir (Oğlak, 2018: 230).

Sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlılıkta uygulanan fiziksel aktivite; bireyin iyilik halini, fonksiyonel kapasitesini, yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını arttırmaktadır. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan birçok kronik hastalığın önlenmesinde fiziksel aktivite önemli etkiye sahiptir. Fiziksel aktivitenin sağlığın iyileştirilmesinde “kalp basıncının, metabolik fonksiyonların ve obezite oluşumunun korunmasında, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve kanser risklerinin azaltılmasında, düşmelerin önlenmesi ve dengenin sağlanmasında, beyin mantalitesinin korunmasında, stres ve depresyonun azaltılmasında, yalnızlığın önlenmesi ve yaşam kalitenin artırılmasında faydası oldukça yüksektir (Demirtaş, 2017: 101).

3.8.1.2. Kuşaklararası dayanışmanın sağlanması

Kuşaklararası dayanışma, yaşlı ve genç kesimin birbirlerine karşı sevgi ve anlayışın oluşmasında, toplumda belirli bir amaç doğrultusunda yarar sağlayan aktivitelerin geliştirilmesi ve uyum sürecinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Kuşaklararası dayanışma; sosyal ilişkilerin aktif tutulmasında, yaşlı bireylerin sosyal iyilik hallerinin iyileştirilmesi ve

sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır (Oğlak, 2018: 231).

3.8.1.3. Gönüllülük

Gönüllülük; bireyin sorumluluk alarak kâr etmeden, belirli bir ödeme almadan zamanı ve emeğini çalışarak kişiye veya topluma yönelik sorumluluk almasıdır. Gönüllülük resmi düzeyde aktif olarak sivil katılım olarak tanımlanmakla birlikte örneğin sosyal kulüp ve belediyelerde parasal bir ödeme almadan aktif olarak yer alması ve çalışması durumudur (Oğlak ve Hussein, 2014: 97). Gönüllülük gayri resmi olarak, aile bireylerine, komşularına, yakın çevre ve arkadaşlarına yönelik verdiği sorumluluk düzeyidir. Yaşlı bireylerin gönüllülük çalışmalarında yer alması, sağlık sorunlarının en aza indirgenmesinde, toplumda yer edinmesinde ve anlamlı bir işle uğraşması yaşam kalitesine olumlu yönde etki etmektedir. Yapılan çalışmalarda, “Avrupa Komisyonu Aktif Yaşlanma Raporu sonucunda gönüllülük oranı Türkiye % 9 ile en düşük, İzlanda % 66 oranı ile en yüksek orana sahip ülkedir. Türkiye’de 2014 yılında İzmir’de yapılan çalışmada resmi gönüllülük çalışmalarına katılma oranı % 9 olarak bulunmuştur. Eurofound (2011) araştırmasına göre İngiltere, Belçika, Danimarka, Almanya ve İspanya’da gönüllük çalışmalarında her 10 yaşlıdan 3’ü faaliyet göstermektedir” (Oğlak ve Hussein, 2014: 99-101; Oğlak, 2018: 232).

3.8.1.4. Hayat boyu öğrenme olanakları

Günümüzde toplumsal gelişme ve değişimler neticesinde bireylerin bilgili ve nitelikli olma, yeterliliklerini sunma, sahip olduğu bilgileri ve nitelikleri geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen tüm öğrenme etkinlik ve çalışmaları “hayat boyu öğrenme” olarak tanımlanmaktadır. Toplumun her kesiminde iş, okul, ev gibi hayat boyu öğrenme gerçekleşmektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyo-ekonomik sınıflandırma gibi sınırlamaya tabi değildir. Bu nedenle bireylerin meslek ve sosyal yaşamını destekleyen, becerilerini geliştiren bir etkinlik olarak görülmektedir (Tamer, 2013: 44).

Hayat boyu öğrenme, bireylere yaşamları boyunca içinde buldukları bilgi toplumuna adapte olmalarına ve yaşamlarını kontrol edebilmeleri, sosyo-ekonomik katılım ve aktif olmalarına imkân sağlamaktadır. Hayat boyu öğrenme programları eğitim ve öğretim çalışmalarının arza odaklı olmaktan çok talebe odalı olarak gelişmesi beklenmektedir.

AB’nin eğitim politikalarının temelini hayat boyu öğrenme yaklaşımı

oluşturmaktadır. Avrupa Parlamentosu 1996 yılını “Avrupa Yaşam Boyu Öğrenme Yılı” olarak ilan ederek, bireylerin çalışma yaşamına katılımını, sosyal, ekonomik ve teknolojik süreçlere uyum sağlamaları amaçlanmıştır. Avrupa Komisyonu 30.10.2000 tarihinde “Yaşam Boyu Öğrenme Memorandumu” ilan ederek insanlara eşit koşulların sağlanmasını, eğitim ve öğretim fırsatlarının bireylerin istekleri doğrultusunda bir toplum oluşturmayı öngörmüştür (Tamer, 2013: 46).

Türkiye’de bu süreç 2001-2005 yıllarını kapsayan “ Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında” da toplumda eğitimin desteklenmesi, meslek edindirme çalışmalarının artırılması, yerel idarelerin, sivil kuruluşların ve özel sektörün hayat boyu öğrenme kapsamındaki faaliyetleri hedeflenmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2000) .“Türkiye’nin Başarısı İçin İtici Güç: Hayat Boyu Öğrenme Politika Belgesi” hayat boyu öğrenmeye atılan önemli süreçlerden biridir. 2014-2018 yılları arasında Onuncu Kalkınma Planında “Öncelikli Dönüşüm Programları” açıklanmıştır. Programlardan biri “Temel ve Mesleki Beceri Geliştirme Programıdır”. İş hayatında bireylerin meslek becerileri edinmelerini, eğitim ile iş yaşamalarına adapte olmalarını desteklemektedir (Kalkınma Bakanlığı [KB], 2013). 2014-2018 yılları için MEB, “Türkiye Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi” hazırlamıştır. Bu belgede "Toplumda hayat boyu öğrenme kültürü ve farkındalığının oluşturulması, hayat boyu öğrenme fırsatlarının ve sunumunun artırılması, hayat boyu öğrenme fırsatlarına erişimin artırılması, hayat boyu rehberlik ve danışmanlık sisteminin geliştirilmesi, önceki öğrenmelerin tanınması sisteminin geliştirilmesi, hayat boyu öğrenme izleme ve değerlendirme sisteminin geliştirilmesi" gibi öncelik alanları oluşturulmuştur (Samancı ve Ocakçı, 2017: 714-717).

Hayat boyu öğrenme bireylerin topluma adapte olmalarında, işgücü ve istihdamda insanların aktif olmasında, toplumsal farkındalık oluşturulmasında önemli bir süreçtir. Yeni bir öğreti olan “Tazelenme Üniversitesi” hayat boyu öğrenme sürecinde 60 yaş ve üstü bireyler için önem arz etmektedir. Tazelenme Üniversitesi, yaşam boyu öğrenme amacı ile yaşlı bireylerin yaşlılık dönemini anlamlı, bağımsız, aktif ve üretken kılmaktır.

3.8.1.5. Yaşlı dostu toplumlar oluşturma

“Yaşlı dostu toplumlar”, yaşlı bireylerin aktif olarak becerilerinin ve kapasitelerinin farkında olan, topluma katılımı teşvik eden ve olanak sağlayan her türlü hizmetin, fiziksel olanakların ve politikanın sunulduğu, temiz ve güvenilir sürdürülebilir kentsel çevreleri

kapsamaktır (Hintistan ve Pekmezci, 2016: 11). “Yaşlı dostu toplum” kavramı düşüncesiyle ortaya konulan DSÖ tarafından aktif yaşlanmaya imkân sağlayan “yaşlı dostu kent” kavramı geliştirilmiştir. “Yaşlı dostu kent” yaşlı bireylerin toplumda herkes gibi uyumlu bir yaşam sürdürmeleri için yaşanabilir bir ortamın gelişmesi yönünde güvenli ve sürdürülebilir çevreleri kapsamaktadır (Aslan, 2015: 23-24). DSÖ tarafından “Yaşlı dostu kentler” için 8 temel alan belirlenmiştir.

- 1) Dış mekânlar ve binalar
- 2) Ulaşım
- 3) Konut
- 4) Sosyal katılım
- 5) Bilgi edinme ve iletişim
- 6) Toplumsal destek ve sağlık hizmetleri
- 7) Saygı görme ve sosyal içerme
- 8) İşgücüne katılım olarak incelenmektedir (WHO, 2007: 9).

Yaşlı bireylerin beceri ve yeterliliklerinin bilinmesi, sağlıklarının korunması, yaşa bağlı gereksinimlerin bireysel olarak ele alınması, bireylerin yaşam tarzlarına saygı duyulması, yaşlı ayrımcılığının önüne geçilmesi ve toplumsal yaşamın her yönünde katılımlarının sağlanması yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için yapılandırılması gereken önerilerdir (WHO, 2007: 5; Oğlak, 2018: 234).

3.8.2. Sosyal Politikalar Bağlamında Aktif Yaşlanmanın Değerlendirilmesi

Sosyal politika, toplumsal konstrüksiyon içerisinde vatandaşlık haklarına tabii, düzen kurucu bir çalışmadır. Kavram olarak “bir taraftan yüksek insanlık ideallerini gerçekleştirmeyi hedeflerken, diğer taraftan bu ideale ulaşmadaki külfetlerin ve sonunda elde edilen nimetlerin toplum içinde adil dağılımını sağlayarak bütün toplumsal kesimler arasında uzlaşmanın yollarını aramaktadır” (Serdar, 2017: 2). Aktif yaşlanma esasında sosyal politikaların belirli bir temel üzerine dayanak oluşturabilmesi için belirli unsurlar gereklidir. Bu unsurlar:

- Yaşlılara yönelik teknoloji uyumlu istihdam olanaklarının sunulması
- Yaşlı bireylere yönelik oluşturulan sosyal politikaların, yaşam standartlarını yükseltecek şekilde olması
- Atıl işgücünün aktif hale getirilmesi, yaşlı bireylerin istihdamda yer alması
- Yaşlı bireylerde sosyal dışlanma ve yalnızlığın ortadan kaldırılması, kuşaklararası dayanışmanın sağlanması
- Erken emeklilik ile birlikte ekonomik zorluk, bakım masrafları ve tüketimde bağımlı nüfus olarak yer alması devletin yükünü arttırmaktadır. Bu yük, yaşlı bireylerin sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve çalışma yaşamında daha uzun süreli görevde yer almaları ile indirgenmesi şeklinde sıralanabilir (Çolak ve Özer, 2015: 117-118; Başyigit, 2019: 154).

Yaşlılara yönelik hizmetlerde ulusal düzeyde, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı temel teşkilattır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerine İlişkin Yönergenin 6/a ve 6/e fıkrası “engellilere ve yaşlılara yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici sosyal hizmet faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmek, yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin olarak ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlemek, çalışmaların koordine etmek, belirlenen politika ve stratejileri uygulamak, uygulanmasını izlemek ve koordine etmek” şeklindedir (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019d). Yaşlanma her bireyin karşılaştığı bir durum olduğundan, yaşlılara yönelik yapılan hizmetler toplumsal bir sorun olarak kabul görmektedir. Yaşlıların toplumda korunması ve bunu sağlayacak kurumsal yapılanma ve hizmetler, devlet tarafından anayasal bir görev olduğu belirtilmektedir.

3.8.2.1. Sağlık yardımı ve sosyal koruma

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sağlık harcamalarının arttığı, yaşlanma sonucu kronik rahatsızlıklar sebebiyle sağlık hizmetlerinden daha uzun süre yararlandığı, ilaç kullanımının arttığı belirtilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 16). Yaşlılara uyumlu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlı dostu hastanelerin kurulması, evde bakım ve kurumda bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması ve bakım sigortası sağlanması gibi başlıklar yaşlılıkta sağlık konularının başında yer almaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014:

45). Sağlıkta yeni tedavi yöntemlerinin oluşturulması, kısa ve uzun vadede bakım hizmetlerinin gelişen teknoloji ile birlikte değişimi maliyet artışlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sağlık ve bakım harcamalarının gelecek yıllarda artmaya devam edeceği görülmektedir (Gökbunar vd., 2016: 115).

Yaşlılık, sosyal tarafı ağır basan bir sosyal politika konusu olmakla birlikte, yoksulluk, muhtaçlık, bakım ve hizmet gibi konuların yaşlılıkla birlikte ortaya çıkmasıyla asıl sosyal politikanın temelini oluşturmaktadır. Geleneksel aile düşüncesi yapımızda yaşlı bireylerin ailesi tarafından koruma ve güvence altına alınması vardır. Yaşlı birey, ailenin en büyüğü ve tecrübelisi olarak genç bireylerin yetiştirilmesinde aktif rol oynamıştır. Günümüzde bu gelenekçi düşünceye bakış değişim göstermektedir. Ailenin dışında kalan yaşlı birey sosyal korumaya ihtiyaç duymaktadır. Yaşlı bireylerde bakım sorununun oluşması sonucu evde bakımın yerini kurumsal bakım hizmeti almaktadır (Özaydın, 2018: 182).

Sosyal koruma programları stratejik olarak devletin teşebbüslerini gerekli kılmaktadır. Sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerden oluşan tradisyonel sosyal koruma sistemlerinin yaygınlaştırılması birinci eylem planıdır. İkinci eylem planı ise, mikro sigorta yöntemlerinin yerel düzeyde geliştirilmesidir. Üçüncü eylem planı ise, kamu teşebbüsleri, sosyal koruma programları ile merkezi olmayan programlar arasında ilişkinin kurulmasını sağlamaktır (Kapar, 2003: 59).

3.8.2.2. Evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi

Genel olarak evde bakım hizmetleri; yaşlıların bireyin sağlığını korumak, yeniden sağlığına kavuşmasını sağlamak amacıyla sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını, aile üyeleri veya profesyonel bakıcılar tarafından bireyin kendi ev ortamında ya da yaşadığı ortamda sunulmasını sağlamaktır (Öztop vd., 2008: 41). Evde bakım hizmetleri, hastane hizmetini tamamlayan, hizmetin devamlılığını sağlama, uzun vadeli bakım gerektiğinde üç esas amaçla uygulanan evde bakım modeli vardır. Birincisi; İveğen ve kısa vadeli bakım hizmetlerine destek maksadıyla sunulan evde bakım, ikincisi; uzun vadeli bakım ihtiyacı için evde bakım, üçüncüsü; tıbbi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birleşiminden oluşan evde bakım modelidir. Bu hizmetlerin önemli üstünlüğü, bireylere bağımsızlık sağlaması, ihtiyaçlarına göre yaşam kalitesini arttırması odaklı olduğunu nitelemektedir (Oğlak, 2011: 121).

Evde bakım hizmetleri genel olarak:

- **Hemşirelik hizmetleri:** Bireyin evine düzenli ya da belirli zamanlarda uzman hemşirelerin gönderilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunulmasını içermektedir.

- **Destek sağlık hizmetleri:** Fizik tedavi, konuşma terapisi, ayak ve el bakımı gibi bireyin bağımsız yaşamasına yardım edebilecek hizmetleri kapsamaktadır.

- **Gündüz/Gece bakımı:** Gündüz/gece bakım merkezlerinde bireyin ihtiyaçlarına yönelik hizmetler sunulmaktadır.

- **Kişisel bakım:** Bakıma muhtaç bireyin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine (banyo yapımı, giyinmesine yardım vb.) yardımcı olacak hizmetleri kapsamaktadır.

- **Ev işlerine yardım ve ev düzeninin oluşturulması:** Evin temizlik, alışveriş gibi gereksinimlerine yardım hizmetleri ile evde daha güvenli yaşamayı sağlayan ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır.

- **Sosyal destek:** Bireylerin sosyal etkinliklere götürülmesini sağlama, faturalarının ödenmesi, randevularına götürülmesi gibi hizmetleri içermektedir.

- **Danışmanlık hizmetleri:** Bireyin hak ve sorumlulukları ile ilgili dilek ve şikâyetlerinin ele alındığı hizmetleri kapsamaktadır.

- **Bakıcılar için destek hizmetleri:** Bireyle ilgilenen gerek aile bireyleri gerekse profesyonel bakıcılara sağlanan hizmetleri içermektedir. Geçici bakım, bakıcıların belli bir dönem dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumudur. Bakıcı destek kuruluşları ise bakıcılara eğitim, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi konularda desteklenmesini hedefleyen hizmetleri kapsamaktadır (Oğlak, 2007: 14-18).

- **Sosyal bakım:** Tıbbi olmayan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bireye aile üyeleri tarafından çoğu kez ücretsiz olarak gönüllü olarak sunulan bakım hizmetini kapsamaktadır. Türkiye’de bakıma muhtaç bireylerin (yaşlı, engelli, hasta) bakımı aile bireyleri tarafından yapılmakta ve kadınların oranı (%94) bakımda oldukça yüksektir. “2011 yılında yapılan Aile Yapısı Araştırmasına (TAYA) sonucuna göre 2011 yılındaki Aile Yapısı Araştırması (TAYA) sonucuna göre, Türkiye’de bakıma muhtaç yaşlı oranı % 6,3

iken bakıma muhtaç hasta oranı %8 civarındadır. Söz konusu araştırmaya göre, bakıma muhtaç engellilere verilen bakımda eşlerin ve annelerin ön planda olduğu (%28) görülmektedir. Buna karşın, bakıma muhtaç yaşlıların bakımında ise öncelikle gelinler (%27,8) ve eşler (%26,6) yer almaktadır. Genel bir değerlendirme ile bakıma muhtaç hasta ve engelliye bakım, öncelikle eşler ve anneler tarafından verilirken, yaşlının bakımında gelinler daha fazla öne çıkmaktadır. Başka açıdan değerlendirildiğinde ise, çekirdek ailelerde hasta ve yaşlılara büyük oranda eşleri bakarken (%62), geniş ailelerde ise gelinlerin (%41) daha etkin rol üstlendiği söylenebilir” (Oğlak, 2017: 81). Evde bakım hizmetlerinin çoğunluğunu yaşlı bireyler oluşturduğundan dolayı sunulacak sağlık hizmetleri tıbbi hizmetlerden daha çok sosyal bakım hizmetleridir.

Ülkemizde ilk mevzuat 10.03.2005 tarihinde “Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu Hakkında Yönetmelik Taslağı (EBHSHY)” hazırlanmış olup hizmetlerin bireyin evinde yaşadığı yerde ya da evinde verilmesi öngörülmektedir. (EBHSHY)’nin amacı, madde 1’ e göre “ bireylerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine izin verilmesi, kurum ve kuruluşların uyması gereken usul ve esasların düzenlenmesi” olarak tanımlanmaktadır (SB, 2019b).

Son yıllarda evde bakıma ilişkin talebin artması ile özel kuruluşlar yanında, gelir seviyesi düşük gruplara özellikle yerel hizmetler içerisinde evde bakım hizmetlerinin verildiğinin modelleri görülmektedir. Ülkemizde sosyal sigorta ve sosyal hizmetler yapılandırması bakım sigortası ile bakıma muhtaç bireylerin sosyal bakım ve sosyal güvence kapsamına alınması gerekmektedir. Çünkü sosyal devlet, bakıma muhtaçlık gibi bütün sosyal riskler karşısında sosyal güvelik politikaları oluşturmakla yükümlüdür (Oğlak, 2007: 232-233).

3.8.2.3. Kurumsal bakım hizmeti sağlama

Kurumsal bakım; “bakımevleri, huzurevleri ve yaşlı köyleri gibi kurumlarda yatılı olarak hizmet verilen bakım” olarak tanımlanmaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB], 2016: 8). Yaşlı bireylerin, kronik rahatsızlıklar ve engellilik durumları yaşaması ve bu olguların artış göstermesi sonucu uzun süreli bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda, yaşlı bakım merkezleri uzun vadeli bakımda yatağa bağımlı ya da başkalarına muhtaç olan yaşlı bireylere hizmet sağlamaktadır. Yaşlı

bakımevleri ve huzurevlerinin bakıma muhtaç bireylere kurumsal bakım hizmeti aldığı, yaşam kalitesinin yükseltildiği olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Tekin, 2018: 445).

