



**T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)**

**ELLİ BEŞ YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN SAĞLIK PROFİLİ VE
HUZUREVİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ**

Ayşe İNCAMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2020

GAZİANTEP

**T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)**

**ELLİ BEŞ YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN SAĞLIK PROFİLİ VE
HUZUREVİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ**

Ayşe İNCAMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2020

GAZİANTEP

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ayşe İNCAMAN

.../.../2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince danışmanlığımı yürüten, tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek, sonsuz sabır ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a

Yüksek lisans eğitimim süresince güler yüzüyle bilgi ve desteğini esirgemeyen ve beni sabırla yönlendiren yardımcı olan değerli hocalarım Prof. Dr. Arzu TUNA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ'a, Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU'na ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜNEL KARADENİZ'e,

Yüksek lisansımız boyunca bizim için en iyi eğitimi planlayıp uygulayan SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün kıymetli öğretim üyelerine ve Lisansüstü Eğitim Enstitümüzün kıymetli Enstitü Sekreteri Duygu ALANGİL'e,

Tüm hayatım boyunca yanımda olup beni destekleyen, hayattaki duruşuyla bana hep örnek olup yol gösteren ve güç kaynağım olan anneme,

Eğitimim boyunca benim yanımda olan ve destekleyen sevgili eşim, canım oğullarım Ali ve Ömer'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.



ÖZET

ELLİ BEŞ YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN SAĞLIK PROFİLİ VE HUZUREVİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

Bu çalışma evde yaşayan 55 yaş ve üstü bireylerin sağlık profili ve huzurevinde yaşamaya ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma 1 Mart 2018- 30 Nisan 2018 tarihleri arasında, Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesinde yaşayan 218 katılımcı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce gerekli izinler alınmıştır. Verilerin toplanmasında Anket Formu, Nottingham Sağlık Profili (NSP) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov Simirnov, One Way Anova, Student T, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalamalarının 66,17 olduğu, %51,4'ünün kadın, %30,7'sinin okuryazar, %85,3'ünün evli, %39,4'ünün ev hanımı ve % 89,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, % 56,9'unun çalışmadığı ve % 38,5'inin eşi ile birlikte yaşadığı belirlendi. Bireylerin %72'sinin huzur evinde yaşamak istemedikleri, ancak huzur evinin adının rehâbitasyon ya da yaşam merkezi olması durumunda %99,1'inin buralarda kalabileceklerini belirttikleri tespit edildi. Katılımcıların %80,8'inin huzurevlerinde kalan kişilerin günlük yaşam aktivitelerine yardım edildiğini düşündükleri saptandı. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların, erkeklerin, ilaç kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların SF-36 ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu, NSP puan ortalamalarının ise birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin çoğunun huzurevinde kalmak istemediği, SF-36 ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının ve NSP puan ortalamalarının birlikte yaşadıkları kişilerden etkilendiği saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda bu yaş grubundaki kişilere huzurevleri hakkında bilgi verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık profili, 55 yaş ve üstü, huzurevi, hemşirelik

ABSTRACT

HEALTH PROFILE OF INDIVIDUALS FIFTY FIVE AGED AND OVER THOUGHTS ABOUT NURSING HOMES

This study was state of to determine the health profiles of the individuals aged 55 and over and thoughts regarding living in a nursing home.

This study is happened between 1 March 2018-30 April 2018 and was made descriptive with 218 participants living in Düztepe Neighborhood Şahinbey District Gaziantep Province. Necessary permissions were obtained before starting to study. Survey form, The Nottingham Health Profile and Short Form 36 Questionnaire of Evaluating Life Quality are used for in collecting data. For descriptive statistics in the evaluation of the data obtained are Kolmogorov Smirnov, One Way Anova, Student T, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were used. Detection: It was determined that average age of the participants 66.17, 51.4% woman, 30.7% educated, 87.3% married, 39.4% housewives, 89.4% has social guarantees, 56.9% not working, 38.5% lived with their spouses. It was found that 72% of individuals do not want to live in a nursing home, but 99.1% could stay if the nursing home's name is changed as a rehabilitation or living center. It was determined that 80,8% of the participants thought that the people living in nursing homes were assisted in daily life activities. Short Form 36 scale all sub-dimension mean scores was determined that higher than others of those living with their spouse and children, men, who do not use medicine, of those without chronic disease and The Nottingham Health Profile mean scores was determined that the difference in the distribution of according to the people they live with was significant.

Most of the individuals included in the study do not want to stay in a nursing home and it was determined that people are affecting the people they live with according to Short Form 36 scale all sub-dimension mean scores and The Nottingham Health Profile mean scores. In accordance with these results, it may be recommended to give information about nursing homes to people in this age group.

Key words: Health profile, aged 55 and over, nursing homes, nursing

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ETİK BEYAN	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yaşlanma.....	2
2.1.1. Demografik değişim ve nüfusun yaşlanması	2
3. GEREÇ VE YÖNTEM	10
3.1. Araştırmanın Türü.....	10
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	10
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	10
- Örneklem kabul edilme kriterleri:.....	10
- Örneklem kabul edilmeme kriterleri:.....	10
3.4. Verilerin Toplanması	10
- Veri toplama araçları	10
- Nottingham sağlık profili (NSP).....	11
- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	11
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	12
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	12
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	12
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	12

3.9. Araştırmanın Akış Planı.....	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA.....	25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	28
7. KAYNAKLAR	30
8. EKLER.....	37
EK-1 Anket Formu	
EK-1 Anket Formu (devamı)	
EK-1 Anket Formu (devamı)	
EK-2 Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile (NHP)	
EK-2 Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile (NHP))(devamı)	
EK-3 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu (devamı)	
EK-5 Tez İntihal Raporu	
EK- 6 Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
SVO	: Serebro Vasküler Olay
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Eurobarometer	: Avrupa Birliği Araştırma Komisyonu
EYGHM	: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
HT	: Hipertansiyon
İİE	: İstanbul İşletme Enstitüsü
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NHP	: Nottingham Sağlık Profili
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
SYDV	: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
TÜİK	: Türk İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.2.4.1.2. Ülkemizde Bulunan Huzurevleri.....	7
Tablo 3.9.1. Araştırma Akış Planı.....	13
Tablo 4.1.Katılımcıların Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	14
Tablo 4.2. Katılımcıların Huzurevindeki Yaşam Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı.....	16
Tablo 4.3.Katılımcıların Yaşlılık Ve Huzureleri İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	18
Tablo 4.4. Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	20
Tablo 4.5. Katılımcıların NSP Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	22

1. GİRİŞ

Tüm dünyada yaşanan toplum üzerine bir yaşam kurgulanması gerektiği vurgulanmakta ve yaşlanma ve yaşlılık üzerine yoğun çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar; bireylerin sosyal güvenliklerinin, bakımlarının, sosyo-kültürel yaşam aktivitelerinin, aile ilişkilerinin düzenlenmesi ve yapılan desteklerin kapsamı gibi birçok alanda araştırma, çalışma ve tatbikatları içermektedir (Kalınkara, 2016: 18). Sanayileşme sürecinin etkisine bağlı olarak, 20. yüzyılın başlarından itibaren aile ve toplumun yaşam sürecinde de önemli değişimler olmuştur. Bu değişimler sosyal kurumlarda, değer ve davranışlarda değişiklik yapmış, bireylerin rol ve işlevini de etkilemiştir. Bu süreçte bireylerin sağlık profili, günlük yaşam aktiviteleri, aile ve toplumsal yaşama uyum süreçleri, kültürel değerleri ve hissettikleri yaş gibi etmenler kişinin yaşamını nasıl düzenleyeceğini belirlemektedir (Demers, Robichaud, Gélinas, Noreau ve Desrosiers; 2008). Kişinin fiziksel iyilik hali, ruhsal durumu, inancı, eğitimi, yaşadığı ortama uyumu, toplumsal aidiyet duygusu da yaşam kalitesini etkilemektedir (DSÖ, 2004). Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı sosyo-kültürel çevrede kendini nasıl algıladığıdır (Bowling, 1997). Yaşlanma süreci yaşam kalitesini ve sağlık profilini olumsuz etkilemektedir. Yaşlanan bireyin aile ortamındaki rol ve sorumluluklarındaki değişim süreci, yaşamından aldığı doyum, gelir durumu, sağlık durumundaki değişiklikler, engellilik durumu, yaşadığı ortam ve çevresi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği yaşam kalitesini belirleyen unsurlardır. Bireyin kronik hastalığının olması, bilişsel sorun varlığı, engellilik durumu, sosyal izolasyon varlığı, sağlık hizmetinin kullanılabilirliği sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve tedavi süreçlerinin planlanmasında oldukça önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık yönünden yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tıbbi-psikolojik-sosyal hizmetlerin ortak performansı ve çalışmaları toplum sağlığının kalitesinin göstergesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları, 2011). Yaşın ilerlemesi, sadece yaşı ilerleyen kişiyi değil, yaşamını onunla birlikte sürdürmek durumunda olan aile yakınlarını ve dolayısı ile içinde oldukları toplumu da yakından ilgilendirmektedir (Şentürk, 2018: 189). Sağlıklı yaşlanma sürecinde gerekli koşulların sağlanması, eksikliklerin giderilmesi, çözüm önerileri ve politikaların geliştirilmesi için tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çalışmalar devam etmektedir (DPT, 2007). Bu doğrultuda bu araştırma, evde yaşayan 55 yaş ve üstü bireylerin sağlık profili ve huzurevine ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma

Yaşın kronolojik olması, yaşlanma sürecinin niteliğine ilişkin bilgi vermez. Bu nedenle yaşlanma, sosyal, psikolojik ve kültürel yönden değerlendirilmesiyle mümkündür (İçli, 2008). Yaşlanma, bebeklikten başlayıp gençlikle devam eden ve sonucunda ölümle sonuçlanan zaman olarak ilerleyen kronolojik bir süreçtir. Sosyal olarak yaşlanma, kişinin zamanla var olan görev ve sorumluluklarını yapmada yetersizlik ya da tamamen yapamaması durumudur (Onur, 1997: 302-307) ve toplumlara göre değişiklik gösterir (Ak, M. 2016). Yaşlılığın başlangıç yaşının algılanması yönünde yapılan araştırma sonuçlarına göre, yaşlılığın 58 yaş itibariyle başladığı görüşünün hâkim olduğu görülmektedir (Eurobarometer, 2012). Ülkemizdeki mevzuata göre de özel huzur evine kabul yaşı 55 yaş ve üstü olarak belirlenmiştir (Özel Huzurevi Mevzuatı, 2008). Birleşmiş Milletler de yaşlanma alanındaki çalışmalarında 60 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir (Türk Geriatri Derneği Ulusal Yaşlı Haftası Basın Bildirisi, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 65 yaş üstü bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır ve yaşla ilgili ulusal ve uluslararası çalışmaların çoğunda DSÖ'nün tanımı kabul görmektedir.