2011 yılında ASPB'nin gerçekleştirdiği “Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler” çalışmasında huzurevinde yaşama isteği % 4,7, tek başına/eşi ile yaşama % 62,6 ve çocukları ile birlikte yaşama isteği % 21,2 oranındadır. Eğitim seviyesi arttıkça, huzurevinde kalma isteği, tek başına olma, aile bireyelerine yük olmama düşüncesi artmaktadır (Canatan, 2018b: 199).

Ülkemizde yaşlılara sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerin en iyi şekilde desteklenmesi, çözümlenmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir. Huzurevleri gibi toplu bakım kurumlarının en iyi hizmeti verebilmesi için hizmet standartlarının kontrolü en iyi şekilde sağlanmalı ve denetlenmelidir.

3.8.2.4. Sosyal gelir sağlama

Sigorta güvencesinden yoksun ve geliri olmayan yaşlı bireylere anayasal düzenlemelerle, sosyal gelir yardımıyla gelir güvencesi sağlanmaktadır. Bu sosyal gelir, bireylere yaşamları boyunca süregelen ve sistemli bir şekilde yapılan ödemeler neticesinde gelir yardımı sağlamaktadır. Yaşlı bireylere verilen yaşlılık aylığı, iş görmemezlik parası ve sosyal gelirden faydalanma koşulları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Sosyal gelirden yararlanabilmek için;

- Anayasal düzenlemelerle yaş sınırını geçmemek
- Gelir güvencesinden yoksun olma şartlarının ikisini de gözetmelidir.

Yaşlı bireye sağlanan sosyal gelirin finansmanı devletin kendi bütçesinden sağlanmaktadır (Başyiğit, 2019: 150-151).

3.8.2.5. Yaşlılık sigortası ve emeklilik yaşının düzenlenmesi

Yaşlılık sigortası, bireylerin belirli bir yaşa kadar çalışması ve primlerle finanse edilen sistemlerin bütünüdür. Bu sistemler, çalışılan zamana göre aylık veya dönemsel olarak ödemelerle belirlenmektedir. Ödemenin miktarı, yaşlılıktan önce kazanılan gelir seviyesine göre belirlenmektedir. Yaşlılık sigortası primlerine işveren, işçi bazen de devlet katkıda bulunmaktadır. Yaşlılık sigortası sistemi bireylere yaşlılık aylığı adı altında gelir

güvencesi sağlamaktadır (Özcan, 2010: 150). Bireylerin;

-“24.05.2002 -23.05.2005 tarihleri arasında kadın 52, erkek 56 yaşını doldurmuş olması

-24.05.2005-23.05.2008 tarihleri arasında kadın 54, erkek 57 yaşını doldurmuş olması

-24.05.2008-23.05.2011 tarihleri arasında kadın 56, erkek 58 yaşını doldurmuş olması

-24.05.2011 tarihinden sonra kadın 58, 24.05.2011 ile 23.05.2014 tarihleri arasında erkek 59 yaşını doldurmuş olması

-24.05.2014 tarihinden sonra erkek, 60 yaşını doldurmuş olması halinde yaşlı aylığına hak kazanacaklardır”.

Tablo 3.2: 5510 Sayılı Kanuna Göre 4/a Hizmet Akdine Tabi Çalışan Sigortalıların Emeklilik Yaşı

İlgili Kanun	Yıllar	Yaş	
		Kadın	Erkek
5510	2008 -2035	58	60
	2036 – 2037	59	61
	2038 -.2039	60	62
	2040 – 2041	61	63
	2042 – 2043	62	64
	2044 – 2045	63	65
	2046 – 2047	64	65
	2048	65	65

Kaynak: (SGK, 2019).

Tablo 3.2 incelendiğinde, hizmet akdi ile çalışan kadın 4/a sigortalısı 7200 ve 9000 gün malullük, yaşlılık, ölüm primi bildirim şartını 01.01.2048 yılından itibaren yaşlılık aylığını hak kazanma yaşı eşitlenerek kadın ve erkeklerde 65 yaş olacaktır.

• **4/b Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışanlar ile Köy ve Mahalle Muhtarları:** Yaşlılık aylığı bağlanmasında 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununa göre sigortalı olanlar bu kanunlardaki şartlar geçerli sayılacaktır. Sigortalılara yaşlılık aylığı bağlanabilmesi için, prim borcunun bulunmaması gerekmektedir.

1.10.1999 tarihinden itibaren yaşlılık aylığı bağlanmasına hak kazananlar ile hak

kazanmalarına iki tam yıl veya daha az kalan sigortalılara;

-“Kadın için 20 tam yıl, erkek için 25 tam yıl prim ödemesi,

- Kadın için 50, erkek için 55 yaşında olması ve 15 tam yıl prim ödemesi koşullarından birinin yerine getirilmesiyle yaşlılık aylığından faydalanabilirler”.

1.10.1999 tarihinden itibaren aylık kazanmasına 2 yıldan daha fazla süre var ise 1.06.2002 tarihiyle birlikte kadın 20 tam yıl, erkek 25 tam yıl prim ödeme süresini tamamlayanlar veya tamamlayamayanlara kalan süreye göre kademeli geçiş yaşlılık aylığı şartları belirlenmektedir. 1.10.1999 tarihinde kadın ise 50, erkek ise 55 yaş ve en az 15 tam yıl için 2 yıldan daha fazla süre var ise kademeli geçiş süreci uygulanacaktır.

• **Özel koşullar:** -“Maden işyerlerinin yer altı işyerlerinde çalışan sigortalılar, 2008 Ekim öncesi en az 20 yıldan beri çalışan, en az 5000 gün; en az 25 yıldan beri çalışan, en az 4500 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi ödeyen sigortalılara yaş aranmaksızın yaşlılık aylığı bağlanabilmektedir.”

-“50 yaşını dolduran ve malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tabi çalışmalarının en az 1800 gününü olarak işe giriş tarihi 08.09.1999’dan önce olanlara 5000 gün veya 15 yıllık sigortalılık süresi ve en az 3600 gün, sigortalı olarak işe giriş tarihi 08.09.1999 dan sonra olanlara ise 7000 gün veya 25 yıllık sigortalılık süresi ve en az 4500 prim gün sayısı koşullarının yerine gelmesi halinde, yaşlılık aylığı bağlanacaktır.”

-“4/a ve 4/b ile çalışan sigortalılar erken yaşlandığı Kurum Sağlık Kurulunca tespit edildiği takdirde, 55 yaşını doldurması ve en az 5400 prim gün sayısı ödemesi koşuluyla yaşlılık aylığı bağlanabilmektedir.”

-“Tarımda kendi adına ve hesabına çalışan sigortalıların yaşlılık aylığına hak kazanma şartları, 4956 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle 02.08.2003 tarihinden sonra 1479 sayılı BAĞ-KUR Kanunundaki esaslara göre belirlenecektir. 5510 sayılı Kanuna göre; 2036 yılına kadar kadın 58, erkek 60 yaşını doldurmak ve 9000 gün primi ödemiş olması, 2036 yılından sonra 9000 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödeme gün sayısı şartını sağlamı halinde ise tarih aralığındaki yaş hadleri esas alınarak yaşlılık aylığına hak kazanabilmektedir” (SGK, 2019).

Yaşlılık sigortaları, yaşlılıktan ötürü gelir kaybını karşılamak için para yardımları

sunarken bunun yanı sıra sağlık yardımlarından faydalanmasını da mümkün kılmaktadır. Ülkemizde uygulanan sistem de bu yöndedir.

3.8.2.6. İstihdam alanı yaratma

Demografik değişim süreci önümüzdeki yıllarda AB VE OECD ülkelerinin karşılaştığı en büyük güçlüklerden birisi olarak gösterilmektedir. Çalışma yaşı ve nüfusun yapısı büyük oranda değişecektir. Çalışan yaşlı nüfus (55-64 yaş arası) “2010 yılında % 18’den 2020’de %21’e ve 2050 yılında % 22’ye” yükselecektir. Yaşlanan nüfus, beklenen işgücü eksikliklerine karşı; birçok gelişmiş ülkedeki önemli bir politika amacı olarak yaşlı çalışanların istihdama katılımını arttırmaktadır. Sanayileşmiş ekonomilerde yaşlı çalışanlar, işgücü piyasasında bazı sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. İş yerinde yaş ayrımcılığı, işverenler yönünden yaşlı çalışanlar teknolojik ve kurumda yeni yapılandırmalara uyum sağlama güçlükleriyle karşı karşıya kalmaktadır. (Frerichs, 2017: 469-470). Uygulanabilecek belli başlı politikalarla yaşlı istihdamının artması sağlanması öngörülmektedir.

- “ Uluslararası Okur- Yazarlık Anketi (IALS), yaşlı çalışanların eğitim seviye ve nitelik düzeylerinin gençlere oranla düşük olduğu” bu nedenle; eğitim düzeylerinin yükselmesi ve daha ileri yaşlarda istihdam edilebilirliğin kolay sağlanması
- İstihdam edilmeye teşvik etme, kariyer değiştirme imkânlarının artırılması
- Yaşam boyu öğrenmenin teşvik edilmesi
- İstihdama yöneltme gibi içerdiği amaçlarla çalışma hayatına etkin olarak dâhil olmalarına neden olmaktadır (Gündoğan, 2001: 104-105).

Tablo 3. 3: Seçilmiş Bazı Ülkelerde 55-64 Yaş Grubu Arası İstihdam Oranları % (2018 Yılı)

Ülkeler	Yaş Ortalaması %
Kanada	62,94
Danimarka	70,67
Almanya	71,42
Fransa	52,15
İzlanda	80,72
İtalya	53,70
Japonya	75,27
Hollanda	67,67
Birleşik Krallık	65,30
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	63,08
Türkiye	35,30
OECD (toplam)	61,30

Kaynak: (OECD, 2019).

Tablo 3.3 incelendiğinde, ülkemizde istihdam oranı OECD toplam ortalama sınırının oldukça altında kalmaktadır % 35, 30. İstihdam oranı en yüksek % 80, 72 İzlanda'dır. İskandinav ülkeleri yaşam kalitesinin yüksek olması ve yaşlı nüfusun daha etkin olması nedeniyle istihdamda daha fazla yer almaktadır

Tablo 3.4 incelendiğinde, ülkemizde iş gücüne ve istihdama katılma oranı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir. Sektörel dağılımda; tarım sektöründe kadınların çalışma oranı erkeklere oranla daha fazladır %75,6. Yaşlı çalışanlar daha çok tarım sektöründedir. Gerek kendi adına bağımsız çalışanlar gerek tarım sigortası ile çalışanlar bununla birlikte emeklilik sürecinden sonra tarımla uğraşan yaşlı bireyler de etken faktör olarak yer almaktadır. İnşaat sektörü ağır bir iş kolu grubunda yer alması sebebiyle kadınlar bu sektörde yer almamıştır.

Tablo 3.4: Kurumsal Olmayan Yaşlı Nüfusun Cinsiyete Göre İşgücü Durumu (2017)

Yaşlı Nüfus (65 +)	Toplam	Erkek	Kadın
İş gücüne katılma oranı	12,2	20,06	5,6
İstihdam oranı	11,9	20,0	5,5
İşsizlik oranı	2,2	2,6	1,0
İstihdamdakilerin Sektörel Dağılımı	100,0	100,0	100,0
Tarım	68,7	66,3	75,6
Sanayi	5,1	5,6	3,8
İnşaat	2,0	2,7	-
Hizmetler	24,2	25,4	20,6

Kaynak: (Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2019c).

Yaşlanan nüfusun gereksinimlerini karşılayabilmek için ustalık ve kabiliyetler uyarlama yapılması gereklidir ve bu hedefe ulaşmak için eğitim politikalarının yaşlı çalışanların gereksinimlerine göre uyarlayıp, gerçekleştirmek zorunludur. Yaşlı çalışanların istihdamda daha etkin ve uzun süre içerisinde yer almaları aktif istihdam politikaları bakımından toplumsal bütünlüğün korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

3.8.2.7. Yaş ve yaşlı ayrımcılığının önlenmesi

Yaş ayrımcılığı (ageism), bireylerin yaşını esas alarak sosyal işlerinde (iş ve gündelik hayatlarında) ayrımcılıklar karşılaşmaları olarak tanımlanmaktadır. Yaş ayrımcılığı kavramını ilk kez 1968 yılında Robert Butler ifade etmekle birlikte, yaş nedeniyle bireylerin tutum, görüş, inanç ve hareketlere maruz kalması olarak tarif etmektedir (Demir, 2017: 58).

Toplumda yaş psikolojisi, yaş ve yaşlanma obsesyonu görülmekle birlikte 50- 60 yaş sendromlarıyla karşılaşılabilir. Yeni düzen toplumsallaşmayla birlikte bireyler genç yaşta yaşlanma hissine kapılma algısı hissedebilmekte ve gerontofobi görülmektedir. Buna en karakteristik örnek, “1990’ların X kuşağındaki gençler ve bebek patlaması (baby boomer) kuşağı yaşlıları zıtlığı” gösterilmektedir (Müftüler, 2018: 183).

Gençlik, orta yaş ve yaşlılara dair daha çok sergilenen bu ayrımcı tutum birçok kalıp yargılardan oluşmaktadır. Yaşlı bireyin eğitimi, kültür birikimi ve deneyimi toplumda daha kapsam dışı kalmakla birlikte yaşlılar tüketici ve ekonomiye bağımlı nüfus olarak görülmektedir. Yaş ayrımcılığının görünümleri;

- Yaşlıların bakıma muhtaç birey olarak görülmesi

- Yaşlılığı bunama ile özdeşleştirip muhatap almama
- Yaşlıları sosyal hayattan dışlama, asosyal olarak kabul görme

Fiziksel, psikolojik ve finansal yönden istismar etme olarak değerlendirilebilir (Buz, 2015: 270-271).

Yaşlı ayrımcılığı, yaşlı bireye sadece yaşı nedeniyle sergilenen farklı tutum, ön yargı ve davranışları kapsamaktadır. Yaşlı ayrımcılığının yaygınlaşmasında rol alan faktörlerden biri ekonomik verimliliğe ve istihdamda yer almaya verilen önemdir. Çünkü yaşlı bireyler ekonomi de, sosyal yardım ve sosyal güvenlik sistemlerinde aktif nüfusa ve devlete bağımlı verimliliği azaltıcı nüfus grubu olarak görülmektedir. Faktörlerden bir diğeri medyanın etkisidir. Medya gençlik, güzellik ve bireysellik gibi konulara dikkat çekmekte olup, yaşlanmayı olumsuz bir süreç olarak göstermektedir. Yaşlı ayrımcılığında bir diğerk faktör yapılan araştırmalarda huzurevi ve hastane gibi kurumda kalan yaşlıların tercih edilmesi de yaşlı bireylerin bakıma muhtaç algısı oluşturmasında önemli bir etkindir. Oysa yaşlı bireylerin sadece % 5'lik kısmı kurumlarda yaşamaktadır (Yıldız vd., 2017: 315-317).

Toplumumuzda yaş ve yaş ayrımcılığının önlenmesi, farkındalık yaratılması, kuşaklar arası dayanışmanın sağlanması, yaşlı haklarının gözetilmesi, üretken ve aktif yaşlanmanın desteklenmesi öncelik haline getirilmelidir. “Yaş eşitlikçi yaklaşımla” yaşlı bireyler istihdamda yer edinmekte ve gereksinimleri doğrultusunda desteklenmektedir. Toplumsal farkındalık yaratmak için kurumsal sektör çalışanları ve sağlık hizmet çalışanları bilinçlendirilebilir. Yaşlı ayrımcılığıyla ayırmda sosyal hizmet, sağlık ve sosyal politika personel ve uzmanları birlikte politika ve program yürütebilirler. Kuşaklar arası dayanışmanın artması yaşlı ayrımcılığının azalmasını sağlayabilir. Kuşaklar arası dayanışmada aile, akraba ve akran ilişkilerinde iletişim oldukça etkili ve önemlidir. Medya sektöründe yaşlılara karşı kullanılan dil de yaşlı ayrımcılığını etkilediği görülmektedir. Ülkemizde yaşlı ayrımcılığı yasalarla korunabilir ve önlemler getirilebilir. 2010 yılında “yaşlılara pozitif ayrımcılık ilkesi” kabul edilmiştir (Müftüler, 2018: 193-195)

Yaşlı bireylerin toplumdan dışlanması, bireylerin topluma katılımını, aktif ve üretken olmasını etkilemektedir. Yaşlılık ve yaşlılık politikaları desteklenerek farkındalık yaratılabilir. Kültürel değerlerimizde yaşlı bireyleri korumalı, topluma katılımını desteklemeli ve saygımızı korumalıyız.

3.9. Aktif Yaşlanma İçerisinde Yeni Bir Yaklaşım: Gümüş Ekonomi

Yaşlanan toplumlarda yaşlı nüfusun sosyal ve ekonomik alanda oluşabilecek pek çok sürece yönelik politika ve programlar geliştirilmesi açısından demografik görünüm önem kazanmaktadır. Nüfusun yaşlanması, mal ve hizmetlere yönelik talep doğrultusunda işgücünün istihdam edildiği bölümlere de etkisini yansıtmaktadır. Yaşlıların hizmet kullanımının gençlere göre daha fazla olması, yaşlıların bakım hizmetleri ve temizlik gibi işlere gençlere oranla daha fazla harcama yaptıkları bir örnektir. Dolayısıyla, üretim ve tüketim yapısı nüfusun yaşlanmasıyla birlikte mal ve hizmetlere yönelik talepteki değişimle birlikte değişmesi kaçınılmaz bir süreç olacaktır (Metin, 2016: 20).

Dünya genelinde Avrupa başta olmak üzere yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması mecburiyeti ortaya çıkmış ve yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda yapılan harcamalar sonucu büyük bir pazar oluşmuştur. Bununla birlikte yaşlanma ile ekonomik yapıyı birbirine ilişkilendiren yeni bir olgu gümüş ekonomi tanımı ele alınmaya başlanmıştır. Gümüş ekonomi, 50 yaş ve üzeri bireylerin gereksinimlerini karşılama, çevre yaratma, istihdam olanakları sunma, hayat boyu öğrenme, beceri ve yetkinliğini aktüel tutma, yaş ayrımcılığı ve istismar ile mücadele etme, önleyici ve koyucu sağlık hizmeti gibi politika ve programları kapsamaktadır. Yaşlı nüfusun toplumda ve ekonomide üretken ve aktif şekilde yer alması ilk önceliktir. Gümüş ekonomide aktif olma; yalnızca sağlık ve işgücü ve istihdama katılımı değil sosyal ve kültürel yönden topluma katılımı da içermektedir (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017: 15).

Gümüş ekonominin yaşlı bireylere sağladığı yararların en başında onların üretken ve aktif kalmasını sağlama ve aktif yaşlanmayı özendirerek yaşlı işgücü oranlarını arttırmayı amaçlamaktadır. Yaşlı bireylerin bireysel yaptığı harcamalar kadar kamu harcamaları da önemli olmakta, kamu harcamalarının “emeklilik, sağlık hizmetleri, uzun vadeli bakım hizmetleri” alanlarında talebin artması beklenmektedir. 2015 yılı Avrupa Yaşlanma Raporu’n da “ gayri safi hasılanın % 11,3’ü kamu emeklilik harcamalarına, % 6,9’u sağlık hizmetlerine, % 1,6’sı uzun bakım hizmetlerine” ayrıldığı belirtilmektedir (Özaydın, 2018: 172).

Toplumun yaşlanmasıyla birlikte ekonominin hangi sektörlerinin nüfusun yaşlanmasından etkilenebileceğinin bilinmesi önemlidir. Kamu ve özel sektör firmaların ürettikleri mal ve hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçları doğrultusunda uyum sağlamaları

önerilmektedir. Gümüş ekonomi içerisinde yer alan sektörler; “medya, moda, gerontoloji ve sağlık hizmetleri, ev hizmetleri, emlak ve akıllı evler, eğitim, turizm ve sağlık turizmi, evde bakım hizmetleri, sigorta ve finansman, kozmetik, bilişim ve inovasyon teknolojileri, robotik uygulamalar, mimari, tasarım, toplu taşıma hizmetleri ve yerel pazarlar” yer almaktadır. Bu alanlardan da görüleceği üzere yaşlanan nüfusla birlikte, gümüş ekonomi içerisindeki sektörlerde oldukça genişlemektedir (Zsarnoczky, 2016: 2-7).

Günümüzde yaşlı bireyleri ekonomiye ve topluma yük olarak görmekten çok; yaşlı bireylerin bilgi ve deneyimleri çerçevesinde işgücü piyasasında tecrübelerinden yararlanılmalı, yakın çevre, sağlık hizmet kuruluşları ve kurumlar tarafından sosyal koruma sağlanmalı, mal ve hizmetlere erişilebilirlik kolaylaştırılmalı ve devlet bireylerin yaşam standartlarını arttırmak için gerekli önlemleri alarak program ve politikalar düzenlemelidir. Çalışmak isteyen yaşlı bireylere yönelik deneyim ve nitelikleri ölçüsünde istihdam imkânları yaratılmalı ve istedikleri süreç içerisinde işgücünde kalmaları desteklenmelidir. Yaşlı bireylerin kendi işine sahip olma isteği, gönüllü-part time-tam zamanlı işe alımların desteklenmesi, yardım programlarının oluşturulması ve emekliliğe geçişini sağlayabilecek aşamalı programların oluşturulması gümüş ekonomi sürecinde aktif yaşlanma ve yaşam kalitesinin artırılmasında oldukça önemlidir (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017: 26).

3.10. Refah Modelleri Yaklaşımına Göre Aktif Yaşlanma Politikaları

Dünya genelinde sosyal ve ekonomik sıkıntılar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için düzeltilmesi gereken yaşlı nüfusun gelecek yıllarda sosyal koruma ve sosyal düzenin mevcut demografik düzende nasıl sürdürülebileceği konusunu gündeme taşımaktadır. Avrupa’da nüfusun yaşlanması gündemi sosyo-ekonomik refah sistemde pek çok sorunları gündeme getirmektedir. Yaşlı bireyler için aktif yaşlanma sürecindeki engellerin önünden kaldırılması toplumsal yaşlanmanın önündeki sıkıntılı yönlerinin ortadan kaldırılmasında önemli bir süreçtir (Başyigit, 2019: 180).

Esping- Andersen ülkeleri rejim sınıflandırması ayrımın kimler kanalıyla (devlet, piyasa, aile, sivil kuruluş) sağlandığını dikkate alarak yapmıştır. Bu sınıflandırma:

- “Kuzey Avrupa ülkelerinde sosyal demokrat refah modeli (İskandinav modeli), sağlık gibi hizmetlerin sağlanmasında piyasadan bağımsız evrensel hak talebi sistemine dayanmaktadır”. Norveç, Danimarka, Hollanda ve Finlandiya gibi ülkeler örnek verilebilir.

- “Kıta Avrupası ülkelerinde muhafazakâr refah devleti modeli, sigorta sistemi ve varlık araştırmasına (means-test) dayalı, sosyal eşitsizlikler üretmeye eğilimli, piyasanın sınırlı bir eleştirisini içermektedir”. Almanya, İtalya ve Fransa gibi ülkeler örnek verilebilir.

- “Piyasa merkezli liberal model, yoksulluk yasalarının devamı olmakla birlikte piyasadan kaynaklanacak olumsuzluklara karşı tampon oluşturmakta, refahın özel olarak örgütlenmesini içermektedir” ABD, Kanada, Avustralya gibi ülkeler örnek verilebilir. (Özdemir, 2005: 240-241).

Esping- Andersen ülkeleri rejim sınıflandırması ayrımın kimler kanalıyla (devlet, piyasa, aile, sivil kuruluş) sağlandığını dikkate alarak yapmıştır. Bu sınıflandırma:

- Kuzey Avrupa ülkelerinde sosyal demokrat refah modeli (İskandinav modeli), sağlık gibi hizmetlerin sağlanmasında piyasadan bağımsız evrensel hak talebi sistemine dayanmaktadır.

- “Kıta Avrupası ülkelerinde muhafazakâr refah devleti modeli, sigorta sistemi ve varlık araştırmasına (means-test) dayalı, sosyal eşitsizlikler üretmeye eğilimli, piyasanın sınırlı bir eleştirisini içermekte”

- “Piyasa merkezli liberal model, yoksulluk yasalarının devamı olmakla birlikte piyasadan kaynaklanacak olumsuzluklara karşı tampon oluşturmakta, refahın özel olarak örgütlenmesini içermektedir” (Özdemir, 2005: 240-241).

Esping-Andersen’in üçlü refah modeline, ilk kez Leibfred bir model daha ekleme yaptığı bilinmektedir. İlk olarak “Latin Kuşağı modeli” şeklinde adlandırılmıştır. Ancak Ferrara tarafından bu model etkin hale getirilip “ Güney Avrupa modeli” olarak ifade edilmiştir. “Güney Avrupa modelinde”, zayıf devletçilik yapısı, “ikili gelir desteği sistemi”, sağlık alanında “evrensellik”, kamu harcamaların yüksek olması, sosyal sistemde ailenin rolü belirli özellikleri arasında görülmektedir. İtalya, Portekiz, Yunanistan, Türkiye gibi ülkeler örnek verilebilmektedir (Taşçı, 2013: 10).

1. Almanya: Dünyadaki demografik değişim sürecinden en çok etkilenen ülkelerden birisi de Almanya’dır. Almanya muhafazakâr refah modeline sahip, yaşlılara yönelik temel haklar Anayasa’da sosyal adalet düşüncesi ile benimsenmektedir. Almanya’da genel anlamda refah hizmetleri geleneksel kurum olan aile tarafından öncelik olarak sağlanırken, ailenin yetersiz kaldığı durumlarda devlet tarafından destek sağlanmaktadır. Nitekim

modernleşme olgusu gelenekçi aile yapısından zamanla çekirdek aile yapısına dönüşmüştür. Böylece Almanya’da yaşlı bakımında kurumsal bakım hizmetlerine önem ve talep artmıştır.

“2010 yılında Alman nüfusunun % 20.4’ü 65 yaş ve üzerindedir. 2050 yılına gelindiğinde ise 65 yaş ve üstü bireylerin oranı % 32.5’e çıkacaktır. 2010 yılında Almanya’da 80 yaş üstü bireylerin oranı % 5.1 iken 2050 yılında bu oran % 14.1’e çıkacaktır. 2050 yılında Almanya, OECD ülkeleri arasında 80 yaşı geçkin nüfus oranı en yüksek olan ikinci ülke olacaktır. Yaşlı nüfusu artarken, genç nüfus giderek azalmaktadır. 2060 yılında çalışma yaşında olan bireylerin sayısı varsayımlara göre 50 milyondan 33-36 milyona inecektir. 2035 yılında bile nüfusun yaklaşık yarısı 50 yaş ya da üstü olacaktır”. Bu durumun gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma politikaları için ön hükümleri:

- Nüfusun azalması orta ve uzun vadede tüketici hizmet piyasalarında alıcı sayısının azalmasına
- Yaşlı nüfusun özel talepleri yönlendireceğine
- Bunun neticesinde, daha yaşlı odaklı ürün ve hizmet politikası sağlanmasına
- Gelecekte şirketlerde ve belediyelerde daha fazla sayıda yaşlı çalışan olmasına yol açacaktır (Heinze vd., 2017b: 415-416).

Almanya’da yaşlıları korumak ve güvence altına almak, gereksinimlerine yönelik bilgi sahibi olmak için 1973 yılında “Alman Gerontoloji Merkezi” kurulmuştur. Alman Federal Aile İşleri Bakanlığı, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştığı suç ve şiddete yönelik risklerin incelenmesi yönünde çalışma sunmuştur. Çalışma neticesinde ortak eylem programı geliştirilerek; yaşlı bireylerin ihmal, istismar ve şiddet eğilimlerine karşı korunması sağlanmaktadır (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2009: 6-8). Alman Federal Aile İşleri Başkanlığı, “Yaşlılık Çağı” stratejisi ile yaşam standartlarını yükseltmeyi hedeflemektedir. Strateji kapsamındaki tasarımlar arasında bölgesel konferanslar, yaşlı çalışanların niteliklerinin geliştirilmesi, emekliliğin yeni düzen tasarlanması gibi konuları içermektedir (UNECE, 2012: 7).

Almanya’da Flexentsengesetz yasası, bireysel erken emeklilik planı uyarlamasını sağlamakta, 2050 yılına gelindiğinde kamuda emekliliğinde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla’da (GSYH) tahmini % 10’dan % 12,5’a artış beklenmektedir (Başyiğit, 2019: 186).

2. İtalya: İtalya’da sosyal güvenlik; emeklilik, işsizlik yardımı, aile yardımı ve kısa ve uzun vadeli sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bakanlar Konseyi tarafından kabul edilen, 2007 yılında “Sağlıklı Kazanma: sağlıklı seçimler yapmayı kolaylaştırma programı”, kronik rahatsızlıkları önlemek, sağlıklı yaşam biçimini özendirmek amacıyla sektörler arası bir tutumu benimsemektedir. Program içeriğinde:

- Sigara bırakma

- Alkol kullanımı

- Sağlıklı beslenme

- Hareketsiz yaşam gibi dört müdahale alanı belirlenmiştir (United Nations Economic Commission for Europe, 2012: 11).

Sosyal güvenlik reformunda aktif yaşlanma kapsamında:

- Yarı zamanlı çalışma ve aktif yaşlanmanın teşvik edilmesi

- Sağlık ve sosyal güvenlik bölümlerinde yardımcı bireylerin gönüllü teşvik edilmesi

Özel emeklilik fonlarının yapılandırılması, banka, güvenlik ve sigorta şirketlerinin fon yönetimi için anlaşmaların sağlanmasına izin vermektedir (Özcan, 2010: 114-115).

3. İsveç: İsveç’te sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanmakta, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimler tarafından sağlanmaktadır. İsveç modelinde sosyal yardım ve destekler, sınıf ayrımı gözetmeksizin, yüksek standartta eşitlik ilkesi ile devlet tarafından karşılanmaktadır (Albayrak ve Birinci, 2017: 71-72). “Emeklilik sistemleri tüm vatandaşlara emekli olduktan sonra emekli maaşı alma hakkı vermektedir.” 61-67 yaşları arasında emeklilik maaşını almaya başlamakla birlikte, günümüzde emeklilik yaşı 64,5 olarak hesaplanmıştır (Başyigit, 2019: 192).

4. Japonya: Japonya’da “Yaşlı Kulübü” ve “Yaşlıların Yeteneklerinden Faydalanma Merkezi” yaşlıların topluma aktif bir şekilde katılımını destekleyen alanlardır (Başyigit, 2019: 208). Kadın nüfusu en yüksek yaşam beklentisine ve yaşlı bağımlılık oranına sahip ülkelerde başı çekmektedir. Japonya’da emeklilik yaşı 2060 yılına kadar 65 olacaktır. 2021 Nisan ayıyla birlikte emeklilik maaşlarına düzenleme gelecektir. Zorunlu emeklilik katkı payları 2017 yılında % 18,3’e yükseltilmiştir (OECD, 2017).

5. Hollanda: 2011-2014 tarihleri arasında “Güvenli Ellerde Yaşlılar” eylem planı, risk faktörlerinin önceden tespit ederek, aksiyon noktalarını (1-10) belirlemektedir. Çalışma ortamlarında yaşlı tacizi ve istismarının önlenmesi ve bireyleri destekleyecek önlemleri kapsamaktadır (United Nations Economic Commission for Europe, 2013: 19). 2013 yılında 55 yaş ve üzeri bireyler için işsizlik sorunlarını çözmek için “Eylem Planı 55artı” planı tanıtılmış ve 2014 yılında uygulamaya konulmuştur. 2017-2018 yılları için “50artı için bakış açısı” yaşlıların istihdamda yer almalarını kolaylaştırmak için işverenler ve diğer bölüm alanları için önyargıları önlemek adına tavsiyelerde bulunmaktadır (United Nations Economic Commission for Europe, 2017: 7).



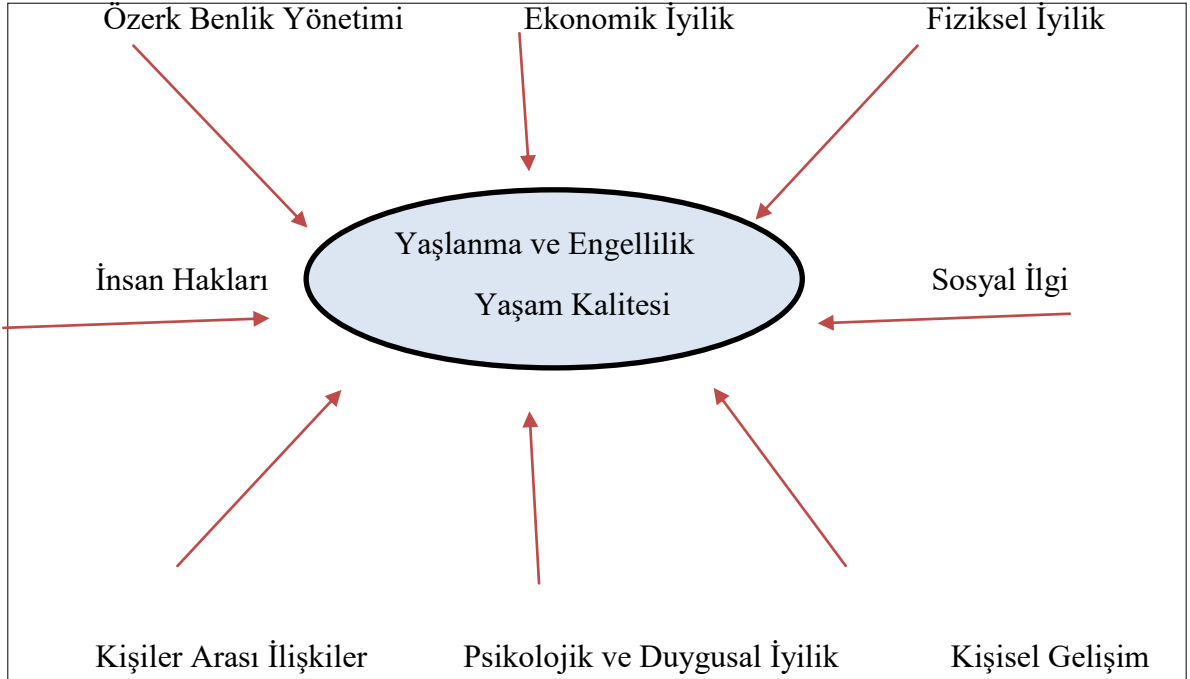
4. BÖLÜM

4. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL KATILIM

4.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Kavram olarak yaşam kalitesi, ilk defa 1943 yılında Priestly'in oyununda kullanılmış; tıpta ise Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" makalesinde kullanılmıştır (Sarı, 2013: 14; Ekşioğlu Ahad, 2016: 38-40). Özel tanımı "iyi olma hali, mutlu olma hali" olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin duygu ve yaşamsal değerlerinin değerlendirilmesidir (Sarı, 2013: 14; Ekşioğlu Ahad, 2016: 38-40).

Yaşam kalitesi kavramı için WHO, teorik çerçevede sıkça kullanılan bir tanımlama geliştirmiştir. Yaşam kalitesini, bireyin kültür ve değerleri, toplumdaki yaşantısı perspektifinde hedeflediği beklentiler, standartlar ve ilişki bağları arasında kendi yaşamını nasıl algıladığı olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi her yaş aralığı için önem arz etsede özellikle yaşlı bireyler için daha fazla ele alınana bir konudur (Bilir vd., 2005: 63; Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 138).



Şekil 4. 1: Yaşam Kalitesi ve Yaşlanmayla ve Engellilikle İlgili Yaklaşımlar

Kaynak: (Seedsman, 2018: 235).

Yaşam seyrinde yaşlı ve engelli bireylerin yaşam kalitesiyle ilgili olarak yaşamlarını etkileyen temel belirleyiciler arasında; ekonomik, fiziksel, psikolojik ve duygusal iyilik, sosyal ilgi, kişisel gelişim, özerk benlik yönetimi, insan hakları ve kişiler arası ilişkilerin iyileştirilmesi yer almaktadır (Şekil 4.1).

Sağlığa yönelik yaşam kalitesi değerlendirilirken hastalık yükü ile hastalıklar, ölümler ve sağlık problemlerine ilişkin risk etmenlerine dair tahminler ve değerler hesaplanabilir ve ölçülebilmektedir. Toplumun sağlık durumunu içeren hastalık yükü bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Hastalık yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde geliştirilmiş ölçütler:

• **Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years- DALY):** Sağlık beklentisine karşılık sağlık hizmetlerinde oluşan açığı ölçmektedir. Bu ölçüt, içinde bulunulan durum ile bireyin o toplum içerisinde belirlenen doğuştan beklenen yaşam süresi ölçüsünde yaşamakta ve sağlık beklentisi arasında oluşan farkı gösterilebilmektedir. DALY, yeti yitiminin fark edilmesinden itibaren kaybedilen yıllar ile erken ölümlere bağlı geçen süreyi bir ölçütte göstermektedir (Paksoy Erbaydar, 2009: 20-21).

• **Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years- QALY):** Her bir yaşam yılını yaşam kalitesi ile birlikte değerlendiren ölçektir. Yaşam beklentisindeki artış ve yaşam kalitesindeki ayrımı ölçmektedir. Kronik rahatsızlıkların yaygın olduğu günümüzde tedavi hizmetlerini daha fazla ön plana çıkarmaktadır. QALY değerlerinin hesaplanabilmesi için yaşam kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir (Arslan ve Ağırbaş, 2017: 102-103).

• **Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (Healthy Adjusted Life Expectancy- HALE):** Kaliteli yaşam; bireyin toplumda katılımını sağlıklı, aktif ve üretken geçirmesi anlamına gelmektedir. Bu bağlamda HALE önemli bir etkidir. Dünya genelinde Yaşam Beklentisi (Life Expectancy- LE) ve HALE arasındaki fark erkeklere oranla kadınlarda daha uzundur.

Tablo 4.1: Dünyada Sosyo-ekonomik Düzeylere Göre Ülkelerin Doğuşta Beklenen Yaşam Beklentisi (LE) ve Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (HALE) Değerleri

Sosyo-ekonomik düzey	LE			HALE		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Düşük	55	58	57	48	49	49
Düşük	67	70	68	60	62	61
Yüksek	67	74	70	58	63	61
Yüksek	77	82	80	68	72	70
Toplam	65	70	68	58	61	59

Kaynak: (World Health Statistics, 2009: 44).

Tablo 4.1 incelendiğinde dünyada erkekler yaşamlarının son yedi yılını, kadınlar ise yaşamlarının son dokuz yılını hastalık geçirerek yaşamaktadır.

Yaşam kalitesinin en duyarlı ve az hissedildiği dönem yaşlılık dönemidir. Bu dönemde kişisel yaşanan olumsuzluklar, işlevsel bozukluklar, etkinlik düzeyinde azalma, kısıtlı hareket hali, uyku sorunları, düşme riski ve psikolojik sorunlar yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Aslan, 2009: 3). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde birincil korunma yolları arasında:

- Topluma katılımın sağlanması, yalnızlıktan kaçınma
- Sağlıklı ve dengeli beslenme
- Sigara ve alkol tüketiminin azaltılması ve önlenmesi
- Fiziksel ve spor aktivitelere katılım
- Sosyal ve kültürel katılım
- Kazaların önlenmesi
- Doğru ilaç kullanımı yer almaktadır (Baysan, 2008: 38).

4.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesini belirleyici göstergeler:

• **Cinsiyet:** Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında objektif ve sübjektif olmak üzere güçlü bir ilişki vardır. Objektif olarak özellikle geri kalmış ülkelerde kadınlar çalışmayan grupta, ev hanımı görevinde, yaşam kaliteleri eşlerinin sosyal güvencesine bağlı, düşük eğitim seviyesinde olmaları sosyal ve ekonomik alanda kadınların yaşam kaliteleri erkeklere göre daha düşük seviyede kalmaktadır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008: 34). Sübjektif olarak değerlendirilirse, çalışma yapılan farklı bölge ve farklı yaş grupları arasında farklılıklar çıkabilmektedir (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 139).