2.1.1. Demografik değişim ve nüfusun yaşlanması

Bütün toplumların doğum ve ölüm oranlarının fazla olduğu durumdan, doğum ve ölüm oranlarının düşük olduğu bir duruma geçiş sürecine demografik değişim denilmektedir (İİE, 2020). Nüfus yaşlanması ise bireyin yaşadığı toplumdaki yaş grafiğine göre toplam nüfusun yaş oranındaki yaşlı nüfusun fazla olmasıdır (Murat, S. 2000).

2.1.2. Demografik değişimin genel çerçevesi

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren birçok ülkede doğum oranı önemli ölçüde düşmüş, bu durum nüfusta büyümenin yavaşlamasına ve yaşlı nüfusunda artışa sebep olmuştur (Erdönmez, 2007). Nüfus artış hızının yavaşlaması, savaş gibi olağanüstü durumlar sonrası toparlanma süreci ve nüfus artış oranlarının düşmesi, demografik değişimin genel çerçevesini oluşturur (Johnson, Zimmerman, 1993: 28).

2.1.3. Dünyada yaşlanma süreci

Gelişmiş ülkelerde toplam nüfustaki yaşlı nüfus oranı fazladır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde de yaşlı popülasyonda artış hızının fazla olduğu görülmektedir (UN, 2013). Amerikan Nüfus Enstitüsü tarafından yayınlanmış olan rapora göre, 1999 yılından 2011 yılına kadar dünya nüfusu bir milyar artmıştır. Amerikan Nüfus Enstitüsü bu artışa dikkat çekerek özellikle

kadın, yaşlı, çocuk, engelli bireylerin toplumsal refahının sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması gerektiğinin önemini vurgulamıştır (Taşçı, F. 2010). Kıtalara göre istatistiklere göre yaşlanan kişilerin en çok Asya kıtasında olduğu ve alınan önlemlerle Avrupa’da azaldığı, Asya kıtasında arttığı görülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2014). İstatistiklere göre yaşlanan nüfus sırasıyla en çok “Japonya, Avustralya, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Yunanistan, İsveç, İtalya”dadır (Mandıracıoğlu, 2010: 39). Dünya istatistiklerine göre toplam nüfusa göre yaşlıların durumu bakımından 65 yaş ve üzeri nüfusta Monako (yüzde 33,2), Japonya (yüzde 28,4) ve Almanya (yüzde 22,4) ilk sıralarda yer almaktadır (TÜİK 2019).

Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranla arttığı konusuna ilk dikkat çeken ülke Almanya olmuştur. Yaşlanma konusunda ilk kez Birleşmiş Milletler, I. Yaşlılık Asemlesini düzenlemiştir ve Viyana’da 1982 yılında “Viyana Uluslararası Eylem Planı” kapsamında alınan kararları kabul edilmiştir (Birinci Yaşlılık Asemlesi Kararları Bildirgesi, 1982). Birleşmiş Milletler’in 2002 yılında Madrid’de düzenlediği II. Yaşlılık Asemlesi’nde de, özellikle yaşlı nüfus olmak üzere tüm yaş gruplarında kaliteli yaşam, toplumsal içselleştirme, sağlık ve sosyo-ekonomik düzeylerinin geliştirilmesi yönünde politikalar oluşturulmuş ve “Uluslararası Eylem Planı” kararlarını onaylamıştır (ASPB, 2002). Alınan kararlar doğrultusunda her iki eylem planı da küresel çapta politikalar geliştirmesine rağmen Viyana I. Uluslararası Eylem Planının gelişmiş ülkelere, II. Uluslararası Eylem Planı kararlarının ise gelişmekte olan ülkelere yönelik olduğu görülmektedir (ASPB, 2013).

2.2. Yaşlanan Nüfusta Sosyal Politikalar

Demografik gelişim sürecinde yaşlanan bireyin yaşam kalitesi ve toplumsal çerçevede dışlanmasının engellenmesi için; farkındalık oluşturularak, çözüm odaklı, ileriye yönelik kalıcı uygulamalar oluşturulmalıdır (ASPB, 2012). Çünkü yaşlanan bireylerin toplumdaki yeri ve dönüşüm sürecindeki rol değişikliği, sosyal politikaları etkilemektedir (Uyanık, Y. 2018).

2.2.1. Toplumda yaşlanmakta olan bireylerin yeri

Geçmişten günümüze aile ve evlilik kurumu, Türk toplumu ve kültüründeki önemli yer ve konumunu korumaktadır. Aile, temelde bir amaç üzerinde toplanan insanların kurduğu tarihin en eski kurumudur ve anne, baba ve varsa çocuklardan oluşmaktadır. Bu kurum, Türk toplum ve kültüründe olduğu kadar dünyadaki diğer toplumlarda da önemsenmektedir (Budak, 1990: 195). Türk toplum değerlerine göre; “devlet” ve “vatan” kavramları, anne ve babayla bağdaştırılmıştır. Yani baba “devlet baba” anne de “anavatan” olarak kullanılmaktadır (Başer, 1990: 19). Toplumsal olarak yaş konusundaki bu süreçler aile yapısı ve düzeninde de değişikliklere sebep olmuştur. Bu süreçler yaşlanan bireyin ailedeki yerini ve statüsünü de etkilemiştir (Danış,2009). Sanayileşmenin etkisiyle geniş aileden çekirdek aileye geçiş,

yaşlanan bireylerin yalnızlaşmasına ve sosyal destekten mahrum kalmasına sebep olmuştur (Altan, 2004: 84). Ülkemizde aile yapısındaki bu değişiklik, büyük şehirlerde etkisini gösterse de, diğer şehirlerde akrabalık dayanışması devam etmektedir (DPT, 2006). Toplumsal yapıyı değiştiren bir diğer unsur olan kentleşme, giderek artan bir şekilde bireyleri kentlerde yaşamaya yönlendirmiştir. Sosyal yapıyı değiştiren ve sosyal hareketliliğe neden olan kentleşme, bireylerin geleneksel dayanışma ve yardımlaşma duygularını zayıflatmış, bireyselleşme ve rasyonelleşme adını verdiğimiz bir sosyal, ekonomik, kültürel değişime neden olmuştur. Teknolojik ilerlemeler, sağlık alanındaki gelişmeler ve rahat kent yaşantısı geçmişten daha farklı özellikleri bulunan bir yaşlanma profili meydana getirmiştir (Baran ve ark. 2005).

2.2.2. Yaşlanma sürecinde yaşlı ayrımcılığı

Yaşlanma süreci ile birlikte yaşlanan kişi, toplumda bazı rol ve statüsünü kaybederken, yeni roller kazanmaktadır. Yaşlanma sürecinin birey ve toplum açısından sorunsal olması, yaşlanan bireyin yaşadığı biyolojik ve bilişsel problemler sonucu günlük yaşamlarını ve öz bakımını gerçekleştirmede bir başka desteğe ihtiyaç duyması ile başlamaktadır (Arpacı ve Gürbüz, 2012). Genç kuşaklarda yaşlanmanın getirdiği hastalık ve ölüm korkusu, fiziksel ve bilişsel gerilemeler, üretimden uzaklaşma düşünceleri, yaşlanan bireylerin sürekli bakım ihtiyaçlarının yaşanması huzurevi, bakımevi, hastane gibi kurumlarda yaşamın getirdiği olumsuzluklardan etkilenmeleri yaşlı ayrımcılığının gelişmesinde rol oynayan etmenlerdir (Uyanık, Y. 2010). Bu ayrımcılığının önüne geçebilmek için “yaşam boyu güvence” kapsamında yaşlanan bireylerin mesleki yaşamlarının sürdürülebilirliği sağlanmalı ve insan onuruna yakışır şekilde yaşamlarını sürdürmeleri için destek olunmalıdır (Altan, 2006: 276). Birleşmiş Milletler, II. Uluslararası Eylem Planı’nda yaşlanan bireylerin ekonomik yoksulluğunu ortadan kaldıracak sosyal politikaların desteklenmesi kararı ile sosyal dışlanmaların engellenmesini planlamıştır (Seyyar, 2006: 194).

2.2.3. Yaşlanma sürecinde sağlık profili ve yaşam kalitesi

Ülkemizde yaşlanma süreci ile ilgili politika ve programlar yaşlanan bireylerin yaşam kalitesini ve genel sağlığını yükseltmeye odaklı uygulamaları kapsamaktadır. Bu uygulamalar ile üreten, biyolojik, bilişsel ve sosyo-kültürel açıdan muvaffak ve özgür bir yaşlanma hedeflenmektedir (ASPB, 2007). Yaşlanan bireyin genel sağlık durumu, yaşam kalitesini belirleyen en önemli ölçütlerden biridir (Çalıştır, 2006). Ancak bireyin yaşının ilerlemesiyle ortaya çıkan kronik hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Şenocak, 2008). Yaşlanan bireylerin fiziksel ve fonksiyonel hareketlilik özgürlükleri düştükçe yaşam kaliteleri de düşer (Desai,

2001). Bu nedenle yaşılanan toplumlarda genel sağlık durumunun takip ve tedavilerinde çok yönlü bir yaklaşımın uygulanması yaşam kalitesi açısından önemlidir (Aközer ve ark., 2011). Genel sağlık durumu yani kişinin sağlık profili; uyku düzeni, ağrı düzeyi, emosyonel durumu, sosyal etkinlikleri, enerji düzeyi gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda genel sağlık durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Genel sağlık durumunu oluşturan bileşenlere verilen puanlar yüksek ise yaşam kalitesi de yüksektir (Koçyiğit, H. ve ark., 1999).

2.2.4. Yaşlanma süreci ve Türkiye politikaları

Ülkemizde 2010 yılında yapılan Dünya Yaşlanma Konseyi'nde (The World Aging Council) Türkiye'de yaşlanma hızının kaygılandırıcı bir seviyede olması, Endonezya'dan sonra dünyada en hızlı yaşlanma sürecinde olan ikinci ülkesi olduğu ve altı milyon yaşlıdan bir milyonunun acil bakıma ihtiyaç duyduğu, Türkiye'de yaşlanma sürecine yönelik yeterli çalışma yapılmadığı da belirtilmiştir. (Danış, 2010). Yaşlı bireylere verilen sosyal hizmetlerin temelinde yaşlı bireyleri mümkün olduğunca kendi evlerinde, olabildiği kadar uzun süreçte, özgür ve konforlu şekilde yaşamalarını desteklemek, yaşlı bireylere göre farklı yerleşim olanakları hazırlamak ve gerektiğinde yaşlıya özel sağlık desteğinin verilmesi hedeflenmektedir (Gökkoca Z. Ve Baharlıteler N. 1999: 3).