• **Yaş:** Yaş kavramı yaşlılık dönemi açısından önem arz etmekte olup, bu dönem yaşam kalitesi yönünden daha fazla ele alınmaktadır. Yaşlılık dönemi yaşam kalitesinin düşüşün yüksek olduğu, emeklilik, yalnızlık, hastalıklar, sosyal katımın azalması gibi süreçler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bilir vd., 2005: 664).

• **Medeni durum:** Evli ya da bir eşle yaşayan bireylerin sosyal destek ve yalnızlığı ortadan kaldırması açısından birlikte yaşamının yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir. Buna nispeten, dul/bekâr bireylerin dışlanma, yoksulluk riski, depresyon gibi unsurlarla karşılaşması yaşam kalitesini düşürmektedir (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 140).

• **Eğitim:** Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin gelir, sosyal olanakları ve işleri dolayısıyla yaşam kalitesinin yüksek olduğu; eğitim seviyesi düşük bireylerin işsizlik, düşük gelir, yoksulluk, sosyal olanaklardan yararlanamama dolayısıyla yaşam kalitesinin düşük olduğu bilinmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008: 35; Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 141).

• **Gelir:** Bireylerin yaşamsal doyumları (fiziksel, sosyal, duygusal, sağlık, ekonomik gereksinim) ve yaşam kalitelerinin yüksek olmasında önemli yere sahiptir. Ancak gelir düzeyi tek başına yeterli bir endeks değildir. Yaşanılan çevrenin oluşturduğu koşulların iyi olmaması, eğitim, sağlık ve güvenlik hizmetlerinin sağlanamaması, boş zamanın olmaması, gelir yüksek olsa da yaşam kalitesini düşürmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009: 150; Demirkıran, 2012: 54; Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 141).

• **Sağlık:** Bireyin fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönden kendisini sağlıklı hissetmesi yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bireylerin sağlık güvencesinin olması da yaşam kalitesini pozitif yönde etkilemektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009:153; Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 142).

• **Boş zaman etkinlikleri:** Boş zaman etkinliklerinin “dinlenme, eğlenme ve kendini geliştirme” olmak üzere üç işlevi vardır. Bu işlevler yaşam kalitesinin artırılmasında büyük öneme sahiptir. Kitap okuma, etkinliklere katılma, sinema/tiyatroya gitme, akran ve akraba ziyareti gibi boş zaman etkinlikleri yaşam kalitesini arttırmaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016: 144).

4.3. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitesi

Yaşlılık, fiziksel olarak kayıpların yaşandığı, kronik hastalıkların artmasıyla birlikte yeti yitiminin yaşandığı ve bu nedenle bağımlılığın arttığı, sosyal çevre faktörünün azaldığı, statü kaybının yaşandığı, ruhsal ve psikolojik sıkıntıların yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde yaşlı bireyler, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sıkıntı yaşamakta ve çevrelerine bağımlı olarak yaşama durumuna gelmektedir (Tel vd., 2001: 60).

Günlük yaşam aktiviteleri, “temel günlük yaşam aktiviteleri” (primary) ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri olarak (instrumental) iki şekilde ele alınmaktadır. “Temel günlük yaşam aktiviteleri”; beslenme, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, fiziksel hareket, bağırsak ve mesane kontrolü gibi günlük yapılan yaşam aktivitelerini içerirken; “yardımcı günlük yaşam aktiviteleri”; yemek yapma, alışveriş yapma, para idaresi, araç kullanımı ve bahçe işleri gibi çevreye uyum sağlamak için gerekli olan aktiviteleri içermektedir (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015: 386).

Yaşlı bireylerin “günlük yaşam aktivitelerinin” sürekliliği ve bağımsız olması, yaşam kalitelerinin korunabilmesi ve sağlık durumlarının iyi olabilmesi için oldukça önemlidir. “Günlük yaşam aktivitelerinde” meydana gelen yetersizlik, yaşlı bireylerde bağımlılık durumunu arttırmaktadır (Sucuoğlu, 2012: 14).

Yaşlıların bağımlılık düzeyini etkileyen birçok etmen vardır. Bunlar; kadınlar, ileri yaş grubu, eğitim seviyesinin düşük olması, gelir durumu düşük olanlar, kol gücüne bağlı çalışanlar gibi demografik özelliklerle, denge bozuklukları, depresyon, kronik hastalıklar, demans, duylarda meydana gelen rahatsızlıklar ve kötü sağlık algısı gibi tıbbi sorunlar yaşlı bireylerin “günlük yaşam aktivitelerinin” yerine getirilmesinde bağımlı olma riskleri daha fazladır (Ulusel vd., 2004: 200).

4.4. Yaşlılıkta Yalnızlık ve Sosyal Dışlanma

Yalnızlık sosyolojik açıdan “sosyal ilişki ağlarının zayıflığından kaynaklanan rahatsız edici durum” olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı bireylerin diğer insanlarla sosyal bağları zayıf ve onlar bu bağların zayıflığını sezerlerse ya da bu durum insanlar üzerinde olumsuz kişisel sonuçlar doğurursa, bu bireyleri sosyal dışlanma olarak tanımlamaktadır (Görgün Baran, 2016: 79-80). Sosyal dışlanma, işlev kaybına, sağlığın bozulmasına, yaşam isteğinin yitirilmesine neden olan unsurdur.

Yalnızlığın farklı türleri vardır. Zimmerman, olumlu ve olumsuz tarafları olmak üzere yalnızlığı iki gruba ayırmaktadır. Olumlu grup, bireyin kendi isteği doğrultusunda kendi benliğine dönmesi, ilişkilerden uzak olması ve meditasyon gibi gayelere yönelmesidir. Bu duruma özel yaşam da denilebilmektedir. Olumsuz grup ise, bireysel ilişki ve iletişim olmaması, sosyal ilişkilerde zayıf olması sonucunda bu durumdan rahatsızlık duyulmasıdır (Görgün Baran, 2016: 80).

Yalnızlık ve dışlanma arasında dolaylı bir ilişki vardır. Yalnızlık, sosyal ilişki bağlarının az olduğu durumun değerlendirilmesinin olası bir sonucudur. Sosyal yönden izole olan bireylerin yalnız olması şart değildir ve yalnız bireylerinde sosyal yönden izole olması gerekmez. Örneğin yalnız olmayı tercih eden birey, istemediği sosyal ilişkilerden uzaklaşmak için özel yaşamını koruyabilir (Görgün Baran, 2016: 83).

Yalnızlık ve sosyal dışlanmanın daha çok emeklilikle ilişkilendirildiği vurgulanmaktadır. Yaşlı emeklilikle birlikte çalışma ve sosyal ortamından uzaklaşır, geliri düşer ve yetersizlik hissine kapılır. Bu da yaşlının yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (Şimşek vd., 2018: 498).

Yaşlılık döneminde yaşanan eş kaybı da yalnızlık hissedilmesinde önemli etmenlerden biridir. Yaşlı bireyler kendilerini ailelerinin ve eşlerinin yanında mutlu hissederler. Günümüzde değişen aile yapısı geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına dönüşmektedir. Bu süreçte yaşlı bireyler ailelerine yük olmamak üzere huzurevi ve bakımevlerine yerleşmektedirler. Huzurevinde yaşamak yalnızlık hissedilmesinde önemli bir etmendir (Bilgili vd., 2012: 86).

Yalnızlık yaşlı için en önemli psikolojik sorun kaynağı haline gelmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda depresyon ve sosyal destek arasında ilişkinin olduğu görülmektedir. Yaşlı

bireylerde en sık psikolojik sorun depresyondur ve bunun nedeni yalnızlık ve sosyal dışlanmadır (Aksüllü ve Doğan, 2004: 77). Bu noktada yaşıya sosyal çevrenin sağladığı sosyal destek önemlidir.

Toplumsal beklentiler, durağanlık, can sıkıntısı ve bağımlı olmak yalnızlığın unsurları arasında değerlendirilmektedir. Bağımlılık; ekonomik, psikolojik ve sosyal olarak ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda yaşlının kendini bağımsız hissetmesi de önemlidir. Bununla birlikte ilgi alanı, geleceğe dair planları, beklentileri olmayan ve aktif olmayan yaşlılar daha çok yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Toplumların yaşlılara yönelik tutumlarının değişımesiyle birlikte yaşlılara yeni ilgi alanları ve planların belirlenmesi de etkili olmaktadır (Akçay, 2011: 104-105; Ceylan, 2015: 68).

Yaşlı bireyin yaşadığı sorunlar, sosyal devletin uygulamaları çerçevesinde, yaşlıların sosyalleşebileceği mekânların sayılarının artırılması ve yaşlının ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi, evde bakım hizmetleri ile yaşlı bireylerin temizlik, alışveriş ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasının karşılanması gerekmektedir. Yalnız yaşayan bireyleri kültür, sanat ve spor aktiviteleri ile uğraşmaları yönünde teşvik edilmeli, bu tür etkinliklerin bağımlılığı azaltabileceği, aktif birey olarak kişisel kontrol duygusunu arttırabileceği tahmin edilmektedir (Görgün Baran, 2016: 96).

5. BÖLÜM

5. ALAN ARAŞTIRMASI

5.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Aydın Nazilli ilçesinde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumlarının belirlenmesi, yalnızlık düzeylerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir.

5.2. Araştırmanın Önemi

Nazilli nüfusu, 2018 nüfus verilerine göre 156.748'dir. Nazilli'de 65 yaş üstü nüfus oranı ise %12.3'dür (TÜİK, 2019a). Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus oranı % 8,8'dir (TÜİK, 2019b). Türkiye 65 yaş üstü nüfus oranı ile karşılaştırıldığında, Nazilli ülke ortalamasının çok üstünde yaşlı nüfusa sahip olduğu görülmektedir.

Ege'nin en eski yerleşim yerlerinden biri olan Nazilli, Aydın İli'ne bağlı en büyük ilçelerden biridir. İncir, zeytin, nar, kestane, narenciye, pamuk, üzüm ve çilek üretimi ile Türkiye'nin önemli tarım üretimlerinin gerçekleştiği ilçede yapılan araştırmalarda, 100 yaş üzeri nüfusun en çok yaşadığı, uzun ömürlü ve sağlıklı yaşam şehri olarak bilinmektedir. Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. İsmail Tufan'ın 2000'li yıllardan sonra yapmış olduğu araştırmalarına göre, Nazilli'de 100 yaş üstünde 48 kişi tespit edilmiştir (DENGE, 2006). Halkın genel beslenme tarzı zeytinyağı, sebze ve meyve ağırlıklı olması, hayvancılık açısından bal, süt ve yoğurdun çok fazla tüketilmesi, temiz hava gibi etkenlerin Nazilli'de uzun yaşamın sırrı olarak ifade edilmektedir (Milliyet Gazetesi, 2012; Doğanlı, 2017: 518; Sabah Gazetesi, 2017; Babaeren, 2017). Öte yandan, Nazilli, hem 65 yaş üstü nüfusun hem de emekli bireylerin yüksek olduğu ilçelerden biridir. Bu nedenle, yaşlılık araştırmalarının yapılması, evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi, evde yaşayan yaşlıların sosyal hayata katılımı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde merkezi bir konum oluşturmuştur. Bu uzun yaşam süresinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme ve bağımlılık durumlarını, yalnızlık ve yaşam kalitesini ne düzeyde etkilediğinin değerlendirilmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

5.3. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemi kapsamında tarama modeli tercih edilmiştir. Tarama modeli, bir araştırma evreninin tutum ya da görüşlerini bir evrendeki örnekle çalışarak nicel ya da sayısal olarak tanımlamaya olanak sağlamaktadır (Bütün, 2014/2017: 13).

5.3.1. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, 2017-2018 yılları arasında Aydın Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş ve üstü 18712 birey oluşturmuştur. Bu yaşlı grubunun 8121'i (%43) erkek, 10581'i (%57) kadındır (TÜİK, 2018). Araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini evinde yaşayan 65 yaş ve üstü 376 birey oluşturmuştur. Toplamda 376 kişi olan katılımcıların % 43'ünü (n=163) erkek, %57'sini (n=213) kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evren bilindiği için aşağıdaki formülle hesaplanarak bulunmuştur.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$N = \text{Evrendeki birey sayısı} = 18712$$

$$n = \text{Örnekleme alınacak birey sayısı} = 376$$

$$p = \text{İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)} = 0.5$$

$$q = \text{İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı (1-p)} = 0.5$$

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer =1.96

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm örnekleme hatası = 0.05 şeklindedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50).

5.3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada sosyo-demografik özellikleri içeren Kişisel Demografik Bilgi Formu, DSÖ Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD TR.), KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYA) ve Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda açıklanmıştır.

5.3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü (WHOQOL-OLD.TR)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (Eser vd., 2010: 39). Ölçek, beşli likert tipi 24 soru ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, “**Duyusal İşlevler**” alt boyutu duyulardaki fonksiyonlar ve kaybı, “**Özerklik**” bağımsızlık, kendi kararlarını alma, hayatı kontrol etme gibi unsurları, “**Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri**” boyutu geçmişten elde edilen başarılar, gerçekleşen başarılarından memnuniyet, geleceğe dair bakış açıcı ve yaşam doyumunu, “**Sosyal Katılım**” zaman kullanımı ve günlük aktivitelere katılımı “**Ölüm ve Ölmek**” ölmeye dair düşünce, korku ve endişeyi, “**Yakınlık**” bireysel ilişkiler ve sosyal desteğin yaşam kalitesiyle ilişkilerini araştırmaktadır. Ölçekte puan aralıkları en düşük 1, en yüksek 5 puandır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Eser vd., 2010: 39).

5.3.2.2. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYA)

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir Türkçeye uyarlanması ve güvenilirliği Pelivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özkan Pehlivanoğlu, 2018: 219). İndeks; giyinme, banyo, hareket, tuvalet, boşaltım (mesane) ve beslenme davranışlarıyla ilgili 6 sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiriyorsa 3 puan, birinin yardımıyla yapıyorsa yarı bağımlı 2 puan ve bağımlı, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan “bağımlı”; 7-12 puan “yarı bağımlı”; 13-18 puan “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (Katz vd., 1963: 914-919; Mollaoğlu, 2011: 182-183).

5.3.2.3. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği, De Jong Gierveld tarafından geliştirilmiş, Türk kültürüne uyarlanması 2016 yılında Hanife Akgül tarafından yapılmıştır. Ölçek, sosyal ve duygusal yalnızlığı ölçmeye yönelik üçlü likert tipi 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte soruların puanlaması 0=evet, 1=olabilir, 2=hayır şeklindedir. Ölçek maddelerinin 6’sı düz, 5’i ter yönde kodlanmıştır. Olumlu ifade içeren maddeler (1, 4, 7, 8, 11) 0=evet, 1=olabilir, 2=hayır; olumsuz ifade içeren maddeler (2, 3, 5, 6, 9, 10) tam tersi 2=evet, 1=olabilir, 0=hayır şeklinde kodlanmaktadır. Toplam yalnızlık puanını hesaplamak için olumlu ve

olumsuz yalnızlık boyutları toplanmalıdır. Alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 22'dir. Toplam yalnızlık düzeyi 4 aşamaya ayrılabilir. 1. Aşama; yalnız değil/ yalnızlık hissetmiyor (puan 0-4); 2. Aşama; kabul edilebilir yalnızlık (puan 5-14); 3. Aşama; çok yalnız (puan 15-18); 4. Aşama; çok yoğun yalnızlık (puan 19-22). Ölçekten alınan puan yükseldikçe yalnızlık düzeyi de yükselmektedir (Akgül ve Yaprak, 2015: 36; Akgül, 2016: 284).

5.3.3. Veri Toplama Süreci

Çalışma, 24 Haziran- 24 Kasım 2018 tarihleri arasında Aydın İli, Nazilli İlçesi'nde evinde yaşayan 65 yaş üstü bakıma muhtaç olmayan 376 bireye sistematik gözlem tipi olarak yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır. Anket süresi tahmini 30 dakika sürmüştür.

Çalışmada örneklem seçiminde basit rassal tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabakalı örnekleme, ana kütleli oluşturan 65 yaş üstü bireylerin incelenecek özellikleri bakımından farklılık göstermesi nedeniyle her tabakadan ayrı ayrı basit rassal örnekleme yöntemi ile seçilen örneklemelerin birleştirilmesiyle oluşturulduğu bir örnekleme yöntemidir. (Yıldız, 2017: 428). Tabakalı örnekleme yönteminin seçilmesindeki temel ölçüt; seçilen bireylerin 65 yaş üstü olmasıyla homojen bir gruba çalışmamız buna karşılık, gelir ve eğitim durumları açısından 65 yaş üstü bireyler arasında farklılıkların var olmasıdır. Bu nedenle, Nazilli mahalleleri sosyo-ekonomik düzey olarak düşük, orta ve yüksek gelir grubu olarak üç gruba ayrılmıştır. Çünkü yaşam kalitesi ölçeğinin esası kapsamında; 65 yaş üstü bireylerin karşılaştığı sorunlarla mücadele edebilmesi ve yaşam standartlarının yüksek olması ve aktif yaşlanmanın katkısı; bireylerin eğitim ve gelir düzeyleriyle bir bağlantı olabilme olasılığı, tabakalama yönteminde gelir durumunun esas alınmasında etkili olmuştur.

Orantısız tabakalı olarak her tabakadan evren içindeki orana bakmaksızın eşit sayıda örnek örneklem seçilmiştir. Buna göre, 65 yaş üstü bireylerin yaşadıkları mahallelere göre her bir grup tabakadan 126 bireye ulaşılmıştır. Her sosyo-ekonomik düzeyden bir mahalle, rastgele örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Böylece araştırmanın evreni, Nazilli ilçesine bağlı; Yeni, Yeşil, Zafer, Aydoğdu, Yıldıztepe ve İsabeyle Mahalleleri (Üst gelir grubu); Cumhuriyet, Sümer, Turan, Şirinevler, Pirlibey, Çapahasın Mahallesi (Orta gelir grubu); Arslanlı, Yeşilyurt, Dereağzı, Güzelköy, Hasköy, Bereketli, Yaylapınar, Demirciler, Gedikaltı, Ketendere (Alt gelir grubu) Mahallelerinden oluşmaktadır. Birbirine özellikleri

olan mahalleler gruplanarak, 3 farklı bölge kura ile belirlenmiştir. Üç farklı bölgeden 126 ‘şar kişi alınmıştır. Belirlenen mahallelerde istenilen sayıya ulaşılmadığında, belirlenen benzer özellik gösteren başka mahalle seçilerek sayınının 126’ ya tamamlanması sağlanmıştır.

5.4. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bireylerden toplanan tanıtıcı değerler için tanımlayıcı istatistiklerden “frekans ve yüzde” değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde, çoğu zaman veriler normal dağılım göstermemektedir. Normal dağılıma uygunluk “Q-Q Plot” çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003: 281). Bulunan verilerin, normal dağılım göstermesi durumunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Şencan, 2005: 201). WOQOL-OLD, KGYA ve YİYÖ ölçeklerinin normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; WHOQOL-OLD, KGYA ve YİYÖ’den elde edilen puan ortalamaları; bağımsız değişkenleri ise; bireyin sosyo-demografik (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, kiminle birlikte yaşadığı, çocuk sayısı, sağlık durumu, kronik hastalıkları, sosyal güvence ve aylık gelir) özellikleridir.

“Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Mann-Whitney U testi, ilişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Farklılığı yaratan grupları tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır”. Parametrik olmayan testler Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis şeklindedir. Mann-Whitney U testi, iki bağımsız örnekleme ait değerlerin ana kütlelerinin aynı olup olmadığını test etmektedir. Bu sebeple; yaptığımız bu çalışmada söz konusu testlerin uygulanması uygun görülmektedir (Neideen and Brasel, 2007: 93-95). Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki olup olmadığını test etmek için Korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm testlerde hata oranı belirlenip $p < 0.05$ olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir. Verilerin çözümlenmesi ile oluşturulan tablolar ışığında, yorumlar yapılmıştır.