Ülkemizde sosyal hizmetler hukuken 1983 tarihinde yürürlüğe giren, "2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu" ile tanımlanmıştır. 3/5/2013 tarih ve 28636 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6462 sayılı Kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun adı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiş olup Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı çalışmaya başlamıştır. Bu kanunun 3. Maddesinin a bendine göre "sosyal hizmetler; kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür" (MEB Mevzuat, 1983). Birleşmiş Milletler yaşlı bireylere yönelik hizmetlerin birçoğunun devlet tarafından karşılanmasının gerektiğini ifade etmektedir (Fadıloğlu, 2006: 55).

2.2.4.1. Kamu kurum ve kuruluşlarınca yürütülen hizmetler

2.2.4.1.1. Sosyal güvenlik

Sosyal güvenliğin temelini, üretimde olma, üretim sonucu bir gelir elde etme ve bu gelirin korunması oluşturur. Türkiye Cumhuriyeti Devletinin Sosyal Devlet olmasının bir gereği olarak, herkese sosyal güvenlik sağlama görevi 1982 Anayasasının 60., 61. ve 62. maddelerinde belirtilmiştir. Devletin sosyal risklerin (yaşlılık, maluliyet, ölüm, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, aile masrafları ve işsizlik) oluşmasını engelleyici görevinin yanı sıra sosyal sigortalar yolu ile koruyucu bir rolü bulunmaktadır. Yaşlıların korunmasına ilişkin maddeleri ile birlikte sosyal güvenliğin herkes için temel hak olduğu 1982 Anayasasında belirtilmiştir. Değişen toplumsal koşullar nedeni ile sosyal güvenlik sistemi içerisine alınan yaşlıların maddi risklere karşı korunmaları gerektiği, yaşlılara aylık gelir, sağlık yardımları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık yardımı yapılması sağlanmıştır (ASPB 2007).

Ülkemiz de sosyal güvenlik kurumları kapsamında;

-5434 sayılı Kanun gereğince Emekli Sandığına Bağlı Olarak Emekli Aylığı,

-2022 sayılı Kanun gereğince 65 Yaş Aylığı,

Sosyal Sigortalar Kurumu 506 Sayılı Kanun gereğince Yaşlılık Sigortası,

-506 sayılı Kanununun 20. maddesi gereğince Banka, Sigorta, Reasürans Şirketleri İştirakçilerine Yaşlılık Aylığı;

-2925 sayılı Kanun gereğince Tarım İşçilerine Yaşlılık Aylığı,

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Kanunu 1479 sayılı Kanun gereğince Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlara Yaşlılık Aylığı,

-2926 sayılı Kanun gereğince Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlara Yaşlılık Aylığı,

-4697 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu Gereği Kendi Adına Prim Yatırımlara Yaşlılık Aylığı ödemeleri yapılmaktadır.

Ülkemiz de 1963 yılından bu yana planlı kalkınma çabaları başlamıştır. Onuncusu gündemde olan planlarda yaşlanma ile ilgili uygulamalar her planda yer almaktadır (ASPB, 2007).

2.2.4.1.2. Sosyal hizmetler

- Huzurevleri

Tıbbın ilerlemesi sonucu ortaya çıkan demografik dönüşümde görülen yaşlanan nüfusun artışı ülkemizde de gözlenmektedir. Sanayileşme ve kentleşme süreci içinde geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadınların çalışma hayatına girmesi, kültürel açıdan değişimler sonucu; yaşlanan bireyle kuşak çatışması, prestijde azalma gibi sorunları yaşadığı için evde bakımı büyüyen bir problem olmaktadır. Bu probleme yönelik olarak 2828 sayılı kanununun 34. ve 35. maddeleri doğrultusunda 19422 sayılı “Kamu Kurum ve

Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik”, 05/04/1987 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte, kamu kurum ve kuruluşlarının kapsamında açılan huzurevlerinin açılma, çalışma, fiziksel şartları, çalışan prosedürü, teftiş ve denetim işlem ve esaslarını mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirleyerek, çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamak amaçlanmıştır (ASPB, 2007).

Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının (yeme, içme, barınma ve temizlik gibi) karşılanmasının yanı sıra, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, sosyal hizmet uzmanı psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşire gibi ihtisas sahibi elemanlar tarafından koordineli bir biçimde verilmeye çalışılmaktadır (ASPB, 2007).

Tablo 2.2.4.1.2. Ülkemizde Bulunan Huzurevleri

Bağlı olduğu yer	Huzurevi sayısı	Kapasite	Kalan yaşlı sayısı
ASPB	154	15.650	13.869
Yerel Yönetimlere Bağlı	26	3.505	2.429
Özel Huzurevleri	249	16.120	10.719
Toplam	524	35.275	27.017

ASPB: Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı

*Kaynak: Aile ve Sosyal İl Müdürlüğü Engelli ve Yaşlı Birimi İstatistik Verileri 2019

- Evde bakım hizmetleri
- Yaşlı dayanışma merkezleri
- Alzheimer hastası yaşlılar gündüzlü bakım merkezi
- Yerel yönetimlerce verilen hizmetler
- Türkiye Kızılay Derneği tarafından verilen hizmetler
- Sektörler arası hizmetler (yaşlı bakım elemanı projesi)

2.2.4.1.3. Sağlık hizmetleri

-Sağlık Bakanlığı (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

“21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikasının hedeflerinden beşincisi “Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlıların Sağlığı” ile ilgili olan çalışmalardır. Bu süreçte; firma içi ve firmalar arası toplantılarla mevcut durumun tespiti sağlanmış; misyon ve vizyonları belirlenmiş olup, uygulamalar devam etmektedir (ASPB, 2013). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (1987), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (1993), Gülhane Askeri Tıp Akademisi (1995), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2001 yılı itibariyle Geriatri üniteleri kurulmuştur (AGD, 2019). Tıp Fakültelerinin Geriatri Bölümleri dışında Üniversitelerin Diş Hekimliği, Eczacılık, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Ev Ekonomisi, Beslenme ve Diyetetik, Sosyal Hizmetler, Hemşirelik, Psikoloji, Mimarlık ve Çevre Tasarımı ve diğer uzmanlık alanlarının ilgili bölümlerinde de Geriatri alanında çalışmalar yürütülmekte, çeşitli panel, sempozyum ve kongreler düzenlenmektedir (ASPB, 2019).

2.2.4.2. Sivil toplum ve özel kuruluşlarca yürütülen hizmetler

2.2.4.2.1. Sivil toplum kuruluşlarınca yürütülen hizmetler

Geriatri Vakfı, Geriatri ve Gerontoloji Derneği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (GEBAM), Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfı (MESEV), Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı, Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği (TURYAK) ve Türkiye Aile Planlaması Derneği gibi sivil toplum kuruluşları yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmakta, sempozyum, kongre ve toplantılar düzenlemektedir. Bunların dışında Türkiye Sakatlar Konfederasyonu, Türkiye İş Kurumu işbirliğinde yaşlı-özürlü bakım elemanı yetiştirme sertifika programları düzenlenmekte ve bu alanda hizmet sunmaktadırlar. Ayrıca, Ocak 2005 tarihinde, Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği, Ankara Valiliği ve ilgili üniversiteler ile sivil toplum kuruluşları katkıları ile Ulusal Eğitime Destek Kampanyası, Yaşlıların Yaşam Kalitesini Yükseltme girişimi adına çalışmalar başlatılmakla birlikte, “Yaşlılar için Temel İlke, Hak ve Beklentiler” isimli bir belge yayınlanmıştır (ASPB, 2007).

2.2.4.2.2. Özel kuruluşlarca yürütülen hizmetler

2828 sayılı kanununun 34. ve 35. maddeleri doğrultusunda hazırlanan ve 3 Eylül 1997 tarih ve 23099 sayılı Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir (ASPB, 2002). Büyük şehirlerde ayrıca gerçek veya tüzel kişilere ait polikliniklerle ve Sağlık Bakanlığı bünyesi kapsamında evde bakım hizmeti verilmektedir (ASPB, 2013).

Ülkemizde huzurevlerine 55 yaş ve üstü bireyler kabul edilmektedir. Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliğinde, 55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kurum bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özel huzurevlerinde, özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların ise bakımevlerinde bakım ve korunmalarının sağlanacağı belirtilmektedir (ASPB, 2008). Bu nedenle bu çalışmada DSÖ'nün yaşlılığın başlangıcı olarak belirlediği 65 yaş yerine ülkemizdeki huzurevinde yaşama olasılığı ve imkânı olan 55 yaş ve üstü nüfusun tümünün (huzur evine kabul edilebilecek evren) huzur evlerinde yaşamaya ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma 1 Mart 2018- 30 Nisan 2018 tarihleri arasında Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesiinde, araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya alınabilme kriterlerine uygun, gönüllü katılımcılarla yapılmıştır. Araştırma için SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (EK-6).

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesiinde yaşayan 55 yaş ve üstü bireyler, örneklemini ise 55 ve üstü yaş grubunda olup herhangi bir iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 218 yaşlı birey oluşturmuştur. Örneklemin belirlenmesinde evreni belli gruplarda örneklem hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Düztepe mahallesiinin 2017 nüfusu 7069 olup Türkiye nüfus piramidi dikkate alınarak %14,5'inin 55 yaş ve üstü olduğu değerlendirilerek evreni oluşturan 55 yaş üstü birey sayısının 1025 olduğu, bu hesaba göre %90 güven aralığı için örneklem büyüklüğünün 218 olması gerektiği belirlenmiştir.

- Örnekleme kabul edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
2. 55 yaş ve üstü olmak
3. İletişim problemi olmamak.

- Örnekleme kabul edilmeme kriterleri:

Çalışmaya 55 yaş altı bireyler ve katılmayı kabul etmeyen bireyler alınmamıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

- Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan Anket Formu (EK-1), Nottingham Sağlık Profili (EK-2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

- Anket formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu iki bölümden oluşturulmuştur. Birinci bölüm araştırmaya alınan bireylerin; sosyo-demografik özellikleri, sağlık/hastalık bilgisi, ilaç kullanıp/kullanmadığına ilişkin 10 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise bireylerin huzurevi hakkındaki bilgileri ve huzurevinde yaşama yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla hazırlanan 20 sorudan oluşmuştur (EK-1).

- Nottingham sağlık profili (NSP)

Birey tarafından algılanan fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlık sorunlarını inceler. 38 sorudan oluşur ve enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde) olmak üzere altı alt boyut içerir. Yanıtlar evet/hayır şeklindedir. Her bir sorunun puan ağırlığı farklıdır. Her alan 0-100 arasında puanlandırılır. Puan arttıkça sağlık durumu kötüleşir. Her bir soruya verilen pozitif cevapta soruların puanları toplanarak toplam değer bulunur (Hunt ve ark. 1986) (NSP'nin Türkçe'ye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Küçükdeveci ve ark. 2000), (EK-2).

- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kısa Form-36 (SF-36) bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 farklı yönünü toplam 36 soru ile değerlendirir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçek 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (Koçyiğit, H. ve ark., 1999), (EK-3). Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması ise söz konusu değildir. Ölçeğin skorlarının hesaplanması için gerekli formüller EK- 3' deki ölçeğin sonunda belirtilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımlı Değişken: Nottingham Sağlık Profili puanı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanıdır.

-Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkenleri anket formunda yer alan bazı bireysel ve sosyodemografik özelliklerdir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için öncelikle Kolmogorov Simirnov testi yapılmış ve bu testin sonuçlarına göre uygulanacak olan parametrik ve non-parametrik testler belirlenmiştir. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile huzurevine yaklaşımlarına ilişkin verdikleri cevapların dağılımları tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile analiz edilerek, kategorik değişiklikler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerden alınan puanların dağılımları test varsayımlarına uygun olarak One Way ANOVA ve Student T testi, Kruskall Wallis, Mann Whitney U testi ve Post Hoc analizler ile incelenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışma Güneydoğu Anadolu bölgemizin bir ilinin sadece bir mahallesinde yürütüldüğünden Türkiye’de evde yaşayan 55 yaş ve üstü bireylerin tümü için genellenemez.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Ölçek kullanımı için, geçerlilik güvenirlilik çalışması yapan yazarlardan yazılı izin (EK-4, EK-5), SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni (EK-6) ve katılımcılardan çalışmaya katılım için bireysel izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Akış Planı

Araştırmanın akış planı Tablo 3.9.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.9.1. Araştırma Akış Planı

FAALİYETLER	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2019	Kasım 2019	Ocak 2020	Şubat 2020	Mart 2020	Nisan 2020	Mayıs 2020	Haziran 2020	
Literatür tarama																		
Kaynakları tarama ve not alma																		
Tez konusunun netleştirilmesi ve geçici plan																		
Evren belirleme ve örneklem seçimi																		
Derinlemesine görüşmeler ve analizi (seçilen konuya bağlı)																		
DeneySEL çalışmanın planlanması ve uygulama (seçilen konuya bağlı)																		
Anket hazırlama																		
Ön uygulama (anket)																		
Anketin son şekli																		
Araştırma verilerinin toplanması / anket uygulama																		
Veri girişi ve analizi																		
Tez yazımı																		
Tezin enstitüye teslimi																		

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş: Ort±SS, Min-Mak (66,17±8,66-55-98) Yaş grubu	55-64	110	50,5
	65-74	71	32,6
	75-84	28	12,8
	85 yaş ve üzeri	9	4,1
Cinsiyet	Erkek	106	48,6
	Kadın	112	51,4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	41	18,8
	Okuryazar	67	30,7
	İlköğretim	62	28,4
	Ortaöğretim	39	17,9
	Üniversite ve üzeri	9	4,1
Medeni durumu	Evli	186	85,3
	Bekâr	32	14,7
Sosyal güvence varlığı	Var	195	89,4
	Yok	23	10,6
Meslek/iş	Ev hanımı	86	39,4
	İşçi – memur	79	36,3
	Emekli	53	24,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	94	43,1
	Çalışmıyor	124	56,9
Birlikte yaşadığı kişi	Evde yalnız	28	12,8
	Yalnız eşi	84	38,5
	Eşi ve çocukları	80	36,7
	Diğer aile üyeleri	26	11,9
İlaçlarını düzenli kullanma durumu	Evet	106	48,6
	Hayır	112	51,4
Eşlik eden kronik hastalık varlığı	Var	98	45,0
	Yok	120	55,0
Var olan kronik hastalık (n=98)*	Diabetes Mellitus	25	20,83
	Hipertansiyon	37	30,83
	SVO	11	9,17
	KOAH	12	10
	Astım	5	4,17
	Kronik Böbrek Yetmezliği	13	10,83
	Hepatitler	4	3,33
	Kronik Kalp Yetmezliği	13	10,83
Toplam		218	100,0

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, SVO: Serebro Vasküler Olay, *Birden fazla hastalık belirtilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamalarının 66,17, %51,4'ünün kadın, %30,7'sinin okuryazar, %85,3'ünün evli, %39,4'ünün ev hanımı ve %89,4'ünün sosyal güvencesinn olduğu belirlendi. Bireylerin %56,9'unun çalışmadığı, %38,5'inin eşi ile birlikte yaşadığı %51,4'ünün sürekli ilaç kullanmadığı ve %45,0'inin kronik bir hastalığının olduğu saptandı. Bireylerin var olan hastalık durumları incelendiğinde; %20,83'ünde diabetes mellitus, %30,83'ünde hipertansiyon, %9,17'sinde cerebro vasküler olay, %10'unda kronik obstürüktif akciğer hastalığı, %4,17'sinde astım, %10,83'ünde kronik böbrek yetmezliği, %3,33'ünde hepatit, %10,83'ünde kronik kalp yetmezliği nedeniyle tedavi gördükleri tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Huzurevinde Yaşam Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Sorular	Bireylerin ifadeleri	Sayı	Yüzde	
Huzurevine yaşamak ister misiniz?	Evet	61	28,0	
	Hayır	157	72,0	
Neden huzurevinde yaşamak istemiyorsunuz? (n=157)	Ailemle birlikte yaşamak isterim.	17	10,82	
	Çocuklarımla birlikte yaşamak isterim.	128	81,52	
	Eşim ile birlikte yaşamak isterim.	4	2,5	
	Evimde yalnız yaşamak isterim.	3	1,9	
	Huzurevinden korkuyorum.	1	0,6	
Huzurevinde yaşamak zorunda kalırsanız, bu sizi üzer mi?	Torunlarım ile birlikte yaşamak isterim.	4	2,5	
	Evet	169	77,5	
	Hayır	49	22,5	
Huzurevinin adı “rehâbilitasyon merkezi, yaşam merkezi gibi “başka bir şey olsa kalmak ister miydiniz?”	Evet	216	99,1	
	Hayır	2	0,9	
Sizce huzur evinde kimler kalmalıdır?	Maddi durumu kötü olanlar	Evet	150	68,8
		Hayır	68	31,2
	Kimsesizler	Evet	160	73,4
		Hayır	58	26,6
	Bakım ihtiyacı olanlar	Evet	179	82,1
		Hayır	39	17,9
	Emekli yaşlılar	Evet	110	50,5
		Hayır	108	49,5
	Herkes	Evet	112	51,4
		Hayır	106	48,6
Hiç kimse	Evet	14	6,4	
	Hayır	204	93,6	
Diğer	Evet	39	17,9	
	Hayır	179	82,1	
Huzur evlerinin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	195	89,4	
	Hayır	23	10,6	
Toplam		218	100	

Tablo 4.2.’de çalışmada yer alan bireylerin huzurevinde yaşamaya ilişkin bazı düşünceleri görülmektedir. Katılımcıların %72’sinin huzurevinde yaşamak istemedikleri gözlenirken, %77,5’inin huzurevinde yaşamının kendilerini üzebileceğini bildirdikleri saptanmıştır. “Huzurevinde yaşamak istememe nedenleri” sorulduğunda; %81,5’i çocukları ile birlikte yaşamak istedikleri için huzurevinde yaşamak istemediklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcı huzurevinden korktuğu için, 17’si ailesiyle birlikte ve üç katılımcı evinde yalnız kalmak istediği için, dört katılımcı eşiyile, dört katılımcı da torunlarıyla yaşamak istediklerinden dolayı huzurevinde yaşamak istemediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmanın çok çarpıcı bir bulgusu olarak “huzurevinin adının rehâbilitasyon ya da yaşam merkezi gibi başka bir şey olması” durumunda ise katılımcıların %99,1’i buralarda kalabileceklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “sizce huzur evinde kimler kalmalıdır” sorusuna; %68,8’i maddi durumu kötü olanlar, %73,4’ü kimsesizler, %82,1’i bakıma ihtiyacı olanlar, %50,5’i emekli yaşlılar, %51,4’ü herkes kalabilir cevabını vermiştir ve bununla birlikte %89,4’ünün huzurevlerinin gerekli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşlılık ve Huzurevi İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Sorular	Cevaplar	Sayı	Yüzde
Sizce yaşlılığının başlangıç yaşı kaçtır?	40-49	7	3,2
	50-59	88	40,4
	60-69	95	43,6
	70-79	26	11,9
	80 ve üstü	2	0,9
Yaşlıların bakım ihtiyaçları gençlerden daha fazla mıdır?	Evet	95	43,6
	Hayır	123	56,4
Sağlıklı yaşlanan kişilerin sağlıklı olmalarına rağmen yine de uzman bakımına gereksinim duyabileceğini düşünüyor musunuz?	Evet	181	83,0
	Hayır	37	17,0
Yaşlılara kim bakmalıdır?	Evlatları	160	73,4
	Akrabaları	11	5,0
	Torunları	12	5,5
	Diğer	35	16,1
Türkiye’de huzurevleri olmalı mıdır?	Evet	192	88,1
Huzurevi dışında yaşlılara hizmet veren başka kurumlar var mıdır?	Evet	7	3,2
	Hayır	211	96,8
Yaşlılara hizmet veren diğer kuruluşlar hangileridir?	Evde bakım şirketleri	3	42,9
	Özel bakım evleri	1	14,2
	Özel bakım merkezi	3	42,9
Huzur evlerinde ne tür hizmet verildiğini biliyor musunuz?	Evet	51	23,4
	Hayır	167	76,6
Huzurevlerinde ne tür hizmetler veriliyor?	GYA*	41	80,8
	GYA+sağlık	4	7,8
	GYA+sağlık+eğitim	1	1,9
	GYA+Sosyal aktivite	2	3,8
	GYA+TV	1	1,9
	Spor	2	3,8
Huzurevlerinde ne tür sosyal faaliyetler yapıldığını biliyor musunuz?	Evet	38	17,4
	Hayır	180	82,6
Huzurevlerinde ne tür sosyal faaliyetler yapılıyor?	Eğlence+oyun+gezi	1	2,6
	El işi	5	13,3
	El işi+gezi	4	10,6
	Film seyretme+müzik	1	2,6
	Gezi	1	2,6
	Müzik+el işleri	2	5,2
	Müzik+resim+heykel	1	2,6
	Oyun+gösteri+gezi	1	2,6
	Resim+müzik	1	2,6
	Spor	6	15,8
	Spor+el işleri	2	5,2
	Spor+gezi	6	15,8
	Spor+müzik	7	18,5
Huzurevlerinde kalanlar isterlerse gün içinde veya akşam dışarıya çıkabilir mi?	Evet	82	37,6
	Hayır	136	62,4
Huzurevlerinde kalma şartları ile ilgili bilginiz var mı?	Evet	49	22,5
	Hayır	169	77,5
Yaşlı hakları diye bir kavram duydunuz mu?	Evet	10	4,6
	Hayır	208	95,4