5.5. Bulgular

Tablo 5. 1: Yaşlılar İçin Yalnızlık(YİYÖ) Ölçeğinin, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirliği(α)

Ölçekler ve Boyutlar	Madde Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı(α)
Duyusal yetiler	4	0,965
Özerklik	4	0,950
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	4	0,897
Sosyal katılım	4	0,955
Ölüm ve ölmek	4	0,927
Yakınlık	4	0,968
WHOQOL-OLD	24	0,953
KGYA	6	0,897
YİYÖ	11	0,944

Tablo 5.1.' e göre uygulanan formda bulunan yaşlılar için yalnızlık(YİYÖ) ölçeğinin, Katz günlük yaşam aktiviteleri(KGYA) ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirliği duygusal yetiler (0.965), özerklik (0.950), geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (0.897), sosyal katılım (0.955), ölüm ve ölmek (0.927), yakınlık (0.968), WHOQOL-OLD (0.953), KGYA (0.897) , YİYÖ (0.944) ölçeklerin cronbach alfa (α) değerinin yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur. Katsayının 0.897-0.968 aralığında değiştiği görülmektedir. Ölçekler ve boyutların güvenilir oldukları tespit edilmiştir. “ $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ” ise ölçek yüksek derecede güvenilir dir denilebilir (Özdemir, 2018: 66).

Ankete katılan bireylerin kişisel bilgilerine ait özelliklerine Tablo 5.2’de ayrıntılı bir şekilde yer almıştır.

Tablo 5. 2: Kişilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=376)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	213	56,6
	Erkek	163	43,4
Yaş	65-69	215	57,2
	70-74	93	24,7
	75 ve üstü	68	18,1
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	34	9,0
	İlkokul	132	35,1
	Ortaokul	84	22,4
	Lise	78	20,7
	Üniversite	48	12,8
Medeni Durum	Evli	224	59,6
	Dul/bekâr	152	40,4
Meslek	Ev kadını	89	23,7
	Emekli	239	63,6
	Esnaf	27	7,2
	Çiftçi	21	5,6
Yaşanılan Kişi	Yalnız	54	14,4
	Eşi ile	226	60,1
	Kızı ile	53	14,1
	Oğlu ile	43	11,4
Çocuk Sayısı	0-1	110	29,3
	2-3	199	53,0
	4 ve üzeri	67	17,7
Sağlık Durumu	Sağlıklı hissediyorum	252	67,0
	Hasta hissediyorum	124	33,0
Şeker Hastalığı	Yok	163	43,4
	Var	213	56,6
Yüksek Tansiyon	Yok	173	46,0
	Var	203	54,0
Kalp Rahatsızlığı	Yok	311	82,7
	Var	65	17,3
Böbrek Yetmezliği	Yok	364	96,8
	Var	12	3,2
Bel Fıtığı	Yok	354	94,1
	Var	22	5,9
Kısmi Felç	Yok	368	97,9
	Var	8	2,1
Astım	Yok	358	95,2
	Var	18	4,8
Kanser	Yok	364	96,8
	Var	12	3,2
Sağlıklı	Hayır	370	98,4
	Evet	6	1,6
Sosyal Güvence	Var	328	87,2
	Yok	48	12,8
Aylık Gelir	1000 TL'den az	76	20,2
	1000-1999 TL	146	38,8
	2000-3999 TL	127	33,8
	4000 TL ve üstü	27	7,2
Yalnızlık Düzeyi	Yalnız değil	205	54,5
	Kabul edilebilir yalnızlık	83	22,1
	Çok yalnız	53	14,1
	Çok yoğun yalnızlık	35	9,3
Toplam		376	100,0

• Araştırmaya katılanların %56,6'sının kadın, %43,4'ünün erkek olduğu görülmektedir.

• %57,2'sinin 65-69 yaş aralığında, %24,7'sinin 70-74 yaş, %18,1'inin 75 ve üstü olduğu görülmüştür.

• Katılımcıların %35,1'inin ilkokul, %22,3'ünün ortaokul, %20,7'sinin lise mezunudur.

• Araştırmaya katılanların %59,6'sının evli, %40,4'ünün dul/bekâr olduğu görülmektedir.

• Katılımcıların %63,6'sının emekli, %23,7'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir.

• Ankete katılanların %60,1'i, eşi ile yaşamaktadır.

• Çocuk sayısına göre %29,3'ünün 0-1 çocuk; %53,0'ının 2-3 çocuğu olduğu görülmektedir.

• Sağlık durumuna göre; %67,0'ının sağlıklı hissettiği, %1,6'sının sağlıklı olduğu görülmektedir. Katılımcıların sahip olduğu kronik rahatsızlıklar aşağıda tabloda gösterilmektedir.

Tablo 5. 3: Bireylerin Kronik Hastalıklarına Ait Oranlar

%56,6	Şeker hastası
% 54,0	Yüksek tansiyon
% 17,3	Kalp rahatsızlığı
%5,9	Bel fıtığı
%4,8	Astım
%3,2	Böbrek yetmezliği
%3,2	Kanser
%2,1	Kısmi felç

• Katılımcıların %38,8'inin 1000-1999 TL, %33,8'inin 2000-3999 TL, %20,2'sinin 1000 TL'den az aylık gelire sahip olduğu;

• Katılımcıların yalnızlık düzeylerine bakıldığında %54,5'inin yalnızlık duygusuna sahip olmadığı, %22,1'inin kabul edilebilir yalnızlık duygusu olduğu, %14,1'inin çok yalnız, %9,3'ünün çok yoğun yalnızlık düzeylerinde oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 5. 4: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları

	Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok fazla		Aşırı Derecede	
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%
Soru 1	199	52.9	64	17.0	19	5.1	67	17.8	27	7.2
Soru 2	208	55.3	55	14.6	21	5.6	64	17.0	28	7.4
Soru 3	17	3.7	78	20.7	45	12.0	161	42.8	78	20.7
Soru 4	31	8.2	94	25.0	65	17.3	127	33.8	59	15.7
Soru 5	2	0.5	55	14.6	69	18.4	174	46.3	76	20.2
Soru 6	159	42.3	115	30.6	41	10.9	55	14.6	6	1.6
Soru 7	130	34.6	137	36.4	42	11.2	60	16.0	7	1.9
Soru 8	226	60.1	84	22.3	20	5.3	42	11.2	4	1.1
Soru 9	78	20.7	138	36.7	43	11.4	99	26.3	18	4.8
Soru 10	205	54.5	55	14.6	20	5.3	73	19.4	23	6.1
Soru 11	17	4.5	89	23.7	56	14.9	148	39.4	66	17.6
Soru 12	26	6.9	95	25.3	87	23.1	119	31.6	49	13.0
Soru 13	3	0.8	49	13.0	70	18.6	179	47.6	75	19.9
Soru 14	17	4.5	79	21.0	71	18.9	145	38.6	64	17.0
Soru 15	19	5.1	84	22.3	84	22.3	141	37.5	48	12.8
Soru 16	12	3.2	71	18.9	73	19.4	157	41.8	63	16.8
Soru 17	21	5.6	81	21.5	67	17.8	154	41.0	53	14.1
Soru 18	15	4.0	55	14.6	54	14.4	165	43.9	87	23.1
Soru 19	1	0.3	30	8.0	38	10.1	173	46.0	134	35.6
Soru 20	36	9.6	95	25.3	11	2.9	86	22.9	148	39.4
Soru 21	1	0.3	75	19.9	48	12.8	163	43.4	89	23.7
Soru 22	1	0.3	49	13.0	40	10.6	179	47.6	107	28.5
Soru 23	1	0.3	39	10.4	38	10.1	192	51.1	106	28.2
Soru 24	1	0.3	48	12.8	51	13.6	181	48.1	95	25.3

• Tablo 5.4. incelendiğinde; katılımcıların %52,9'unun, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede duyularındaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamını hiç etkilememektedir.

• Katılımcıların %55,3'ünün, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede duyularındaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) kayıplar günlük faaliyetlere katılımını hiç etkilememektedir.

• Katılımcıların %42,8'i, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede kendi kararlarını kendileri verme konusunda çoğunlukla özgürdür.

• Katılımcıların %33,8'i, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede çoğunlukla geleceğini kontrol etme inancındadır.

• Katılımcıların %46,3'ü, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede çoğunlukla çevredeki kişilerin özgürlüklerine saygı gösterdiği kanısındadır.

• Katılımcıların %42,3'ü, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede nasıl

öleceği konusunda hiç kaygılanmamaktadır.

- Katılımcıların %36,4'ü, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede ölümünü kontrol etme şansının olmaması durumunda çok az korkmaktadır.

- Katılımcıların %60,1'i, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede ölümden hiç korkmamaktadır.

- Katılımcıların %36,7'si, seçme özgürlüğü ve hayatlarını kontrol etmede ölmeden önce aç çekmekten çok az korkmaktadır.

- Katılımcıların %54,5'i, günlük hayata katılımı duyularındaki (işitme, görme, koklama, tat alma, dokunma) sorunlar başkalarıyla ilişki kurmalarını hiç etkilememektedir.

- Katılımcıların %39,4'ü, günlük hayata katılımı çoğunlukla yapmak istediklerini gerçekleştirdiği inancındadır.

- Katılımcıların %31,6'sı, günlük hayata katılımı başarılı hayat sürdürme imkânlarından çok memnundur.

- Katılımcıların %47,6'sı, günlük hayata katılımı saygınlığı çoğunlukla elde ettiğini düşünmektedir.

- Katılımcıların %38,6'sı, günlük hayata katılımı çoğunlukla her gün yeterince yapacak işi olduğunu düşünmektedir.

- Katılımcıların %37,5'i, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda çoğunlukla hayatta başardığı şeylerden epeyce hoşnut olmaktadır.

- Katılımcıların %41,8'i, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda çoğunlukla zamanını iyi kullanmaktadır.

- Katılımcıların %41,0'ı, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda çoğunlukla yaptıkları faaliyetlerden memnun olduklarını belirtmektedir.

- Katılımcıların % 43,9'u, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda çoğunlukla toplumsal faaliyetlerine katılma imkânlarından memnun olduklarını belirtmektedir.

• Katılımcıların %46,0'ı, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda çoğunlukla hayatlarında bir şey bekleyebilmekten, umutlu olabilmekten memnun olmaktadır.

• Katılımcıların %39,4'ü, günlük yaşantısında mutlu ve iyi hissetme durumunda duyularındaki işlevleri (işitme, görme, koklama, tat alma, dokunma) çok iyidir.

• Katılımcıların %43,4'ü, sahip oldukları dostluk ilişkileri incelendiğinde çoğunlukla yaşamlarında dostluk ve arkadaşlık duygusunu yaşamaktadır.

• Katılımcıların %47,6'sı, sahip oldukları dostluk ilişkileri incelendiğinde çoğunlukla hayatlarında sevgiyi yaşayabilmekte ve hissedebilmektedir.

• Katılımcıların %51,1'i, sahip oldukları dostluk ilişkileri incelendiğinde çoğunlukla insanları sevebilme imkânlarının olduğunu belirtmektedir.

• Katılımcıların %48,1'i, sahip oldukları dostluk ilişkileri incelendiğinde çoğunlukla insanlar tarafından sevildiklerini düşünmektedir.

Tablo 5. 5: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları

	Hiç Yapamıyor		Yardımla Yapıyor		Bağımsız Yapıyor	
	n	%	n	%	n	%
Yıkama	7	1.9	18	4.8	351	93.4
Giyinme	0	0.0	22	5.9	354	94.1
Tuvalet İhtiyacı	4	1.1	26	6.9	346	92.0
Transfer	5	1.3	32	8.5	339	90.2
Kontinans	0	0.0	36	9.6	340	90.4
Beslenme	0	0.0	5	1.3	371	98.7

Tablo 5.5. incelendiğinde katılımcıların, büyük çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerini kendilerinin yaptığı (bağımsız) görülmektedir.

Tablo 5. 6: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğine Ait Maddelerin Dağılımları

	Evet		Olabilir		Hayır	
	n	%	N	%	n	%
Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	314	83.5	5	1.3	57	15.2
Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özledim.	134	35.6	34	9.0	208	55.3
Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	135	35.9	17	4.5	224	59.6
Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	255	67.8	23	6.1	98	26.1
Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özledim.	146	38.8	29	7.7	201	53.5
Çevremdeki tanıdık ve dostlarımda çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	92	24.5	20	5.3	264	70.2
Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	209	55.6	21	5.6	146	38.8
Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	298	79.3	20	5.3	58	15.4
Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özledim.	123	32.7	34	9.0	219	58.2
Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	37	9.8	21	5.6	318	84.6
Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	252	67.0	44	11.7	80	21.3

• Tablo 5.6. incelendiğinde katılımcıların %83,5'i, günlük sorunlarını konuşabileceği birilerinin olduğunu düşünmektedir.

• Katılımcıların %55,3'ü, yakın bir arkadaşına sahip olmayı özlemediğini çevresinde arkadaşlarının olduğunu düşünmektedir.

• Katılımcıların, %59,6'sı, hayatlarında genel bir boşluk duygusu hissetmemektedir.

• Katılımcıların %67,8'i, bir problemin olması durumunda destek alacağı birçok kişinin olduğunu düşünmektedir.

• Katılımcıların %53,5'i, başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özlememektedir.

• Katılımcıların %70,2'si, çevresindeki dost ve tanıdıklarının sayısının çok fazla

olduğunu düşünmektedir.

- Katılımcıların %55,6'sı, güvenebileceği birçok kişinin olduğunu düşünmektedir.
- Katılımcıların %79,3'ü, kendini yakın hissettiği birçok kişinin olduğunu düşünmektedir.
- Katılımcıların %58,2'si, etrafında çok sayıda insan olduğu durumları özlemediğini düşünmektedir.
- Katılımcıların %84,6'sı, reddedilme durumlarının olmadığını düşünmektedir.
- Katılımcıların %67,0'ı, ihtiyaç halinde arkadaşlarını arayıp, görüştiklerini belirtmektedir.

Tablo 5.7: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyette Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	U	P
Duyusal Yetiler	Kadın	213	179,09	15355,50	0,049*
	Erkek	163	200,79		
Özerklik	Kadın	213	146,50	8412,50	0,000*
	Erkek	163	243,39		
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Kadın	213	150,17	9194,50	0,000*
	Erkek	163	238,59		
Sosyal Katılım	Kadın	213	158,38	10943,50	0,000*
	Erkek	163	227,86		
Ölüm ve Ölmek	Kadın	213	182,04	15984,00	0,185
	Erkek	163	196,94		
Yakınlık	Kadın	213	178,10	15144,50	0,028*
	Erkek	163	202,09		
WHOQOL-OLD	Kadın	213	157,51	10758,50	0,000*
	Erkek	163	229,00		
KGYA	Kadın	213	186,86	17011,00	0,578
	Erkek	163	190,64		

* $p < 0,05$;

H1: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden cinsiyete göre farklılık vardır.

Tablo 5.7. incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuca göre erkeklerin duygusal yetileri, özerkliği, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri, sosyal katılımı, yakınlığı ve WHOQOL-OLD yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyete göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

Tablo 5. 8: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Yaş	N	Sıra Ortalaması	X2	p	Bonferroni
Duyusal Yetiler	65-69 (1)	215	240,82	160,219	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	162,41			2>3
	75 ve üstü (3)	68	58,75			
Özerklik	65-69 (1)	215	223,68	96,681	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	189,37			2>3
	75 ve üstü (3)	68	76,08			
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	65-69 (1)	215	221,52	83,487	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	188,35			2>3
	75 ve üstü (3)	68	84,32			
Sosyal Katılım	65-69 (1)	215	227,57	107,158	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	182,78			2>3
	75 ve üstü (3)	68	72,78			
Ölüm ve Ölmek	65-69 (1)	215	177,93	16,240	0,000*	
	70-74 (2)	93	227,19			2>3; 2>1
	75 ve üstü (3)	68	169,02			
Yakınlık	65-69 (1)	215	226,11	102,108	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	181,32			2>3
	75 ve üstü (3)	68	79,40			
WHOQOL-OLD	65-69 (1)	215	231,11	127,757	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	183,66			2>3
	75 ve üstü (3)	68	60,40			
KGYA	65-69 (1)	215	206,68	61,053	0,000*	1>2; 1>3
	70-74 (2)	93	184,84			2>3
	75 ve üstü (3)	68	136,01			

* p<0,05;

H2: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden yaşa göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların yaşa göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05).

• Duyusal yetiler alt boyutunda, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu görülmektedir. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu görülmektedir. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Ölüm ve ölmek alt boyutunda, 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 65-69 yaş aralığındaki katılımcılara ve 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- WHOQOL-OLD ölçeğinde, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- KGYA ölçeğinde, 65-69 yaş aralığındaki katılımcıların, 70-74 ile 75 ve üstü katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 70-74 yaş aralığındaki katılımcıların 75 ve üstü yaş aralığında olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 9: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	X ²	p	Bonferroni
Duyusal Yetiler	Okuryazar değil (1)	34	64,18	77,957	0,000*	
	İlkokul (2)	132	164,91			2>1
	Ortaokul (3)	84	212,64			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	227,33			4>1; 4>2
	Üniversite (5)	48	236,07			5>1; 5>2
Özerklik	Okuryazar değil (1)	34	63,93	105,867	0,000*	
	İlkokul (2)	132	153,73			2>1
	Ortaokul (3)	84	197,26			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	242,92			4>1; 4>2
	Üniversite (5)	48	268,58			5>1; 5>2; 5>3
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Okuryazar değil (1)	34	73,81	106,678	0,000*	
	İlkokul (2)	132	148,33			2>1
	Ortaokul (3)	84	199,23			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	243,17			4>1; 4>2
	Üniversite (5)	48	272,60			5>1; 5>2; 5>3
Sosyal Katılım	Okuryazar değil (1)	34	64,32	105,288	0,000*	
	İlkokul (2)	132	151,95			2>1
	Ortaokul (3)	84	201,14			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	250,91			4>1; 4>2; 4>3
	Üniversite (5)	48	253,44			5>1; 5>2
Ölüm ve Ölmek	Okuryazar değil	34	172,37	9,287	0,054	
	İlkokul	132	207,37			-
	Ortaokul	84	192,87			
	Lise	78	163,79			
	Üniversite	48	180,55			
Yakınlık	Okuryazar değil (1)	34	75,79	75,851	0,000*	
	İlkokul (2)	132	160,74			2>1
	Ortaokul (3)	84	210,25			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	230,19			4>1; 4>2
	Üniversite (5)	48	238,88			5>1; 5>2
WHOQOL-OLD	Okuryazar değil (1)	34	57,51	105,890	0,000*	
	İlkokul (2)	132	153,20			2>1
	Ortaokul (3)	84	206,90			3>1; 3>2
	Lise (4)	78	238,79			4>1; 4>2
	Üniversite (5)	48	264,43			5>1; 5>2; 5>3
KGYA	Okuryazar değil (1)	34	128,60	38,788	0,000*	
	İlkokul (2)	132	183,78			2>1
	Ortaokul (3)	84	194,90			3>1
	Lise (4)	78	207,42			4>1
	Üniversite (5)	48	201,96			5>1

* p<0,05;

H3: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden eğitim durumuna göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

• Üniversite mezunu grubun duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, yakınlık ve WHOQOL-OLD yaşam kalitesi olarak diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Lise mezunu grubun sosyal katılım ve KGYA'sı diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

• Kruskal Wallis H testine göre farklılık yaratan gruplar Bonferroni testi ile tespit edilmiştir. Sonuçlara göre Duyusal yetiler alt boyutunda, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

• Özerklik alt boyutunda, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

• Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu lise olan katılımcıların, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- WHOQOL-OLD ölçeğinde, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ilkokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- KGYA ölçeğinde, eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan katılımcıların, eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 5.10: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre Farklılaşım Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	U	P
Duyusal Yetiler	Evli	224	221,19	9701,00	0,000*
	Dul/bekâr	152	140,32		
Özerklik	Evli	224	210,77	12035,50	0,000*
	Dul/bekâr	152	155,68		
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Evli	224	213,68	11384,00	0,000*
	Dul/bekâr	152	151,39		
Sosyal Katılım	Evli	224	219,94	9981,00	0,000*
	Dul/bekâr	152	142,16		
Ölüm ve Ölmek	Evli	224	185,46	16343,00	0,507
	Dul/bekâr	152	192,98		
Yakınlık	Evli	224	226,91	8421,00	0,000*
	Dul/bekâr	152	131,90		
WHOQOL-OLD	Evli	224	222,63	9378,50	0,000*
	Dul/bekâr	152	138,20		
KGYA	Evli	224	203,13	13747,00	0,000*
	Dul/bekâr	152	166,94		

* $p < 0,05$;

H4: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden medeni durumuna göre farklılık vardır.

- Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşım farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Katılımcıların medeni duruma göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

- Sonuca göre evlilerin duygusal yetileri, özerkliği, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri, sosyal katılımı, yakınlığı, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ve KGYA'sı dul/bekârlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Katılımcıların medeni duruma göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

Tablo 5. 11: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Mesleğine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Meslek	N	Sıra Ortalaması	X2	P	Bonferroni
Duyusal Yetiler	Ev kadını (1)	89	137,08	35,753	0,000*	
	Emekli (2)	239	196,81			2>1
	Esnaf (3)	27	230,13			3>1
	Çiftçi (4)	21	258,31			4>1
Özerklik	Ev kadını (1)	89	88,19	122,561	0,000*	
	Emekli (2)	239	206,97			2>1
	Esnaf (3)	27	262,28			3>1
	Çiftçi (4)	21	308,57			4>1; 4>2
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Ev kadını (1)	89	87,41	118,281	0,000*	
	Emekli (2)	239	210,20			2>1
	Esnaf (3)	27	238,56			3>1
	Çiftçi (4)	21	305,62			4>1; 4>2
Sosyal Katılım	Ev kadını (1)	89	104,15	94,002	0,000*	
	Emekli (2)	239	202,17			2>1
	Esnaf (3)	27	252,33			3>1
	Çiftçi (4)	21	308,33			4>1; 4>2
Ölüm ve Ölmek	Ev kadını (1)	89	169,06	17,972	0,000*	
	Emekli (2)	239	199,83			2>4
	Esnaf (3)	27	213,17			3>4
	Çiftçi (4)	21	110,29			
Yakınlık	Ev kadını (1)	89	145,22	24,369	0,000*	
	Emekli (2)	239	196,91			2>1
	Esnaf (3)	27	212,57			3>1
	Çiftçi (4)	21	245,24			4>1
WHOQOL-OLD	Ev kadını (1)	89	99,24	91,399	0,000*	
	Emekli (2)	239	206,15			2>1
	Esnaf (3)	27	255,96			3>1
	Çiftçi (4)	21	279,17			4>1; 4>2
KGYA	Ev kadını (1)	89	172,51	11,261	0,000*	
	Emekli (2)	239	189,95			
	Esnaf (3)	27	208,17			
	Çiftçi (4)	21	214,50			4>1

* p< 0,05

H5: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden mesleğine göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının mesleğine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların mesleğine göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir

- Çiftçi olan grubun duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, yakınlık, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ve KGYA olarak diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Esnaf olan grubun ölüm ve ölmek düzeyi diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kruskal Wallis H testine göre farklılık yaratan gruplar Bonferroni testi ile tespit edilmiştir. Sonuçlara göre duygusal yetiler alt boyutunda, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği çiftçi olan katılımcıların, mesleği emekli olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği çiftçi olan katılımcıların, mesleği emekli olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği çiftçi olan katılımcıların, mesleği emekli olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Ölüm ve ölmek alt boyutunda, mesleği emekli ve esnaf olan katılımcıların, mesleği çiftçi olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- WHOQOL-OLD ölçeğinde, mesleği emekli, esnaf ve çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği çiftçi olan katılımcıların, mesleği emekli olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- KGYA ölçeğinde, mesleği çiftçi olan katılımcıların, mesleği ev kadını olan

katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 12: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşadığı Kişiye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Yaşadığı Kişi	N	Sıra Ortalaması	X2	P	Bonferroni
Duyusal Yetiler	Yalnız (1)	54	223,44	108,618	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	221,17			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	103,31			
	Oğlu ile (4)	43	77,88			
Özerklik	Yalnız (1)	54	251,85	91,583	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	210,05			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	117,62			
	Oğlu ile (4)	43	83,03			
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Yalnız (1)	54	230,65	77,330	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	213,23			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	120,32			
	Oğlu ile (4)	43	89,64			
Sosyal Katılım	Yalnız (1)	54	228,43	103,336	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	219,25			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	110,65			
	Oğlu ile (4)	43	72,70			
Ölüm ve Ölmek	Yalnız	54	189,93	0,731	0,866	
	Eşi ile	226	185,11			
	Kızı ile	53	193,11			
	Oğlu ile	43	198,11			
Yakınlık	Yalnız (1)	54	174,87	89,016	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	226,08			2>1; 2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	120,29			
	Oğlu ile (4)	43	92,16			
WHOQOL-OLD	Yalnız (1)	54	219,88	101,993	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	221,73			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	105,28			
	Oğlu ile (4)	43	77,01			
KGYA	Yalnız (1)	54	204,47	59,662	0,000*	1>3; 1>4
	Eşi ile (2)	226	203,23			2>3; 2>4
	Kızı ile (3)	53	153,02			
	Oğlu ile (4)	43	134,76			

* p<0,05;

H6: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden ailede kiminle yaşadığına göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının yaşadığı kişiye göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal

Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların yaşadığı kişiye göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

- Katılımcıların yaşadığı kişiye göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

- Yalnız olan grubun duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve KGYA olarak diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Eşi ile yaşayan grubun yakınlık ve WHOQOL-OLD yaşam kalitesi diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kruskal Wallis H testine göre farklılık yaratan gruplar Bonferroni testi ile tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; Duyusal yetiler alt boyutunda, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yaşadığı kişi eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişinin oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

• WHOQOL-OLD ölçeğinde, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

• KGYA ölçeğinde, mesleği çiftçi olan katılımcıların, yaşadığı kişi yalnız ve eşi ile olan katılımcıların, yaşadığı kişi kızı ile ve oğlu ile olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 13: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sayısına Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Çocuk Sayısı	N	Sıra Ortalaması	X2	p	Bonferroni
Duyusal Yetiler	0-1 (1)	110	207,71	207,71	0,013*	1>3
	2-3 (2)	199	187,64	187,64		
	4 ve üstü (3)	67	159,51	159,51		
Özerklik	0-1 (1)	110	209,91	209,91	0,044*	1>3
	2-3 (2)	199	180,94	180,94		
	4 ve üstü (3)	67	175,81	175,81		
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	0-1	110	207,07	207,07	0,081	
	2-3	199	178,30	178,30		
	4 ve üstü	67	188,30	188,30		
Sosyal Katılım	0-1 (1)	110	210,10	210,10	0,039*	1>3
	2-3 (2)	199	181,45	181,45		
	4 ve üstü (3)	67	173,97	173,97		
Ölüm ve Ölmek	0-1	110	180,85	180,85	0,630	
	2-3	199	190,20	190,20		
	4 ve üstü	67	195,99	195,99		
Yakınlık	0-1	110	202,77	202,77	0,195	
	2-3	199	184,89	184,89		
	4 ve üstü	67	175,80	175,80		
WHOQOL-OLD	0-1	110	206,20	206,20	0,126	
	2-3	199	181,73	181,73		
	4 ve üstü	67	179,55	179,55		
KGYA	0-1	110	198,10	198,10	0,159	
	2-3	199	185,80	185,80		
	4 ve üstü	67	180,74	180,74		

* p<0,05;

H7: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden çocuk sayısına göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının çocuk sayısına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal

Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik ve sosyal katılım boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- Katılımcıların çocuk sayısına göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, ölüm ve ölmek ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). “Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.

- Duyusal yetiler alt boyutunda, çocuk sayısı 0-1 olan katılımcıların, çocuk sayısı 4 ve üzeri olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, çocuk sayısı 0-1 olan katılımcıların, çocuk sayısı 4 ve üzeri olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, çocuk sayısı 0-1 olan katılımcıların, çocuk sayısı 4 ve üzeri olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 14: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sağlık Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Sağlık Durum	N	Sıra Ortalaması	U	P
Duyusal Yetiler	Sağlıklı hissediyor	252	246,86	917,00	0,000*
	Hasta hissediyor	124	69,90		
Özerklik	Sağlıklı hissediyor	252	234,18	4111,50	0,000*
	Hasta hissediyor	124	95,66		
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Sağlıklı hissediyor	252	233,69	4236,50	0,000*
	Hasta hissediyor	124	96,67		
Sosyal Katılım	Sağlıklı hissediyor	252	237,90	3176,00	0,000*
	Hasta hissediyor	124	88,11		
Ölüm ve Ölmek	Sağlıklı hissediyor	252	180,39	13579,50	0,507
	Hasta hissediyor	124	204,99		
Yakınlık	Sağlıklı hissediyor	252	236,23	3596,00	0,000*
	Hasta hissediyor	124	91,50		
WHOQOL-OLD	Sağlıklı hissediyor	252	242,66	1976,00	0,000*
	Hasta hissediyor	124	78,44		
KGYA	Sağlıklı hissediyor	252	212,39	9603,50	0,000*
	Hasta hissediyor	124	139,95		

* $p < 0,05$;

H8: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden sağlık durumuna göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının sağlık durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Katılımcıların sağlık durumuna göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

• Sonuca göre sağlıklı hissedenlerin duygusal yetileri, özerkliği, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri, sosyal katılımı, yakınlığı, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ve KGYA'sı hasta hissedenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

• Katılımcıların sağlık durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

Tablo 5. 15: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sosyal Güvenceye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Sosyal Güvence	N	Sıra Ortalaması	U	P
Duyusal Yetiler	Var	328	195,39	5612,50	0,001*
	Yok	48	141,43		
Özerklik	Var	328	204,35	2672,00	0,000*
	Yok	48	80,17		
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Var	328	203,24	3037,50	0,000*
	Yok	48	87,78		
Sosyal Katılım	Var	328	201,63	3565,50	0,000*
	Yok	48	98,78		
Ölüm ve Ölmek	Var	328	190,40	7247,50	0,371
	Yok	48	175,49		
Yakınlık	Var	328	194,01	6066,00	0,008*
	Yok	48	150,88		
WHOQOL-OLD	Var	328	201,09	3743,00	0,000*
	Yok	48	102,48		
KGYA	Var	328	190,76	7131,00	0,079
	Yok	48	173,06		

* $p < 0,05$;

H9: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden sosyal güvence durumuna göre farklılık vardır.

- Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının sosyal güvenceye göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Katılımcıların sosyal güvenceye göre WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

- Sonuca göre sosyal güvencesi olanların duygusal yetileri, özerkliği, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteleri, sosyal katılımı, yakınlığı ve WHOQOL-OLD yaşam kalitesi sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Katılımcıların sosyal güvenceye göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

Tablo 5. 16: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Aylık Gelir	N	Sıra Ortalaması	X2	p	Bonferroni
Duyusal Yetiler	1000 TL'den az (1)	79	135,94	32,171	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	183,76			2>1
	2000-3999 TL (3)	127	221,54			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	206,65			4>1
Özerklik	1000 TL'den az (1)	79	88,90	115,432	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	176,31			2>1
	2000-3999 TL (3)	127	250,20			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	244,52			4>1; 4>2
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	1000 TL'den az (1)	79	94,55	112,330	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	171,79			2>1
	2000-3999 TL (3)	127	251,78			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	245,67			4>1; 4>2
Sosyal Katılım	1000 TL'den az (1)	79	110,39	79,612	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	174,14			2>1
	2000-3999 TL (3)	127	244,37			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	223,22			4>1
Ölüm ve Ölmek	1000 TL'den az	79	173,70	5,294	0,151	
	1000-1999 TL	146	184,02			
	2000-3999 TL	127	194,61			
	4000 TL ve üstü	27	225,67			
Yakınlık	1000 TL'den az (1)	79	151,15	26,112	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	175,40			
	2000-3999 TL (3)	127	222,75			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	203,35			
WHOQOL-OLD	1000 TL'den az (1)	79	106,83	89,717	0,000*	
	1000-1999 TL (2)	146	170,75			2>1
	2000-3999 TL (3)	127	247,91			3>1; 3>2
	4000 TL ve üstü (4)	27	234,93			4>1; 4>2
KGYA	1000 TL'den az (1)	79	168,63	16,563	0,001*	
	1000-1999 TL (2)	146	183,52			
	2000-3999 TL (3)	127	200,59			3>1
	4000 TL ve üstü (4)	27	214,50			4>1

* p<0,05;

H10: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden aylık gelir durumuna göre farklılık vardır.

• Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının aylık gelire göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların aylık gelire göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait

aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

- Katılımcıların aylık gelire göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

- Aylık geliri 2000-3999 TL olan grubun duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım yakınlık ve WHOQOL-OLD yaşam kalitesi olarak diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 4000 TL ve üstü grubun KGYA’sı diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kruskal Wallis H testine göre farklılık yaratan gruplar Bonferroni testi ile tespit edilmiştir. Sonuçlara göre duygusal yetiler alt boyutunda, aylık geliri 1000-1999 TL, 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL’den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 2000-3999 TL olan katılımcıların, aylık geliri 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, aylık geliri 1000-1999 TL, 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL’den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, aylık geliri 1000-1999 TL, 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL’den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, aylık geliri 1000-1999 TL, 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL’den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 2000-3999 TL olan katılımcıların, aylık geliri 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının

daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, aylık geliri 2000-3999 TL olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL'den az ve 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- WHOQOL-OLD ölçeğinde, aylık geliri 1000-1999 TL, 2000-3999 TL, ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL'den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık geliri 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000-1900 TL olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- KGYA ölçeğinde, aylık geliri 2000-3999 TL ve 4000 TL ve üzeri olan katılımcıların, aylık geliri 1000 TL'den az olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 17: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yalnızlık Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Yalnızlık Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	X2	p	Bonferroni
Duyusal Yetiler	Yalnız değil (1)	205	243,89	140,266	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	156,39			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	91,58			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	87,00			
Özerklik	Yalnız değil (1)	205	240,18	119,977	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	157,70			2>4
	Çok yalnız (3)	53	113,71			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	72,11			
Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler	Yalnız değil (1)	205	245,11	145,080	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	158,07			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	97,44			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	67,00			
Sosyal Katılım	Yalnız değil (1)	205	241,49	133,131	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	164,78			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	100,16			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	68,14			
Ölüm ve Ölmek	Yalnız değil	205	186,25	1,133	0,769	
	Kabul edilebilir yalnızlık	83	195,13			
	Çok yalnız	53	195,43			
	Çok yoğun yalnızlık	35	175,46			
Yakınlık	Yalnız değil (1)	205	246,04	165,310	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	162,96			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	88,55			

Tablo 5. 18: Araştırmaya Katılanların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri(KGYA) Ölçeğinin ve WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yalnızlık Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis H Testi Sonuçları (devamı)

	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	63,37			
WHOQOL-OLD	Yalnız değil (1)	205	252,35	176,252	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	149,86			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	85,57			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	62,03			
KGYA	Yalnız değil (1)	205	211,62	70,483	0,000*	1>2; 1>3; 1>4
	Kabul edilebilir yalnızlık (2)	83	179,38			2>3; 2>4
	Çok yalnız (3)	53	138,56			
	Çok yoğun yalnızlık (4)	35	150,31			

* p<0,05;

H11: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden yalnızlık düzeylerine göre farklılık vardır.

- Araştırmaya katılan yaşlıların KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarının yalnızlık düzeyine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların yalnızlık düzeyine göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği ve alt boyutlarından duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım ve yakınlık boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05).

- Katılımcıların yalnızlık düzeylerine göre KGYA ölçeğinin ve WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından ölüm ve ölmek boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05). **“Ölüm ve ölmek” alt boyutunda hipotezimiz reddedilmiştir.**

- Yalnız hissetmeyen grubun duygusal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, sosyal katılım, yakınlık, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ve KGYA olarak diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kruskal Wallis H testine göre farklılık yaratan gruplar Bonferroni testi ile tespit edilmiştir. Sonuçlara göre duygusal yetiler alt boyutunda, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık

düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Özerklik alt boyutunda, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler alt boyutunda, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Sosyal katılım alt boyutunda, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Yakınlık alt boyutunda, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

- WHOQOL-OLD ölçeğinde, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu

bulunmuştur.

- KGYA ölçeğinde, yalnızlık düzeyi yalnız hissetmeyen katılımcıların, yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık, çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi kabul edilebilir yalnızlık olan katılımcıların, yalnızlık düzeyi çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık olan katılımcılara göre puan sıra ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. 19: Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği
Yaşam Kalitesi Ölçeği	1.000	0.482	-0.720
P	-	0.000*	0.000*
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği		1.000	-0.367
P		-	0.000*
Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği			1.000
P			-

*p<0.05

H12: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi yönünden pozitif ilişki vardır.

H13: Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık düzeyleri yönünden negatif ilişki vardır.

H14: : Evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yalnızlık düzeyleri yönünden negatif ilişki vardır.

- Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki olup olmadığını test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi sonucuna göre, WHOQ-OLD yaşam kalitesi ölçeği ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.482$, $p<0.05$).

- WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği ile yaşlılar için yalnızlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.720$, $p<0.05$). KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile yaşlılar için yalnızlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.367$, $p<0.05$).

5.6. Tartışma

Çalışmamız yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen unsurların incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Literatürde yaşlılarda yaşam kalitesini sorgulayan, sosyal katılımı ve yalnızlık ilişkilerini etkileyen unsurları inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. DSÖ'nün çalışma konularının öncelikli olarak başında, hızla artmakta olan yaşlı nüfusun toplumsal aktivitelere katılımını araştırmaya tabii çalışmalar ve araştırmalar gelmektedir (Yücel, 2008: 99).

Araştırma grubunun cinsiyetine göre dağılımında kadınların %56.6 oranında olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde yaşlı nüfustaki erkek oranı %44.1, kadın oranı ise %55.9'dur. Çalışmamız ve yapılan benzer çalışmalarda yaşlı nüfusun cinsiyet dağılımı Türkiye ile uyum göstermektedir (Sözen, 2014: 35; Ekşioğlu Ahad, 2011: 63; Sarı, 2013: 34). Çalışmamızda erkek katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi kadın katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada kadın katılımcıların yaşam kalitesi erkek katılımcılara oranla daha yüksek bulunmuştur (Güngör-Tavşanlı vd., 2013: 96). Başka bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer bir sonuç olarak erkek katılımcıların yaşam kalitesi kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Aktaş vd., 2013: 69; Samancıoğlu Bağlama vd., 2019: 280). Yaşlı kadın nüfusunun, erkek nüfusundan oranla daha fazla olması ileri yaşlarda kadınların yaşam süresinin daha uzun olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunun yaşa göre incelendiğinde "65-69" yaş aralığı en fazla katılım gösterilen yaş grubudur. "75 ve üstü" en az katılımın sağlandığı yaş grubudur. Yaş arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu gözlem sonucu ülke geneli ve yapılan çeşitli çalışmalarla uyumludur (Özcebe vd., 2003: 23; Çalıştır vd., 2006: 32).

Araştırma grubunun eğitim durumu incelendiğinde Okuryazar olmayanların oranı %9, ilkokul % 35.1, ortaokul % 22.5, lise %20.7, üniversite mezunu oran ise %12,8 saptanmış ve eğitim durumu orta seviyede görülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalardan ortalama oran biraz üst seviyededir. Nazilli'de 65 yaş ve üstü nüfusun çoğunluk kesiminin emekli kesim olması önemli bir etkidir (Ulusel vd., 2004: 201; Çalıştır vd., 2006: 32; Sarı, 2013: 34; İlhan vd., 2016: 58).

Araştırmada grubun medeni durumu incelendiğinde evli %59.6, dul/bekâr %40.4 oranında tespit edilmiştir. Bulgularda gösterilmemekle birlikte erkek ölüm oranlarının

yüksekliği sonucu erkekler genellikle evliyken, kadınlar daha çok dul eğilimindedir. Bu bulgular yapılan farklı çalışmalarla uyum göstermektedir (Bayman, 2008: 60).

Araştırma grubunun meslek durumu incelendiğinde emekli %63.6 ve ev hanımı % 23.7 oranı yüksek görülmektedir. Kadınların aktif iş yaşamında bulunmamaktadırlar. Bu durum farklı çalışmalarda da benzer tespit edilmiştir (Özcebe vd., 2003: 23; Ulusel vd., 2004: 201; Yılmaz vd., 2018: 434).