*GYA=Günlük yaşam aktivitesi

Tablo 4.3.’de çalışmada yer alan bireylerin yaşlılık hakkındaki görüşleri ve huzurevi ile ilgili bazı durumlara ilişkin düşünceleri görülmektedir. Katılımcıların %43,6’sı yaşlılığın başlangıç yaşının 60-69 yaşlar arasında ve %43,6’sı yaşlıların bakım ihtiyaçlarının gençlerden daha fazla

olduğunu düşündüğü, %83'ü sağlıklı yaşlanan kişilerin sağlıklı olmalarına rağmen yine de uzman bakımına gereksinim duyabileceğini, %73,4'ü yaşlılara evlatlarının bakması gerektiğini bildirmiştir. Yaşlıların %88,1'inin Türkiye'de huzurevlerinin olması gerektiğini ifade ettiği, %96,8'inin yaşlılara hizmet veren kurumları bilmedikleri tespit edilmiştir. Yaşlılara hizmet veren kurumları bildiğini ifade eden yaşlılardan sadece üçünün evde bakım şirketleri, üçünün özel bakım merkezleri, birinin ise özel bakım evleri bulunduğunu bildikleri ve %76,6'sının huzurevlerinde ne tür hizmetler verildiğini bilmedikleri tespit edilmiştir. Huzurevlerinde ne tür hizmet verildiğini bildiğini ifade edenlerin %80,8'inin günlük yaşam aktivitelerine yardım edildiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Katılımcılardan %82,6'sının huzurevlerinde ne tür sosyal faaliyetler yapıldığını bilmedikleri saptanmıştır. Huzur evlerinde verilen sosyal faaliyetler hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade edenlerden yedisinin spor ve müzik, altısının spor, altısının spor ve gezi, beşinin de el işi eğitimi verildiği konusunda görüş bildirdiği belirlenmiştir. Çalışmada yer alan bireylerin %37,6'sı huzurevinde kalanların isterlerse gün içinde veya akşam, kurum dışına çıkılabileceği konusunda bilgi sahibi iken, %22,5'i huzurevlerinde kalma şartları konusunda bilgilerinin olduğunu ifade ettiği %95,4'ünün yaşlı hakları diye bir kavram duymadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiziksel		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç Emosyonel		Mental Sağlık		
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	
	Birlikte yaşama	Evde yalnız	37,85	25,29	34,82	45,30	57,53	22,12	46,53	18,96	35,71	21,02	46,87	28,38	41,66	46,81	56,57
	Yalnız eşi	43,69	26,20	43,45	44,94	61,35	23,60	50,98	17,94	44,34	20,83	54,01	27,24	46,03	44,48	64,23	15,71
	Eşi ve çocukları	65,25	27,19	55,62	44,29	68,28	21,95	58,06	17,65	48,43	15,96	67,81	27,18	55,0	45,65	65,95	15,22
	Diğer aile üyeleri	36,73	28,70	37,50	42,57	40,84	17,75	38,80	17,54	37,88	25,81	38,94	28,79	23,07	30,93	52,15	15,81
	p	35,433- 0,000*		7,929- 0,047*		28,924- 0,000*		24,217- 0,000*		11,282- 0,010*		25,347- 0,000*		9,061- 0,028*		17,086- 0,001*	
Post hoc.	Anlamlı fark	3≈1, 3≈2, 3≈4		3≈1		1≈4, 2≈4, 3≈4		3≈1, 4≈1		3≈1		3≈1, 3≈2, 3≈4		3≈4		2≈4, 3≈4	
Cinsiyet	Erkek	52,22	27,96	50,47	44,85	63,60	23,15	52,13	17,86	45,90	20,16	59,67	27,18	49,69	44,66	61,85	15,50
	Kadın	47,95	30,15	41,96	44,67	58,46	23,80	51,02	19,81	42,14	20,31	53,24	30,61	42,56	44,57	63,00	17,27
	p	5445,50-0,291		5359,00-0,186		5181,00-0,100		5867,00-0,882		5519,00-0,369		5242,50-0,133		5391,50-0,212		5649,00-0,536	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	31,59	25,41	23,17	38,07	44,41	19,73	41,46	17,92	30,37	19,35	32,01	23,56	20,33	37,18	51,61	15,82
	Okuryazar	52,69	27,72	50,37	46,16	63,19	22,35	52,64	18,26	43,88	19,81	58,58	27,20	46,77	44,21	62,33	14,81
	İlköğretim	62,74	26,87	57,66	42,37	67,39	23,57	56,03	18,03	53,63	17,23	68,35	26,08	60,22	43,04	66,32	14,75
	Ortaöğretim	43,97	27,29	41,03	45,70	62,21	22,58	51,54	17,58	42,56	18,35	56,09	28,37	47,01	45,06	65,85	17,24
	Üniversite ve üzeri	52,78	33,83	61,11	43,50	70,11	21,93	58,78	24,31	46,11	22,33	69,44	26,60	55,56	47,14	71,11	17,64
	p	30,056- 0,000*		17,027- 0,002*		29,287- 0,000*		16,152- 0,003*		31,200- 0,000*		41,127- 0,000*		21,808- 0,000*		24,436- 0,000*	
Post hoc.	Anlamlı fark	3≈1, 3≈4, 2≈1		3≈1, 2≈1		2≈1,3≈1,4≈1,5≈1		2≈1, 3≈1		3≈1, 3≈2, 3≈4		2≈1,3≈1,4≈1,5≈1		2≈1,3≈1,4≈1		2≈1,3≈1,4≈1,5≈1	
İlaç kullanımı	Evet	34,81	25,26	20,75	36,10	52,40	22,51	42,92	17,31	34,38	18,75	44,45	27,82	34,59	43,13	60,03	15,14
	Hayır	64,41	24,96	70,08	38,82	69,06	21,69	59,73	16,51	53,03	17,33	67,63	25,69	56,84	43,52	64,71	17,27
	p	2437,50- 0,000*		2498,00- 0,000*		3410,00- 0,000*		2763,50- 0,000*		2621,50- 0,000*		3230,50- 0,000*		4217,00- 0,000*		4891,00- 0,024*	
KH Varlığı	Var	32,24	22,13	18,62	35,04	51,04	21,82	41,15	15,83	32,34	16,71	41,58	26,60	32,31	42,93	59,42	14,25
	Yok	64,54	25,96	68,54	39,22	69,06	21,86	60,05	16,78	53,45	17,89	68,43	25,31	57,22	43,03	64,90	17,64
	p	2106,50- 0,000*		2406,50- 0,000*		3163,50- 0,000*		2385,00- 0,000*		2203,50- 0,000*		2758,00- 0,000*		3975,50- 0,000*		4697,50- 0,010*	
Medeni Durum	Evli	50,62	29,60	46,10	45,64	62,10	24,27	52,58	18,30	43,28	19,77	56,72	29,73	47,13	45,79	63,42	16,26
	Bekâr	46,56	26,32	46,09	40,71	54,38	17,94	45,63	21,16	47,97	22,96	54,30	25,52	39,58	37,33	56,75	16,33
	p	2777,50-0,546		2897,50-0,799		2288,50- 0,034*		2441,00-0,104		2521,00-0,166		2781,00-0,551		2841,50-0,663		2269,50- 0,032*	

\bar{x} = Sıra ortalaması, ≈ iki faktör arasında. KH= Kronik Hastalık

Tablo 4.4.'de SF-36 ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların, erkeklerin, ilaç kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların SF-36 ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumu açısından bakıldığında; okuryazar olmayanların SF-36 tüm alt boyut puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evli olanların ise bekârlara göre vitalite alt boyutu dışında tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p>0,05$), ancak sadece medeni durum ile ağrı ve vitalite alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4).



Tablo 4.5. Katılımcıların NSP Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Ağrı		Duygu		Uyku		Sosyal		Fizik		Enerji		Toplam		
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	
Birlikte yaşama	Evde yalnız	30,19	34,73	36,58	33,08	35,70	27,81	54,47	38,00	35,10	24,67	68,48	40,23	260,54	154,6
	Yalnız eşi	21,89	25,32	30,58	28,13	29,91	23,07	24,95	28,58	30,52	21,84	55,43	42,81	193,31	131,5
	Eşi ve çocukları	15,01	23,28	21,71	24,93	21,48	19,77	12,57	24,80	22,53	17,83	39,59	39,72	132,91	118,4
	Diğer aile üyeleri	34,32	26,04	39,77	30,43	36,38	18,06	39,99	28,12	45,63	27,03	68,89	38,92	265,00	122,0
	p	19,122- 0,000*		11,822- 0,008*		12,356- 0,006*		44,166- 0,000*		20,291- 0,000*		16,600- 0,001*		29,885- 0,000*	
Post hoc.	Anlamli fark	1≈3, 4≈3		4≈3		1≈3, 4≈3		1≈3,2≈3,4≈3,1≈2		1≈3,4≈3,4≈2		1≈3,4≈3		1≈3,2≈3,4≈3	
Cinsiyet	Erkek	18,03	23,48	29,66	28,11	28,16	22,08	23,84	30,90	28,87	21,87	52,58	43,59	181,14	134,41
	Kadın	25,59	29,15	28,75	29,04	28,50	23,27	28,04	32,37	31,04	23,35	53,21	41,05	195,14	138,03
	p	5007,00-0,042*		5716,00-0,634		5896,50-0,932		5380,50-0,207		5563,00-0,412		5874,00-0,889		5539,50-0,394	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	41,67	30,87	48,11	33,16	45,56	21,36	47,64	37,50	46,36	25,95	78,85	35,74	308,19	128,7
	Okuryazar	17,29	22,11	24,31	24,70	24,53	20,05	18,92	24,79	28,64	22,02	49,47	42,95	163,15	123,5
	İlköğretim	14,47	21,61	22,88	25,24	21,93	18,80	18,86	26,17	22,41	17,99	39,50	38,05	140,04	116,7
	Ortaöğretim	23,0	28,80	30,42	28,94	27,30	24,70	28,15	34,77	30,03	19,68	56,86	43,35	195,76	133,5
	Üniversite ve üzeri	13,01	20,28	17,56	14,35	26,91	27,58	20,01	29,08	17,40	13,62	35,47	37,29	130,35	122,5
p	28,988- 0,000*		19,197- 0,001*		28,984- 0,000*		19,236- 0,001*		28,025- 0,000*		25,289- 0,000*		39,596- 0,000*		
Post hoc.	Anlamli fark	1≈2,1≈3,1≈4,1≈5		1≈2,1≈3,1≈4,1≈5		1≈2,1≈3,1≈4		1≈2,1≈3,1≈4		1≈2,1≈3,1≈4,1≈5		1≈2,1≈3,1≈5		1≈2,1≈3,1≈4,1≈5	
İlaç kullınımı	Evet	30,55	29,12	36,76	29,64	35,74	21,20	29,11	31,93	37,64	21,87	74,14	33,99	243,97	119,91
	Hayır	13,74	21,39	22,02	25,55	21,32	21,81	23,04	31,25	22,73	20,93	32,80	39,37	135,67	132,86
	p	3308,00- 0,000*		3935,000- 0,000*		3633,50- 0,000*		5177,50- 0,000*		3455,00- 0,000*		2763,00- 0,000*		2922,50- 0,000*	
KH Varlığı	Var	31,75	29,11	36,92	29,18	36,98	20,76	29,42	32,36	38,43	21,19	77,02	32,61	250,55	115,49
	Yok	13,87	21,65	22,87	26,45	21,27	21,73	23,20	30,92	23,08	21,44	33,20	38,86	137,51	133,62
	p	3151,00- 0,000*		3899,00- 0,000*		3416,50- 0,000*		5122,00- 0,084		3294,00- 0,000*		2563,50- 0,000*		2759,50- 0,000*	
Medeni Durum	Evli	20,75	26,22	28,04	28,06	27,36	22,39	22,36	30,47	29,10	22,44	53,27	42,66	180,88	139,11
	Bekâr	28,72	29,19	35,92	30,71	34,02	23,66	47,14	30,57	35,10	23,32	50,75	40,02	231,65	121,50
	p	2312,50- 0,040*		2529,50-0,173		2523,00-0,165		1531,00- 0,000*		2470,00-0,116		2894,50-0,796		2220,50- 0,022*	