Araştırma grubunun kiminle yaşadığı incelendiğinde bireyler, eşiyle %60.1 yaşamaktadır. Yalnız yaşama oranı ise %14.4'tür. Araştırmanın bulgusuna benzer Çalıştır çalışmasında eşiyle birlikte yaşayanların oranı % 63.6 ve yalnız yaşayanlar %13.3 oranında tespit edilmiştir (Çalıştır, 2006: 32).

Araştırma grubunun sağlık durumu incelendiğinde bireylerin % 67'si kendini sağlıklı hissetmektedir. Yaşlı bireylerde kronik rahatsızlıklardan en fazla şeker hastalığı %56.6 ve yüksek tansiyon %54.0 tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda en sık rastlanılan kronik rahatsızlıklar yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır (Çivi ve Tanrıku, 2000: 88; Özdemir vd., 2005: 91; Ünsal vd., 2010: 6).

Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıklar sonucu günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık görülmektedir ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan katılımcıların yaşam kalitesinin kronik hastalığı olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Altuğ vd., 2019: 57).

Araştırma grubunun sosyal güvence durumu incelendiğinde, sosyal güvencesi olanların oranı % 87.2 tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan grubun çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur. Yapılan araştırmalarda da bu durum gözlenmiştir (Bayman, 2008: 59).

Araştırma grubunun yalnızlık düzeyi incelendiğinde yalnızlık hissetmeyen bireylerin oranı %54.5, çok yoğun yalnızlık duygusu hisseden bireylerin oranı ise %9.3 olarak gözlemlenmiştir. Eşleri olmayan yaşlıların özellikle kadınların diğerlerine oranlara daha yalnız hissettiği ve daha izole bir yaşama yöneldiği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda da bu durum gözlenmiştir (Khorshid vd., 2004: 46; Danış, 2009: 75).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya genelinde yaşam süresinin artması sonucu yaşın ilerlemesiyle birlikte kronik hastalıkları olan bireylerin sayısındaki artış, yaşam kalitesinin yükseltilmesi konusunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, bireylerin günlük yaşamlarında bakıma muhtaç olmaması ve günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımsız olması gerekmektedir.

Araştırma sonucunda 65 yaş ve üstü 376 yaşlı bireyin, yarısından fazlasını kadın katılımcı; büyük çoğunluğun “65-69” yaş aralığında ve ilkokul mezunudur. Katılımcıların beşte üçünü evli ve eşiyle birlikte yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası iki ya da üç çocuk sahibi olduğu; beşte üçünden fazla kişinin sağlıklı hissettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin yarısından fazlası şeker ve hipertansiyon kronik hastalığına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yüksek oranda sosyal güvenceye sahip olduğu; aylık gelir aralıklarının 1000-1999 TL ve 2000-3999 TL arasında değişkenlik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası kendini yalnız hissetmediğini belirtmiştir.

Araştırmada, erkek yaşlı bireylerin yaşam kalitesi kadın yaşlı bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur. “65-69” yaş aralığında bulunan katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi daha yüksektir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kaliteleri seviyesi düşmektedir. Üniversite mezunu bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Lise mezunlarının ise günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve sosyal katılımının daha yüksek olduğu görülmüştür. Evli bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Çiftçi mesleğine sahip olan katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yaşam kaliteleri daha yüksek görülmüştür. Ayrıca esnaf olan katılımcıların ölümden daha fazla korktukları görülmüştür. Ev hanımlarının ise günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Tek başına yaşayan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, bağımsızlığı ve sosyal katılımı daha yüksek bulunmuştur. Eşi ile yaşayan bireylerin ise yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Tek çocuk sahibi bireylerin bağımsızlık durumu ve sosyal katılımı daha yüksek bulunmuştur. Kendini sağlıklı hisseden ve kronik rahatsızlığı olmayan katılımcıların günlük yaşama aktivitesi ve yaşam kalitesi hasta hissedenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aylık geliri “2000-3999” TL olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuş ve 4000 TL ve üstü gelire sahip olanların ise günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi daha yüksek

bulunmuştur. Yalnız hissetmeyen bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve yaşam kalitesi yalnızlık hisseden bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada varılan ana sonuç, bakıma muhtaç olmayan evinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşama aktivitelerini yerine getirmede bağımsız olması yaşam kalitesi seviyesini arttırmaktadır. Yalnızlık seviyesi azaldıkça, bireylerin günlük yaşama aktivitelerinin yerine getirme ve yaşam kalitesinin seviyesini arttırmaktadır. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle birlikte, kronik hastalıkların oluşması bireylerin bakıma muhtaç hissetmesini, günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı ya da bağımlı olma durumunu arttırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Alt gelir grubunda olan bireylerin sosyal katılım sağlama ve yaşam kalitesi daha düşük görülmektedir. Yaşın ilerlemesi, eğitim düzeyinin düşük olması, gelir durumlarının az olması, yalnızlık hissetmeleri gibi nedenler bireylerin daha çok çekirdek aile, arkadaş ve akraba ilişkilerine yönelmelerine neden olmaktadır. Bireyler bu süreçte kurumsal bakım yerine, daha çok evinde yaşlanmaya ve ihtiyacı olan bakımı evinde almayı tercih etmektedirler.

Çalışmamızın geneli değerlendirildiğinde, sosyal politikalar yönünden dezavantajlı grup olarak incelediğimiz yaşlılar, toplumun büyük bir kesimini oluşturmaktadır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan sağlık, fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıpların, yaşlı nüfusun karşı karşıya geldiği bakıma muhtaçlık ve sosyal rol kaybetme durumunu ön plana çıkarmaktadır. Oluşan bu durumlar artan yaşlı nüfusun sağlıklı olmasının, tecrübeleriyle topluma katkıda bulunmasının önündeki engel ve sıkıntıların önlenmesiyle mümkündür. Böylelikle bireylerin aktif yaşlanma süreçlerinin önündeki sorunların ve yaşlanmanın zorlayan taraflarının iyileştirilmesinde önemli bir yere sahiptir.

Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmesinde ise bireysel ve toplumsal ilişkiler rol oynamaktadır. Dolayısıyla bireysel ve toplumsal ilişkilerin iyi olma durumunun ilerletilmesi yaşam kalitesinin iyi bir göstergesidir. Yaşlanmayla bireylere sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlanması, sosyal ve kültürel referansları kullanma imkânı, yeterli seviyede gelir imkânı, toplumsal ve sosyal çevrede gereksinimlerine yönelik imkânı sağlamak yaşam kalitesinin yükseltilmesi için önemlidir. Böylece yaşam kalitesi düşüncesi toplumdaki bireyler için yaşlılığı ve yaşlanmayı bir *sorun* olarak algılamadan ziyade bir *fırsat ve imkân* olarak algılamının belirleyicilerini ortaya koyabilecek bir yaklaşımdır.

Bu araştırmadan elde edilen veriler sonucunda geliştirilen öneriler:

- Yaşlı kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olması değerlendirilerek kadınlara, özellikle ev hanımı grubundaki bireylere sosyal katılımı destekleyen programların oluşturulması, yeterli seviyede gelir imkânının sağlanması, yerel belediyeler tarafından halk eğitim kurslarında kadınlara yönelik çalışmaların yapılması ve okuryazar olmayan kadınlara eğitim desteği verilmesi,

- İleri yaştaki bireylerin evde bakım hizmetleri bağlamında yakın takibinin yapılması,

- Yaşlı bireylerin kronik rahatsızlıklara bağlı olarak yanlış ilaç ve reçete kullanımının doğru kullanımının sağlanması ve bilinçlendirilmesi,

- Tarım sektöründe yer alan yaşlıların finansal yönden desteklenmesi, tarım teknik ve teknolojilerin öğretilmesi,

- Tek başına yaşayan ya da yalnızlık hissedilen yaşlı bireylerin “Yaşam evi” projelerinden yararlanmaları yönünde desteklenmesi ve ülkemizde “Yaşam evi” projelerinin daha fazla şehirlerimizde hayata geçmesi,

- Yaşlıların boş vakitlerini spor ve kültürel aktivitelere katılımın sağlanması, yalnızlığı önleme düşüncesiyle sosyal medya ve teknolojinin öğretilmesi, yaşlı dostu şehirlerin oluşturulması, aktif yaşlanma evlerinin yaygınlaşması (Mersin), yaşam boyu öğrenmenin sağlanması için tazelenme üniversitelerinin artırılması (Akdeniz, İstanbul Nişantaşı, Alanya Hamdullah Emin Paşa, Ege, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi) sağlanmalıdır. (Tazelenme Üniversitesi, 2019).

7. KAYNAKLAR

- AB Bakanlığı/ Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı (2011). 2012 *Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu*. Ankara.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB] (2016). *Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*. ASPB Yayınları, Araştırma ve Politika Serisi No 42. Ankara.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019a). İstatistikler. Yaşlı Nüfusun Yerleşim Yerlerine Göre Sayısal Değerlendirilmesi. *2018 İl Yerleşim Yerleri*. 19 Nisan 2019 <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/5200/2018-il-yerlesim-yerleri.pdf> adresinden alınmıştır.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019b). İstatistikler. *Yaşlı Nüfusun Gelecek Yıl Tahminleri*. 19 Nisan 2019 tarihinde <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/5205/yasli-nufusun-gelecek-yil-tahminleri.pdf> adresinden alınmıştır.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019c). I. Yaşlılık Şûrası 20-22 Şubat. Yayınlar. *I. Yaşlılık Şûrası Sonuç Bildirisi*. 20 Nisan 2019 tarihinde <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/6168/i-yaslilik-surasi-sonuc-bildirisi.pdf> adresinden alınmıştır.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019d). Mevzuat. Yönergeler. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevlerine İlişkin Yönerge*. 10 Haziran 2019 tarihinde <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/24606> adresinden alınmıştır.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2019c, Mayıs). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın/ Kaynak. *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2019*. 20 Haziran 2019 tarihinde https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/6598/bu-iten_may%C4%B1s2019_20190624-1.pdf adresinden alınmıştır.
- Ak, M. (2016). Yaşlılık Olgusu Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1019-1028.
- Akçay, R. C. (2011). *Yaşlılık Kavramlar ve Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık*. (İkinci Baskı). İstanbul. Kriter Yayınları.
- Akgül, H. (2015). "Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği" nin Türk Kültürüne Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1), 34-45.
- Akgül, H. (2016). Yalnızlık Duygusu ve Ölçümü. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 273-289.
- Akoezer, M., Nuhurat, C., ve Say, Ş. (2011). Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Aile ve Toplum Dergisi*, 7(29), 103-128
- Aksüllü, N. (2002). *Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri İle Depresyon Arasındaki İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 76-84.
- Aktaş, D., Şahin, E. ve Terzioğlu, F. (2013). Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 65-71.
- Albayrak, E. T. ve Birinci, M. (2017). Sosyal Devlet Modelleri: Sosyal Demokrat Model: İsveç-Norveç Örneği. *Journal of Social Work*, 1(1), 64-100.
- Alptekin, D. (2011). *Gerontososyoloji Ekseninde Yaşlılık Sürecinin Sosyo - Ekonomik Boyutları. Yardım ve Dayanışma*, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Ankara. 2(3), 7-15.
- Altan, Ö. Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. *Kamu İş*, 7(2), 1-35.
- Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N. ve Cavlak, U. (2009). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):48-60
- Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B., & Hopkins, H. (2014). Environmental Influences on Healthy and Active Ageing: A Systematic Review. *Ageing & Society*, 34(4), 590-622.
- Arpacı, F. (2011). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayıncılık.
- Arslan, D. T. ve Ağırbaşı, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY VE DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. (13), 99-126.
- Aslan, D. (2009, Ekim). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı. Yazılı Bildiri. *Gazi Üniversitesi Yaşlı Kadın Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ankara, 1-6.
- Aslan, D. (2015, Kasım). Yaşlı Dostu Kentler. Sözel Bildiri. *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Bursa, 23-24.
- Avcı, K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 1-5.
- Ayan, S. (2014). *G-20 Süreci ve Aktif İstihdam Politikaları, Türkiye ve G-20 Ülkelerindeki Uygulamaların Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Ayhan, B. (2014). *Uzun Süreli Bakım Hizmetleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

- Babaeren, C. (2017). Uzun Ömürlü İnsanların Memleketi: Nazilli. *Cosmotürk*. 13 Temmuz 2019 tarihi 18.00'da <http://www.cosmoturk.com/kose-yazilari/cengiz-babaeren-uzun-omurlu-insanlarin-memleketi-nazilli-bbiig.html> adresinden alınmıştır.
- Bağdoğan, S. Y. (2017). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. Tokol, A. ve Alper, Y. (Editörler), *Sosyal Politika* içinde (439-456) (Sekizinci baskı). Bursa: Dora Yayıncılık.
- Bahar, G., Bahar, A. ve Savaş, H. A. (2006). Yaşlılık ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12). 85-98.
- Base de Dados Portugal Contemporaneo [PORDATA] (2019, Mart). *Ageing Index*. 17 Eylül 2018 tarihinde <https://www.pordata.pt/en/Europe/Ageing+index-1609> adresinden alınmıştır.
- Başıyigit, R. (2019). *Demografik Yapı İçinde Yaşlı Nüfusun Görünümü ve Aktif Yaşlanma Yaklaşımı Perspektifinde Politika Örnekleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Bayın, G. (2016). Doğuştan ve İleri Yaşta Beklenen Yaşam Sürelerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(3), 93-103.
- Baysan, N. P. (2008). *Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.
- Biçer, H. (2002). *Sosyal Sorunlar Çerçevesinde Yaşlılar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Biçerli, M.K. (2005, Kasım). Aktif İstihdam Politikaları İşsizliği Azaltır mı?. *Çimento İşveren Dergisi*, 19(6), 1-15.
- Bilge, U., Elçioğlu, Ö., Ünalacak, M. ve Ünlüoğlu, İ. (2014). Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 3(1), 1-8.
- Bilgili, N., Kitiş, Y. ve Ayaz, S. (2012). Yaşlılarda Yalnızlık, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(1), 81-88.
- Bilir, N. (2007). *Sigara ve Yaşlanma. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam*. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. GEBAM, Ankara. 10 Haziran 2018 tarihinde http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf adresinden alınmıştır.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vazioğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T. G. (2005). Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25(5), 663-668.
- Boudiny, K. (2013). 'Active Ageing': From Empty Rhetoric to Effective Policy Tool. *Ageing and Society*, 33(6), 1077-1098.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is Successful Ageing and Who Should Define It?. *BMJ*, 331(7531), 1548-1551.

- Bulut, Ü. ve Özçakar, N. (1999). Nasıl Yaşlanıyoruz?. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 1-5.
- Buz, S. (2015). Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 14(53), 268-278.
- Canatan, A. (2018a). Gerontolojiye Giriş. Özmete, E. ve Canatan A. (Editörler), *Temel Gerontoloji* içinde (14-24). Ankara: Hedef Yayıncılık.
- Canatan, A. (2018b). Türkiye'de Profesyonel Yaşlı Bakımı. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji* içinde (187-201) (İkinci Cilt). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ceylan, H. (2015). *Yaşlılık ve Refah Devleti*. İstanbul: Açılım Kitap Yayıncılık.
- Chan, Y. (2003). Biostatistics 101:Data Presentation. *Singapore Medical Journal*, 44(6), 280-285.
- Creswell, J. W. (2017). Araştırma Yaklaşımının Seçimi. (Çev. Bütün, M.). Demir, S. B. (Ed.), *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları* içinde (1-22). Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık (Eserin orijinali 4. baskı olarak 2014'te yayımlandı).
- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H. ve Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1), 30-33.
- Çam, C., Atay E. ve Işıklı B. (2018). Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(2):50-67.
- Çifçili, S. (2012). Aktif Yaşlanma: Fiziksel Boyut. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 6-12.
- Çivi, S. ve Tanrıkulu, M. Z. (2000). Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. *Geriatry*, 3(3), 85-90.
- Çolak, M. ve Özer, Y. E. (2015). Sosyal Politika Anlamında Aktif Yaşlanma Politikalarının Ulusal ve Yerel Düzeydeki Analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 115-124.
- Danış, M. Z. (2009). Türkiye'de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 67-83.
- Demir, I. (2017). Mizah Dergilerinde Yaş Ayrımcılığının Yeniden Üretimi. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 57-75.
- Demirbilek, S. (2005). *Sosyal Güvenlik Sosyolojisi*. İstanbul: Legal Yayıncılık.
- Demirbilek, T. ve Öktem Özgür, A. (2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(1), 14-28.

- Demirkıran, S. (2012). *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demirtaş, Ş., Güngör, C. ve Demirtaş, R. N. (2017). Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 100-108.
- DENGE. (2016). Uzun ve Sağlıklı Yaşam Şehri “Nazilli”. *Güncel*. 20 Temmuz 2019 tarihinde <http://www.aydindenge.com.tr/guncel/20/06/2016/uzun-ve-saglikli-yasam-sehri-nazilli> adresinden alınmıştır.
- Devlet Planlama Teşkilatı [DPT] (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 2001-2005*. Ankara. 20 Haziran 2019 tarihinde <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden alınmıştır.
- Doğanlı, B. (2017). Geç Yaşlanma Algısının Turizm Gelirlerini Artırmada Şehir Marka İmajına Getirileri: Nazilli İlçesi Örneği”. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(16), 505-522.
- Dong, X.Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.
- Ekşioğlu Ahad, Y. (2016). *Yaşlıların Yalnızlık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erden, Ş. ve Boz, H. (2018). Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 71(3), 100- 105.
- Eser, E., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL- OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 37-48.
- Eurostat (2018, Ağustos). *European Commission. Life Expectancy at Birth By Sex*. 15 Eylül 2018 tarihinde https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10 adresinden alınmıştır.
- Eurostat (2019, Haziran). *Population by Age Group 2018*. 19 Eylül 2018 tarihinde <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en> adresinden alınmıştır.
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.
- Frerichs, F. (2017). Yaşlı İşçiler. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji içinde* (467-490). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gökbunar, A. R., Uğur, A. ve Duramaz, S. (2016). Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(1):12, 109-122.

- Görgün Baran, A. (2016). Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık. Ceylan, H. (Editör), *Yaşlılık Sosyolojisi* içinde (77-96). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Görgün Baran, A. (2018). Demografya I. Özmete, E. ve Canatan A. (Editörler), *Temel*
- Gülhan, R. (2013). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek Sayı 2), 99-105.
- Gündoğan, N. (2001). İşgücünün Yaşlanması ve İşgücü Piyasalarına Etkileri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 56(4), 95-108.
- Güngör Tavşanlı, N., Özçelik, H. ve Karadakovan, H. (2013). Ağrısı Olan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ağrı*, 25(3), 93-100.
- Günsoy, G. ve Tekeli S. (2015). Nüfusun Yaşlanması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 48(1), 35-87.
- Gürsoy Çuhadar, S. ve Lordoğlu, K. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma ve Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*,
- Heinze, G. R. (2017). Almanya'da Yaşlılar İçin Konut ve Yaşam Alanları. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji* içinde (315-332). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Heinze, G.R., Naegele, G. & Schneiders, K. (2017). Bir Alman Vakası: "Aktif Yaşlanma" ve " Yaşlıların Üretkenliği İçin Yeni Bir Eylem Alanı Mı?. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji* içinde (411-439). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Hintistan, S. ve Pekmezci, H. (2016). Yaşlı Dostu Şehirler ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing*, 2(1), 11-16.
- İlhan, N., Arpacı, S., Havaoğlu, D., Kalyoncuoğlu, H. ve Sarı, P. (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Etkileyen Faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(2), 56-65.
- İlhan, N., Arpacı, S., Havaoğlu, D., Kalyoncuoğlu, H. ve Sarı, P. (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(2), 56-65.
- İnce, A. (2017). “Değer” ile “Sorun” Arasında Türkiye’de Yaşlılarla İlgili Toplumsal Değer Yargıları (Din Bilimleri Perspektifinden İnceleme). *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(36), 83-112.
- Kalınkara, V. (2010). Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Çevresinin Ergonomik Tasarımı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1), 54-64.
- Kalkınma Bakanlığı (2014). *Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014-2018*. Ankara. 10 Haziran 2019 tarihinde http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_Yaslanma.pdf adresinden alınmıştır.