\bar{x} = Sıra ortalaması, ≈ iki faktör arasında. KH= Kronik Hastalık

Katılımcıların NSP puan ortalamalarının birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analiz sonuçlarına göre, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların NSP skorlarının düşük olduğu anlaşılmıştır.

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların NSP ağrı skorlarının evde yalnız ($p=0,043$) ve diğer aile üyeleri ($p=0,007$) ile yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0,05$), NSP duygu skorlarının da sadece eşi ve çocukları ile yaşayanlarda ($p=0,024$) anlamlı farklılık gösterdiği, bu grubun skorlarının daha düşük bulunduğu ($p<0,05$), yine NSP uyku skorlarının da gruplar arasındaki dağılımının anlamlı farklılık gösterdiği ve farkın kaynağının yine eşi ve çocukları ile yaşayan grup olduğu, bu grubun ortalamalarının hem evde yalnız ($p=0,019$), hem de diğer aile üyeleri ($p=0,016$) ile yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. NSP sosyal skorlarının yine eşi ve çocukları ile yaşayan grupta; evde yalnız ($p=0,000$), eşi ($p=0,031$) ve diğer aile üyeleri ($p=0,000$) ile yaşayan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Ayrıca yalnız eşi ile yaşayan grubun NSP sosyal skorunun evde yalnız yaşayan gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. NSP fizik skorlarının eşi ve çocukları ile yaşayan grupta; evde yalnız ($p=0,042$) ve diğer aile üyeleriyle yaşayan gruba göre ($p=0,000$) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, ayrıca yalnız eşi ile yaşayan grubun skorunun da daha düşük olduğu belirlenmiştir. ($p<0,05$). Eşi ve çocukları ile yaşayan grubun NSP enerji skorlarının evde yalnız ($p=0,008$) ve diğer aile üyeleri ile yaşayan ($p=0,009$) gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

NSP toplam skorlarının gruplar arasındaki dağılımın anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), farklılığın kaynağının eşi ve çocukları ile yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu grubun NSP toplam skorlarının; evde yalnız ($p=0,000$), eşi ($p=0,016$) ve diğer aile üyeleri ($p=0,000$) ile yaşayanlardan anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. NSP ağrı skorlarının kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), okuryazar olmayan grubun tüm NSP alt boyut skorlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra okuryazar olmayan grubun NSP uyku ve sosyal skorunun yüksek olduğu, ancak üniversite ve üzeri eğitim alan grup ile arasındaki farkın ($p>0,05$) ve enerji skorları ile ortaöğretim grubunun enerji skorları arasındaki farkın da anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). NSP yaşam kalitesi ölçek puanı düşük olan katılımcıların yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları, kronik hastalığı olanların puanlarının anlamlı

derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) ve ağrı, sosyal ve NSP toplam skorlarının bekârlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe mahallesinde ikamet eden elli beş yaş ve üstü bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ve huzur evinde yaşamaya ilişkin düşünceleri incelenmiştir.

Yaşlanmanın başlangıcı toplumlara ve sosyo-kültürel özelliklere göre değişiklik gösterir (Ak, M. 2016). Avrupa Birliği ülkeleriyle Türkiye üzerinde yapılan bir araştırma bulgularına göre Türkiye’de ortalama 58 yaş itibariyle, Avrupa Birliği ülkelerinde ise ortalama 64 yaş itibariyle yaşlılığın başladığı görüşünün yüksek olduğu belirtilmiştir (Eurobarometer, 2012). Çalışmamızda katılımcıların %43,6’sı yaşlılığın başlangıç yaşının 60-69 yaşlar arasında olduğu görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üstü yaşlıların %15’inin okur-yazar olmadığı, %20’sinin okur-yazar olduğu, %42’sinin ilköğretim mezunu, %10’unun ortaokul mezunu, %6’sının lise mezunu, %7’sinin üniversite ve üstü olduğu bildirilmektedir (TÜİK, 2015). Bu çalışmada katılımcıların %18,8’inin okuryazar olmadığı, %30,7’sinin okuryazar olduğu, %28,4’ünün ilköğretim, %17,9’unun ortaöğretim, %4,1’inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı belirlenmiştir. Bulgularımız benzerlik göstermektedir. Türkiye Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Müdürlüğü’nün yapmış olduğu çalışma kapsamında yaşlı bireylerin %16’sının yalnız, %43’ünün eşiyile %4’ünün çocuklarıyla geriye kalan %37’sinin diğer aile üyeleriyle yaşadıkları tespit edilmiştir. (Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler, 2014-2018). Bu çalışmada katılımcıların %12,8’inin evde yalnız, %38,5’inin eşiyile, %36,7’sinin eş ve çocuklarıyla, %11,9’unun diğer aile üyeleriyle birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Bulgularımızın Türkiye verileri ile benzer olduğu söylenebilir.

TAYA, 2014-2018 Raporu’na göre; yaklaşık %53’ünün emekli, %35’inin ev hanımı, %5’inin serbest meslek, %7’sinin diğer meslek grubunda olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler, 2014-2018). Bu çalışmada katılımcıların %24,3’ünün emekli, %39,4’ünün ev hanımı, %36,2’sinin işçi-memur grubunda olduğu belirlenmiştir.

2010 yılında Dereli ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada yaşlı bireylerin yaklaşık %53’ünün bakıma ihtiyacı olduğu için huzurevine yerleştikleri sonucuna ulaşılmıştır (Dereli ve ark., 2010). Kahraman ve ark.’nın çalışmasında yaşlıların %82’sinin bakımını üstlenecek kimsesi olmadığı için, %10’unun maddi yetersizlikten, %8’inin ise sağlık problemlerinden dolayı huzurevine geldiklerini tespit etmişlerdir (Kahraman ve

ark. 2011). Bu çalışmada katılımcılara yöneltilen “sizce huzur evinde kimler kalmalıdır” sorusuna; %68,8’inin maddi durumu kötü olanların, %73,4’ünün kimsesizlerin, %82,1’inin bakıma ihtiyacı olanların, %50,5’inin emekli yaşlıların, %51,4’ünün herkesin kalabileceği görüşünde oldukları belirlenmiştir.

Psikolojik, sosyal ve bedensel açıdan yaşlılık konusunda yapılan bir araştırmada huzur evine yerleşmek ister misiniz? Sorusuna, %64,5 hiç istemem, cevabını vermiştir. Katılımcıların çok büyük bir oranı huzur evine yerleşmek istememektedir (Ersanlı, 2008:177-178). Başka bir çalışmada; yaşadığımız toplumun büyük bir kesimi için huzurevi korkunç bir yerdir. Huzurevi; kötü yaşam koşullarına maruz bırakılan, ölüme terk edilmiş yaşlıların bulunduğu bir kurum olarak görülmektedir. Bu tarz olumsuz duygu ve düşüncelerden dolayı yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamaktan korktukları tespit edilmiştir (Moody, 2006: 287). Türkiye’de huzurevinde yaşayan bireylerle yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yaşlıların yaklaşık %92’sinin huzurevinde kalmayı istemedikleri tespit edilmiştir (Onat, 2004). Bu çalışmada katılımcıların %72’sinin huzurevinde kalmak istemedikleri, huzurevi adı yerine rehâbilitasyon ya da yaşam merkezi gibi başka bir isim olması durumunda katılımcıların %99,1 (n=216) ’inin kalabilecekleri görüşünde oldukları belirlenmiştir. Huzurevinde yaşamak istemeyen bireylerin sadece kurumun adının değişmesi durumunda %99,1 gibi çok yüksek bir oranda görüş değiştirerek böyle olması durumunda buralarda yaşayabileceğini belirtmesi, bu çalışmanın en önemli ve çarpıcı bulgusudur. İsimden kaynaklanan, geçmişten günümüze yaşanan ve medyaya yansıyan çok sayıda olayın neden olduğu huzurevlerine yönelik bu önyargının ivedilikle ele alınması gerekmektedir. İsim değişikliklerinin yanı sıra sunulan hizmetlerin toplum tarafından farkedilmesini sağlamaya yönelik çalışmaların yapılması gerekli görünmektedir.

Yaşlanma süreci, fiziksel yetersizliklerin yanında toplumdan dışlanmaya ve psikolojik gerilemeye de sebep olan bir süreçtir. Bu nedenle yaşlanan bireylerin bakımının bireyin sağlık-fiziksel-psikolojik-sosyokültürel tüm özelliklerini kapsayacak düzeyde ve belirli bir programla multidisipliner bir yaklaşımla verilmesi gerekmektedir (DPT Raporu, 2007: 60; Ersanlı, 2008:172). Bu çalışmada katılımcıların %43,6’sı yaşlıların bakım ihtiyaçlarının gençlerden daha fazla olduğunu düşündüğü, %83’ü sağlıklı yaşlanan kişilerin sağlıklı olmalarına rağmen yine de uzman bakımına gereksinim duyabileceği görüşünde oldukları belirlenmiştir.

“Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler” araştırmasında (2010) yaşlanma sürecinde maddi beklentilerin öncelikli olduğu düşünülse de yaşlanan bireylerin temel

sıkıntılarının bağımsızlığın kaybı, işe yaramamak, dışlanma ve yalnızlık gibi problemlerin ortaya çıktığı görülmüştür. Yaşlanan bireylerin çoğunlukla anne-babalarına baktıkları ya da bakacaklarını söyledikleri ancak çocuklarının kendilerine aynı biçimde bakacaklarına inanmadıkları ve çocuklarına yük olabileceklerini düşündükleri görüşünde oldukları belirlenmiştir (Aközer ve ark. 2011:115-125). Çalışmamızda katılımcıların %73,4'ünün yaşlanan bireylere evlatlarının bakması gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir.

Yaş grubuna göre Türkiye'de yaşlılık ile ilgili yaşam tercihleri incelendiğinde huzurevine gitme seçeneğini en az düşünen yaş grubu 65 ve üzeri yaştaki bireyler iken diğer yaş gruplarında huzurevine gitme tercihinin daha yüksek olduğu görülmektedir (TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2016). Çalışmamızda "Huzurevinde yaşamak istememe nedenleri" sorulduğunda; bireylerin %81,5'inin çocukları ile birlikte yaşamak istedikleri için huzurevinde yaşamak istemedikleri görüşünde oldukları belirlenmiştir.

TÜİK'in yapmış olduğu "Yaşam Memnuniyeti Araştırma" sonuçlarına göre yaşlanan bireylerin çocukları ve torunlarıyla birlikte yaşamak istediği, bu isteklerinin genel sağlık durumlarını ve dolayısıyla yaşam kalitelerini olumlu yönden arttıracığı görüşü saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların %77,5'i, huzurevinde yaşamanın kendilerini üzebileceği görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

Ak'ın çalışmasına göre "Devletin yaşlılara yönelik hizmetleri hakkında ne kadar bilginiz var?" Sorusuna, katılımcıların %49,5'inin hiç bilgim yok, %19'unun çok az bilgim var, %23,5'inin biraz bilgim var, %8'inin çok bilgim var cevabını verdiği gözlenmiş olup katılımcıların yarısının yaşlılara yönelik hizmetlere ilişkin hiç bilgisi yoktur (Ak, M. 2016). Çalışmamıza katılan bireylerin %96,8'inin yaşlılara hizmet veren kurumları bilmedikleri, %76,6'sının huzurevlerinde ne tür hizmetler verildiğini bilmedikleri, sadece %22,5'i huzurevlerinde kalma şartları konusunda bilgilerinin olduğunu, %95,4'ünün yaşlı hakları diye bir kavram hakkında dahi bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı bakım hizmetleri ve huzurevlerinde sunulan hizmetler konusunda ciddi bir bilgi eksikliği olduğu aşikârdır. Bilinmeyen bir ortamın ve farkında olunmayan hizmetlerin talep edilmesi söz konusu olamaz. Bu bilinmezliğe toplumda yer edinmiş ön yargısında eklenmesi ile birlikte artık huzurevinde yaşamak istemeyen bireylerin neredeyse 55 yaş ve üstü bireylerin %80 civarında olması anlaşılabilir. Bu çalışmanın sonunda bu durumun değişmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde yaşayan elli beş yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesi ve huzurevinde yaşam hakkında düşüncelerinin incelendiği bu çalışmada;

Katılımcıların yaş ortalamalarının 66,17, %51,4'ünün kadın, %30,7'sinin okuryazar, %85,3'ünün evli, %39,4'ünün ev hanımı ve %89,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu %56,9'unun çalışmadığı, %38,5'inin eşi ile birlikte yaşadığı, %51,4'ünün sürekli ilaç kullanmadığı ve %45,0'inin kronik bir hastalığının olduğu,;

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %72'sinin huzurevinde yaşamak istemediği, %81,5'inin çocukları ile birlikte yaşamak istediği için huzurevinde yaşamayı tercih etmeyeceği, ancak huzurevinin adının rehâbilitasyon ya da yaşam merkezi gibi başka bir isim olması durumunda katılımcıların %99,1'inin kalabileceğini belirttiği, %82,1'inin bakıma ihtiyacı olanların huzurevinde kalabileceğini ifade ettiği ve %89,4'ünün huzurevlerinin gerekli olduğunu düşündüğü,

Katılımcıların %43,6'sı yaşlıların bakım ihtiyaçlarının gençlerden daha fazla olduğunu ve %73,4'ünün yaşlılara evlatlarının bakması gerektiğini düşündüğü %96,8'inin yaşlılara hizmet veren kurumları ve %76,6'sının huzurevlerinde ne tür hizmetler verildiğini bilmedikleri,

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların, erkeklerin, ilaç kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların SF-36 ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu, okuryazar olmayanların SF-36 tüm alt boyut puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre en düşük puan ortalamasına sahip olduğu, evli olanların ise bekârlara göre vitalite alt boyutu dışında tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve sadece medeni durum ile ağrı ve vitalite alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu,

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların NSP toplam skorlarının ve tüm alt boyut puanlarının düşük olmasına karşın, NSP ağrı skorlarının kadınlarda daha yüksek, okuryazar olmayan grubun tüm NSP alt boyut skorlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Okuryazar olmayan bireylere yönelik eğitim planlarının yapılması,
- Toplumla yaşlanma süreci, yaşlılık uygulamaları, yaşlı hakları konusunda eğitimler verilmesi,

- Huzurevi adınayönelik olarak toplumdaki ön yargıyı kaldırmak amacıyla yaşlılara hizmet verilen kurumlarının adının rehâbilitasyon veya yaşam merkezi gibi huzur evi dışında isimlerle değiştirilmesi,
- Yaşlılara yönelik hizmet verilen kurumlar ile ilgili olarak olumsuz algıların ortadan kalkmasını sağlayacak çalışmaların yapılması (medya, tanıtım, reklam, kamu spotu gibi),
- Huzurevinde (bakımevlerinde) kalma şartları, buralarda ne tür hizmetlerin verildiği, buralarda yaşayan bireylerin hak ve özgürlükleri, hakkında toplumun bilgilendirilme çalışmalarının yapılması,
- Sağlıklı aile ve toplum ilişkilerinin kurulması için çalışmalar yapılması,
- Bireysel ve toplumsal yaşam kalitesinin artırılması için gerekli düzenlemelerin sağlanması ve çalışmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017,

<http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=27587>, Erişim: 22.03.2018.

AGD, (2019). “Akademik Geriatri Derneği Bildirileri” Sempozyumu

AK, M. (2016). “Yaşlılık Olgusu Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma”, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü.

AKÖZER, Mehmet; NUHRAT, Cenap; SAY, Şebnem (2011). “Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması”, Aile ve Toplum Dergisi, Yıl:12,Cilt:7,Sayı:27,Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, s.103-129.

AKPOLAT, Melisa Ferda (2018).“Türkiye’de Artan Yaşlı Nüfus Ve Huzurevlerinin Sürdürülebilirliği: İstanbul İli Özel Huzurevleri Örneği” Yüksek Lisans Tezi

Alver, K. (2010). Emile Durkheim ve Kültür Sosyolojisi. Sosyoloji Dergisi. 3(21). 199-210.

Altan, Ömer Z. ve Yener Şişman. (2003). ‘Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar,’ Kamu-İş

İş Hukuku ve İktisat Dergisi, C. 7, S. 2, ss. 2-36.

ASPB (2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (2007)

ASPB (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) (2012). Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Taslağı, Ankara: [http://www. Ozurlu ve yaşlı. Gov](http://www.Ozurlu.ve.yasli.Gov)

ASPB (2012). Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri. 2012.

Arun, Ö. (2008). “Yaşlı bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar”. Gaziantep Üniveritesi Sosyal Bilimler Dergisi. 7(2), 313-330.

Arun, Ö. (2018). Türkiye’de Yaşlanma Çalışmaları Dün, Bugün, Yarın. Mediterranean Journal of Humanites.8(2). 41-61

Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.

Baran, A. G. (2003). “Yaşlılığın ve Yaşamın Anlamı Üzerine Niteliksel Araştırma”, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, s. 121-140. 9-12 Nisan, Denizli.

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

Baran, A. G., Kalinkara, V., Aral, N., Akın, G., Baran, G. ve Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve Aile İlişkileri Ankara Örneği, Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları: 127.

Barton, H. (1999). “Effects of an Intergenerational Program on the Attitudes of Emotionally Disturbed Youth Toward the Elderly”, *Educational Gerontology*, 25 (7): 623-640.

Cangöz, B. (1999). “Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim”, Kutsal Y.G. (ed.) Geriatri:Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım içinde (s. 99-104). Ankara: Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Yayını

Chalke, H.D. ve Dewhurst, J.R. (1957). “Accidental Coal-Gas Poisoning: Loss of Sense of Smell as a Possible Contributory Factor with Old People”, *British Medical Journal*, Cilt:2, Sayı:5050, s.915-917.

Charles, S., T. ve Carstensen, L. L. (2010). “Social and Emotional Aging”, *Annual Review of Psychology*, Cilt:61, s.383–409.

<http://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>

Charles, S. T. ve Mavandadı, S. (2003). “Relationships and Health Across the Life Span”, Lang F, Fingerman K (eds) *Growing Together: Personal Relationships Across the Life Span* içinde (s.240-267). New York: Cambridge University Press.

Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). “Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis”, *Psychological Bulletin*, Cilt:98, s.310–357.

Çağlar, T. (2017). Yaşlı Bakımı: Modeller ve Uygulamalar. (Birinci Baskı). Ankara: Nika Yayınevi.

Çengelci, E. (1993). “Sosyal Refahın Gerçekleştirilmesinde Sosyal Yardımların Rol ve Önemi”, *Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt:11, Sayı.1/2/3.