- Kalkınma Bakanlığı [KB] (2013). *Onuncu kalkınma planı: 2014-2018*. Ankara. 20 Haziran 2019 tarihinde <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> adresinden alınmıştır.
- Kapar, R. (2003). Sosyal Korumanın Yaygınlaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 49-69.
- Karadağ, G ve Parlar Kılıç, S. (2018). Yaşlılarda Evde Bakım. *Türkiye Klinikleri Özel Sayı*. 4(1):89-96
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M.W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G. G. ve Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(1), 45-50.
- Kılavuz, M. A. (2005). Batı Kültüründe Yaşlanma Dönemi Yalnızlık Duygusunu Azaltma ve Arkadaş İlişkilerini Geliştirme Açısından Dinî Etkinliklerin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 14(2), 25-39
- Kılıç, Ü. ve Şelimen, D. (2017). Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 73-82.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Kutsal, Y. G. (2006). Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Turkish of Journal of Geriatrics*, 9(Özel Sayı), 37-44.
- Lirussi, F. (2011). WHO Strategy and Policies on Healthy Ageing and Well-Being of Elderly People. Özmete, E., Atlı, T., Boz, H., Akın, L., ve Gökbayrak, Ş. (Editörler), *Yaşlılar İçin Sosyal Politika Gündemi* içinde (51-73). Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
- Lum, T. Y. (2013). Advancing Research on Productive Aging Activities in Greater Chinese Societies. *Ageing International*, 38(2), 171-178.
- Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 39-45.
- Metin, B. (2016). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlanma Sorunu Yaşlanan Toplum ve Aktif Yaşlanma. Ankara: Gazi Yayıncılık.
- Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], (2011). *Aile ve Tüketici Hizmetleri Yaşlılık Süreci*. 762SHD030, Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı. 1-51.
- Milliyet Gazetesi (2012). 100 Yaş Üstü Ömür Nazilli'de Yaşanır. 13 Temmuz 2019 tarihi saat 17:45'de <http://www.milliyet.com.tr/pazar/100-yas-ustu-omur-nazilli-de-yasanir-1628671> adresinden alınmıştır.

- Milner, C. (2013, May/June). Building the Foundation for Active Aging. *The Journal on Active Aging*, 12(3), 42-55.
- Mollaoğlu, M. (2011). Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 181-186.
- Müftüler, H. G. (2018). Modern Toplumda Yaş ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 182-214.
- Naharcı, M. İ., ve Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), 437-444.
- Neideen, T. & Brasel, K. (2007). Understanding Statistical Tests, Original Reports. *Journal of Surgical Education*. 64(2), 93-96.
- Northern Ireland Executive, (2019). Consultations. *Active Ageing Strategy 2016-2021. Ireland*. 3-7. 10 Haziran 2019 tarihinde <https://www.communities-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/ofmdfm/active-ageing-strategy.pdf> adresinden alınmıştır.
- OECD (2017). *Pensions at A Glance 2017, How Does Japan Compare?*. 20 Haziran 2019 tarihinde <http://www.oecd.org/els/oecd-pensions-at-a-glance-19991363.htm> adresinden alınmıştır.
- OECD (2019). Data. *Employment Rate by Age Group*. 20 Haziran 2019 tarihinde <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm> adresinden alınmıştır.
- Oğlak, S. (2007a). *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye)*. İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, Ofset Matbaacılık.
- Oğlak, S. (2007b). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 100-108.
- Oğlak, S. (2011). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri. “İşGüç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(4), 115-130.
- Oğlak, S. (2017). Yaşlı Bakımında Görünmeyen İşgücü: Aile Bakımı ve Ekonomik Değeri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 73-87.
- Oğlak, S. (2018). 21. Yüzyılda Yaşlanma ve Aktif Yaşlanma. Özmete, E. ve Canatan A. (Editörler), *Temel Gerontoloji içinde* (222-240) . Ankara: Hedef Yayıncılık.
- Oğlak, S. ve Hussein, S. (2014). Elderly People Volunteering in Long-Term Care Facilities In İzmir, Turkey. “İşGüç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(3), 94-105.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2005). *The OECD Health Project. Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.

- Oswald, F., Wahl, H. W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., Sixsmith, J., Széman, Z., Tomson, S., & Iwarsson, S. (2007). Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist*, 47(1), 96-107.
- Öz, F. (2002). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.
- Özaydın, M. M., (2018). Yaşlı ve Ekonomi. Özmete, E. ve Canatan A. (Editörler), *Temel Gerontoloji içinde (14-24)* . Ankara: Hedef Yayıncılık.
- Özaydın, M. M., (2018). Yaşlı ve Ekonomi. Özmete, E. ve Canatan A. (Editörler), *Temel Gerontoloji içinde (168-186)* . Ankara: Hedef Yayıncılık.
- Özbek Yazıcı, S. ve Kalaycı, I. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.
- Özcan, M. (2010). *Aktif Yaşlanmaya Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özcebe, H., Sönmez, R., Atasoy, A., Dede, Ö., Demir, A., Fakıoğlu, E. ve Yılmaz, N. (2003). Ankara Gulveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Geriatrici*, 6(1). 22-26.
- Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A. ve Bakıcı, Z. (2005). Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3), 89-94.
- Özdemir, S. (2005). Sosyal Gelişim Düzeyleri Farklı Refah Devletlerinin Sınıflandırılması Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Social Policy Conferences*, 49(0), 232-266.
- Özdemir, Z. (2018). Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 60-68.
- Özen, S. ve Özbek, Ç. (2017). Çalışma Yaşamında Yaşlılık: Yaşlı Çalışanlar ve İnsan Kaynakları Uygulamaları. *Çalışma ve Toplum*. 2(53), 547-572.
- Özkan Pehlivanoglu, E. F., Özkan, M. U., Balcıoğlu, H., Bilge, U. ve Ünlüoğlu, İ. (2018). Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*, (2), 219-223.
- Öztop, H., Şener, A. ve Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(1), 39-49.
- Paksoy Erbaydar, N. (2009). Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(1), 20-25.
- Parlak Demir, Y. (2018). Kendi Evinde Yaşayan ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin, Depresyon Düzeylerinin ve Sosyal İzolasyon Durumlarının Karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(1), 19-27.

- Powell, J. L. (2014). Towards a Globalization of Aging. *Canadian Journal of Sociology/Chaiers Canadiens de Sociologie*, 39(2), 255-268.
- Sabah Gazetesi (2017). Asırlık Yaşamın Sırrı: Şükür ve Beslenme. 13 Temmuz 2019 tarihi saat 17.78'de <https://www.sabah.com.tr/yasam/2017/11/16/asirlik-yasamin-sirri-sukur-ve-beslenme> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı [SB] (2019a). 27.02.2015 tarihli Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete. 10 Haziran 2019 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> adresinden alınmıştır.
- Salar, S., Günal, A., Pekçetin, S., Huri, M., Mehr, B. K., Katırcıbaşı, G., ve Uyanık M. (2016). Yaşlılarda Aktivite, Çevre ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 89-96.
- Samancı, O. ve Ocakçı, E. (2017). Hayat Boyu Öğrenme. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(24), 711-722.
- Samancıoğlu Bağlama, S., Bakır, E., Köleoğlu, Ş., Dişli, E. ve Çırak, K. (2019). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi?. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 277-281.
- Sarı, E. (2013). *Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- SB (2019b). 10.03.2005 tarihli Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. 10 Haziran 2019 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m> adresinden alınmıştır.
- Seedsman, T. (2018). Yaşlanma ve Engellilik: Yaşam Kalitesi Konularının ve Kamu Politikası İçin Zorlukların Ele Alınması. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji* içinde (221-245). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Serdar, A. B. (2017). Sosyal Politika Kavramı, Tarihsel Gelişimi ve Türkiye'de Sosyal Politika. Tokol, A. ve Alper, Y. (Editörler), *Sosyal Politika* içinde (1-76) (Sekizinci baskı). Bursa: Dora Yayıncılık.
- Sevil, H. T. (2005). *Yaşlılığın Sosyal Anatomisi*. Ankara: SABEV Yayınları.
- Seyyar, A. ve Orhan, S. (2008, Nisan). Sağlık Turizminde Yeni Küresel Eğilimler: Bakıma Muhtaç Yaşlı Almanların Sosyal Bakım Hizmetlerinin Türkiye'den Sağlanması. Yazılı Bildiri. III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, *Kongre Bildiri Kitabı*. Balıkesir. 5-11.
- Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK] (2019). Emeklilik. *Yaşlı Aylığı*. 20 Haziran 2019 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/yaslilik_ayligi/4a_hizmet_akdi adresinden alınmıştır.
- Soyuer, F. ve Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 219-224.

- Sözen, F. (2014). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sucuoğlu, N. (2012). *Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Şimşek, N., Küçük Öztürk, G. ve Yüceler Kaçmaz, H. (2018). Yaşlılık ve Yalnızlık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(58), 496-499.
- Tamer, G. M. (2013). Yaşam Boyu Öğrenme İçin Ulusal Yeterlilikler Çerçevesi: Avrupa ve Türkiye Örneği. *Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi*, 3(5), 43-54.
- Tarr, I. (2014). *Exploring Experiences of Active Ageing Among Older Residents in a Retirement Village*. Unpublished Doctoral Thesis, North-West University of the Potchefstroom Campus, South Africa.
- Taşçı, F. (2013). Türkiye'nin Refah Devleti Modelleri İçindeki Yeri: “Yaşlılık Algısı” Üzerine Değerlendirmeler. *İnsan ve Toplum*, 3(5), 5-36.
- Tazelenme Üniversitesi, (2019). *Kuruluş Öyküsü*. 17 Temmuz 2019 tarihinde <https://tazelenme.com/> adresinden alınmıştır.
- Tekin, Ç. S. ve Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1). 219-229.
- Tekin, N. (2018). Türkiye'de Geriatrik Hizmetler. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji içinde* (441-459) (İkinci Cilt). Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tel, H., Güler, N. ve Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, (2), 59-67.
- Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- Tufan, İ. (2001). Yaşlanan Dünyada Bir Delikanlı: Türkiye. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(3), 27-49.
- TÜİK (2019a). Konularına Göre İstatistikler. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. 3 Temmuz 2019 tarihinde <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> adresinden alınmıştır.
- TÜİK (2019b, Şubat). Haber Bülteni. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2018*. 19 Nisan 2019 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30709> adresinden alınmıştır

- TÜİK (2019c, Haziran). Haber Bülteni. *Ölüm İstatistikleri 2018*. 15 Eylül 2018 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30701> adresinden alınmıştır.
- TÜİK (2019d, Mart). Haber Bülteni. *İstatistiklerle Yaşlılar 2018*. 19 Nisan 2019 tarihinde <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699> adresinden alınmıştır.
- TÜİK (2019e, Mayıs). Haber Bülteni. *Doğum İstatistikleri 2018*. 15 Şubat 2019 tarihinde <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30696> adresinden alınmıştır.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] (2018). Konularına Göre İstatistikler. Nüfus ve Demografi. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*. 24 Nisan 2018 tarihinde <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> adresinden alınmıştır.
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı [TÜSEB] (2018). Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. *TÜİK 2018 Yılı Doğum İstatistikleri*. 15 Eylül 2018 tarihinde https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/haber_detay.php?id=202 adresinden alınmıştır.
- Ulusel, B. Soyer, A. ve Uçku, R. (2004). Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 199-205.
- UNECE (2012, June). *Active Ageing*. UNECE Policy Brief on Ageing. No(13).
- UNECE (2013, August). *Abuse of Older Persons*. UNECE Policy Brief on Ageing, No(14).
- UNECE (2017, September). *Realizing the Potential of Living Longer*. UNECE Policy Brief on Ageing, No(19).
- United Nations [UN] (2013). *World Population Prospects The 2012 Revision, Volume 1: Comprehensive Tables*, New York. 14 Eylül 2018 tarihinde https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf adresinden alınmıştır.
- United Nations [UN] (2017a). *United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing 2017*. Interactive Data, Profiles of Ageing 2017. 19 Eylül 2018 tarihinde <https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2017/index.html> adresinden alınmıştır.
- United Nations [UN] (2017a). *United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing 2017*. 15 Eylül 2018 tarihinde <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2017.asp> adresinden alınmıştır.
- United Nations [UN] (2017b). United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. *World Population Prospects 2017. Life Expectancy*. 15 Eylül 2018 tarihinde <https://population.un.org/wpp/DataQuery/> adresinden alınmıştır.
- United Nations [UN] (2019). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision*. 15 Eylül 2018 tarihinde <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/> adresinden alınmıştır.

- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE] (2009, November). Mainstreaming Ageing. UNECE Policy Brief on Ageing, No(1).
- Üçok, A. (2018). Yaşlılıkta Aktivite Kuramı ile Yaşamdan Kopma Kuramının Karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(56), 451-456.
- Ünal, Ç. (2015). Türkiye Nüfusunun Yaşlanma Endeksi ve Potansiyel Destek Oranlarının Dağılımı. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(23), 235-249.
- Ünsal, A., Demir, G., Çoban Özkan, A. ve Gürol Aslan, G. (2010). Huzurevindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 5-10.
- Walker, A. (2018). Aktif Yaşlanma Kavramı. Tufan. İ. ve Durak. M. (Editörler), *Gerontoloji içinde (3-23) (İkinci Cilt)*. Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.
- WHO (1998). Fifty Facts From The World Health Report. 22 Kasım 2018 tarihinde https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1 adresinden alınmıştır.
- WHO (2007). *Global Age- Friendly Cities: A Guide*. WHO Publishing, Geneva. 10 Temmuz 2019 tarihinde https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/ adresinden alınmıştır.
- WHO (2010). *Population Ageing*. 27 Aralık 2017 tarihinde <https://www.who.int/features/qa/72/en/> adresinden alınmıştır.
- WHO (2015). *World Health Organization, World Report on Ageing and Health*, 15 Eylül 2018 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 adresinden alınmıştır.
- WHO (2018, Şubat). Newroom. *Fact Sheets. Detail. Ageing and Health*. 13 Haziran 2018 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> adresinden alınmıştır.
- Who Health Statistics (2009). *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. 44. 27 Haziran 2019 tarihinde https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf?ua=1 adresinden alınmıştır.
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization. 22 Şubat 2018 tarihinde <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> adresinden alınmıştır.
- Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı (2002, Nisan). *Uluslararası Eylem Planı*. 22 Kasım 2018 tarihinde <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf> adresinden alınmıştır.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri (Dördüncü baskı)*. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yıldız, R., Ömeroğlu, G., ve Terim, N. (2017). Yaşlı Penceresinden Yaşlı Ayrımcılığı: Bursa ve Yalova Örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 313- 329.
- Yıldız, S. (2017). Sosyal Bilimlerde Örnekleme Sorunu: Nicel ve Nitel Paradigmalarından Örnekleme Kuramına Bütüncül Bir Bakış. *Kesit Akademi Dergisi*, 3(11), 421-442.
- Yılmaz, F. ve Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Tarzının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 129-140.
- Yılmaz, N., Hazer, O. ve Öztürk, M. S. (2018). Intergenerational Solidarity and Life Satisfaction in Elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 429-437.
- Yücel, H. (2008) *Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması*. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yüceşahin, M. M. (2011). Küresel Bir Süreç Olarak Demografik Dönüşüm: Mekansal Bir Değerlendirme. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 9(1), 11-27.
- Zsarnoczky, M. (2016). *The New Hope for EU- Silver Economy*. 20 Haziran 2019 tarihinde file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Martin_Zsarnoczky_The_New_Hope_for_the_EU_eng.pdf adresinden alınmıştır.

8. EKLER

Ek 1. Anket Formu

65 Yaş ve Üstü Bireylerin Demografik Özellikleri

Cinsiyet	a) kadın b) erkek	
Yaş	a) 65-69 b) 70- 74 c) 75 ve üstü	
Eğitim durumu	a) Okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite f) yüksek lisans/doktora	
Medeni durum	a) evli b) dul c) boşanmış d) bekar	
Mesleği	a) ev kadını b) emekli c) diğer.....	
Evde kiminle yaşıyorsunuz ?	a) yalnız b) eşiyile c) kızı ile d) oğlu ile	
Kaç çocuğunuz var ?	a) çocuğum yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üstü	
Sağlık durumu	a) kendimi sağlıklı hissediyorum b) kendimi hasta hissediyorum	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	a) Şeker b) yüksek tansiyon c) kalp rahatsızlığı d) böbrek yetmezliği e) diğer...	
Sosyal güvence	a) Var b) Yok	

Ek 2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Yıkanma → Kendi başıma yıkanamıyorum → Yıkanırken yardım alıyorum → Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme → Kendi başıma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Transfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinans → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Beslenme → Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

Ek 3. Whoqol-Old.Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-OLD.TR YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ anket no:

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğin 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 uygun olacaktır. Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:
Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımanız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığımız 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. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

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

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

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

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

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

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

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

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

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

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

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

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

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

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	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. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

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

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

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

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

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

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

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

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

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
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. Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

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

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

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

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

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

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkânlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

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

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

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

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

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

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

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

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

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

23. İnsanları sevebilme imkânınız ne kadar oluyor?

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

24. İnsanlar tarafından sevilme imkânınız ne kadar oluyor?

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

Ek 4. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

(YİYÖ)

Açıklama: Lütfen aşağıdaki 11 ifadeyi okuyunuz ve o duruma ilişkin olarak şu anda ne hissettiğinizi değerlendiriniz. Şu an hissettiğiniz duruma uygun olan cevabın karşısındaki parantezin içine çarpı işareti koyunuz.

	Evet	Olabilir	Hayır
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	()	()	()
2- Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özledim.	()	()	()
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	()	()	()
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	()	()	()
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özledim.	()	()	()
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	()	()	()
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	()	()	()
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	()	()	()
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özledim.	()	()	()
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	()	()	()
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	()	()	()

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/05/2018-E.31127



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Sema OĞLAK
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.05.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Doç.Dr. Tolga ÖNÜVAR
Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 14

Protokol No : 2018/1377
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Sema OĞLAK
Nazilli İİBF/Çalışma Ekon. ve Endüstri İliş. Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli İktisadi İdari ve İdari Bilimler Fakültesi/Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Sema OĞLAK'ın "Evde yaşayan yaşlıların aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi yönünden değerlendirilmesi: Nazilli Örneği" başlıklı klinik araştırmasının 26.04.2018 tarihli kural kararında eksiklikler saptanmıştı. 16.05.2018 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÖBAP başvuru onay belgesinin alınıp dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 6. Çalışma İzin Belgesi

21/03/2018

T.C.AYDIN İLİ

NAZILLI İLÇE KAYMAKAMLIK MAKAMINA,

Araştırmanın sorumlu yürütücüsü olduğum "Evde Yaşayan Yaşlıların Aktif Yaşlanma ve Yaşam Kalitesi Yönünden Değerlendirilmesi: Nazilli Örneği" isimli Yüksek Lisans çalışması yapılacaktır. Alan araştırmasını içeren çalışmamızın evrenini, Nazilli'de evinde yaşayan 65 yaş üstü bireyler oluşturacak ve toplamda 376 yaşlı bireyi kapsamaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınabilmesi için öncelikle Alan araştırması yapılması planlanan Nazilli İlçesi Kaymakamlığı'ndan izin alınması ön koşul olarak belirtilmiştir.

Bu araştırmanın Nazilli ilçesi ve mahallelerinde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Sema OĞLAK
Sorumlu Yürütücü

Adnan Menderes Üniversitesi
Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Bölümü Anabilim Dalı

EK 1: Bilimsel Araştırma Proje Özeti
EK 2: Adnan Menderes Üniversitesi BAP proje onayı
EK 3: Çalışma anket soruları ve ölçekleri

İlçe Yard. Kom.

İlçe Emn. Md.

21/03/2018

İbrahim Küçük
Kaymakam

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Şifa Aybike BAŞ

Doğum Yeri ve Tarihi : Erdemli-MERSİN/ 25.11.1993

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi/ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/ Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Lisansüstü Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri/ Yüksek Lisans

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İletişim

e-posta Adresi : aybikesifa@gmail.com

Tarih : 23.08.2019