Danış, D. (2010). Nüfus meselelerine sosyolojik bir bakış

- Doty, R., Shaman, P., Applebaum, S. L., Giberson, R., Siksorski, L. ve Rosenberg, L. (1984).** “Smell Identification Ability: Changes with Age”, Science, Cilt: 226, Sayı:4681, s.1441-1443.
- Dinçer, Y., Usta, E., Bulduk, S. (2016).** “Üniversite Öğrencileri Gözüyle Yaşlılık Nasıl Algılanıyor”. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi Cilt 9, 26-38.
- DPT, (2006).** Bilgi Toplumu Stratejisi (2006-2010)
- DPT, (2007).** Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sempozyumu
- Durgun, B. (2015).** Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. İstanbul: Yalın Yayıncılık
- Duyan, V. (2000).** “Yaşlılık ve Gerontolojik Sosyal Hizmet”, Erkan G., Işıksan V. (eds.) Antropoloji ve Yaşlılık: Prof. Dr. Vedia Emiroğlu’na Armağan içinde, (s. 119) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını.
- Duyar, İ. (2005).** “İnsanda Yaşlılığın Evimi”. Türk Geriatri Dergisi 8 (4) 209-214. Düztepe Mahallesi Nüfusu Şahinbey Gaziantep, <http://www.nufusune.com/30365-gaziantep-sahinbey-duztepe-mahallesi-nufusu>, Erişim: 22.03.2018.
- Emiroğlu, V. (1995).** Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Ankara: Şafak Matbaacılık Ltd. Şti.
- Eurobarometer, (2012).**
- Erdönmez, P. A. (2007).** Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri, Bankacılar Dergisi, Sayı 62.
- ERSANLI, E. (2008).** Yaşlı Bakım Hizmetleri Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık (Ed: K.Ersanlı ve M. Kalkan), Ankara: Pegem Akademi.
- Fadıloğlu, Ç. (2006).** Yaşlılığın Toplumsal Boyutu: İleri Geriatri Hemşireliği (Ed. Fadıloğlu Ç.), İzmir: Meta Basım.
- Fratighoni, L., Wang, H., Ericsson, K., Maytan, M. ve Winblad, B. (2000).** “Influence of Social Network On Occurrence of Dementia: A Community-Based Longitudinal Study”, The Lancet, Cilt:355, Sayı: 9212, s.1315–1319. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)

Genç, A., Gönül Y., Karabacak H., Çoban, N.F., Üçok, K. (2013). Yaşlanmanın Fizyolojisi ve Anatomisi, S.11. Altındış M. (ed.), Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Gökkoca, Z. U. Ve Baharlıteker, N. (1999). “Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları”, H.Ü. Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt:18, Sayı: 3-4, s. 1-4.

Gürer, A. ve Ateş, M. (2013). “Yaşlı Bakım Hizmetleri”, Metin ATEŞ (ed.) Sağlık Hizmetleri Yönetimi içinde, (s. 197-269), İstanbul: Beta Basın Yayın Dağıtım A.Ş.

Güven, S. ve Cerit, G. (2003). “Ailede Kadınların Yaşlılık Dönemine İlişkin Görüşleri”, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, s. 285-298.9-12 Nisan, Denizli.

Hoyer, W. J. and Roodin, P. A. (2003). Adult Development and Aging, Fifth Edition, New York: McGraw-Hill.

Hablemitoğlu, Ş. Ve Özmete, E. (2010). Yaşlı Refahı: Yaşlılar için Sosyal Hizmet, Ankara: Kilit Yayınları.

İİE, (2020). Birleşmiş Milletler Sözlüğüne Göre Demografi Tanımı Ocak 2020.

İlgar, L. (2008). “Yaşlılık Dönemi Sosyal Özellikleri ve Serbest Zaman Etkinlikleri”, Ersanlı K., Kalkan M. (eds), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık içinde, (s. 63-96) Ankara: Pegem Akademi.

İnce, A. (2017). “Değer İle Sorun Arasında Türkiye’de Yaşlılarla İlgili Toplumsal Değer Yargıları (Din Bilimleri Perspektifinden Bir İnceleme). Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi Cilt 52 Özel sayı, 42-45.

Johnson, P., C. E. Zimmerman; “Labor Markets in an Ageing Europe”, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

Kalınkara, V. (2016). Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi. (Üçüncü Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.

Kalınkara, V. ve Erarı, F. (2002). “Yaşlıların Yaşam Tatmini ve Refahı Üzerine Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durumun Etkileri”, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2 (2): 82-95.

Kalaycı, I., Özkul, M. (2017). “Geleneksel Kalabilsem Modern Olabilsem Modernleşme sürecinde Yaşlılık Deneyimleri”. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyon

Karadeniz, G. (2008). “Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri”, Ersanlı K., Kalkan M. (eds), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık içinde, (s. 19-38) Ankara: Pegem Akademi.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002). “Yaşlılıkta Evde Bakım”, Turkish Journal Of Geriatrics, Cilt: 5, Sayı:4, s.155-159.

Koçyiğit, H. ve ark. (1999). “Romatizmal Hastalığı Olan Bir Grup Hasta İle Çalışma” Kısa Form-36 ‘nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği ve Geçerliliği

Leung, C.W. ve Harvey, I. (2002). “Is skin ageing in the elderly caused by sun exposure or smoking?”, British Journal of Dermatology, Cilt: 147, Sayı:6, s.1187–1191. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04991.x

MEB, Mevzuat (1983). <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/132.html>

Moody, R. Harry (2006). “Aging Concepts and Controversies”, Pine Forge Press, Sage Publications Company, Fifth Edition.

Murakami, I. (2016). Aileye İlişkin Araştırmalarda Yaşlılık Algısının Değişimi. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi 36(2), 520-525.

Murat, S.(2000). Bütünleşme Sürecinde Türkiye ve AB’nin Karşılaştırmalı Sosyal Yapısı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2000

Nazlı, A. (2016). Yaşlanma, Birey ve Toplum: Yaşlanmaya Sosyolojik Bakış. Ege Tıp Dergisi. 55(Özel Sayı), 1-5

Nişancı, Z. (2012). “Toplumsal Kültür, Örgüt Kültürü İlişkisi ve Yönetim Üzerine Yansımaları”. Batman University Journal of Life Sciences 1(1), 1279-1293.

Onat, Ü. (2004). “Yaşlanma ve Sosyal Hizmet. Yaşlılık Gerçeği”, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM), Ankara.

Onur, B. (2000). Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm, 5. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi.

Özel Huzurevleri Mevzuatı.(2008).

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-4.htm>

Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). “Evde Bakımın Yaşlı ve Aile

Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri”. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (1), 39-49.

Özel Huzurevleri Yönetmeliği

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-4.htm>

Rowe, J. W. and Kahn, R. L. (1997). “Successul Aging”, The Gerontologist, 37 (4): 433-440.

Salman, M. (2001). “Gençlerin Yaşlı ve Yaşlılığa Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma”, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi, s. 300-310. 10-11 Ekim, Ankara.

Sharps, M.-Price-Sharps, J. and Hanson, J. (1998). “Attitudes of Young Adults Toward Older Adults: Evidence from the United States and Thailand, Educational Gerontology, 24 (7): 655-660.

T.C. Başbakanlık SYDG Müdürlüğü, 2006

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140913.pdf>

Tanrıverdi, H. (2018). “Din Kültür İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme”. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 8(3), 595-601.

Tezcan, M. (1982). Toplumsal Değişme ve Yaşlılık. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 15(2), 169-177.

Toprak İ, Soydal T, Bal, E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H. (2002). Yaşlı Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2002; 13-24.

Tufan, İ. (2001). “Yaşlanan Dünya“da Bir Delikanlı: Türkiye”. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 12(3), 27-49. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 13(2), 11-37.

Tufan, İ. (2002). “Yaşlanan Kadınıımız Bağımsızlığa Nasıl Kavuşur? Yaşlanma: Kadının Değiştirilmesi Mümkün Olmayan Yazgısı”.

Tufan, İ. Yazıcı. S. (2009). “Yaşlılıkta Kuşaklar Arası İlişkiler”. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 20(1), 47-52.

Troisi J, Gökçe Kutsal Y. (2006). Introduction. In: Troisi J, Gökçe Kutsal Y (Eds): Aging in Turkey, International Institute on Ageing and Hacettepe University Research Center of Geriatrics Sciences-GEBAM, Veritas Press, Malta, 2006, pp: 1-8.

Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research Cilt: 10 Sayı: 52

UN. (2015). World Population Ageing, 2015, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf (Erişim Tarihi:24Mayıs2020).

Varışlı, B. (2017). “Türkiye’de Yaşlanma ve Demografi”, Gerontoloji Disiplinlerarası İşbirliği. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Yapıcıoğlu, A. (2008). Modernleşme Süreci ve Yaşlılık: İki Yerleşim Yerinde Modernitenin Yaşlılığa Etkileri. (Yayımlanmış Yüksek lisans Tezi), Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

Yertutan, C. (1991). “Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler”. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2(2).

Yerli G. (Ekim 2017). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research Cilt: 10 Sayı: 52

Yılmaz, A. (2013). “Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler”, Altındış M. (ed.) *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı* içinde, (s. 1-8) İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Zastrow, C., Karen, K., Ashman K. (2015). İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre 2 Yetişkinlik- Yaşlılık, (Çev. E. Türközü, B. Alparslan). Ankara: Nika Yayınları

8. EKLER



EK-1 Anket Formu

Anket no:

Tarih: .../.../2018

Sizi “Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesi İkamet Eden 55 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Huzurevlerinde Bakıma Yaklaşımları” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.

Doç. Dr. Medet
KORKMAZ
Hem. Ayşe İNCAMAN

A- KİŞİSEL BİLGİLER

- Yaş:.....
- Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
- Eğitim durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlköğretim
 4. Ortaöğretim 5. Üniversite ve üstü
- Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekâr
- Sosyal Güvence: 1. Evet 2. Hayır
- Mesleğiniz: 1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Emekli
 4. Memur 5. Serbest 6. Diğer
.....
- Çalışma Durumunuz Nedir? 1. Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2. Yarım Gün ya da Belli Saatlerde Çalışıyorum
 3. Çalışmıyorum

8. Birlikte Yaşadığınız Kişiler? 1. Evde Yalnız 2. Eşimle
 3. Eşim ve Çocuklarım 4. Diğer Aile

Üyeleri

9. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet.....
 2. Hayır
10. Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? 1. Evet.....
 2. Hayır



EK-1 Anket Formu (devamı)

B- Yaşlılık ve Huzurevine İlişkin Düşünceleri

1. Sizce yaşlılık kaç yaşında başlar? yaş üstü.
2. Huzur evinde yaşamak ister misiniz?
1. Evet 2. Hayır
3. İkinci soruya yanıtınız hayır ise nedenini açıkla mısınız?
.....
.....
.....
4. Bir gün huzurevinde yaşamak zorunda kalırsanız bu sizi üzer mi?
1. Evet 2. Hayır
5. Huzurevinin adı rehabilitasyon merkezi ya da yaşam köyü gibi başka bir şey olsa kalmak ister miydiniz?
1. Evet 2. Hayır
6. Sizce huzurevinde kimler kalmalıdır?
 - a. Kimsesi olmayanlar
 - b. Yatağa bağımlı olanlar
 - c. Maddi durumu iyi olmayanlar
 - d. Emekliler
 - e. Herkes
7. Huzur evlerinin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
8. Yaşlıların bakım ihtiyaçları gençlerden daha fazla mıdır?
1. Evet 2. Hayır
9. Yaşlı bireylerin uzman kişilerce verilen bakıma gereksinim duyduklarını düşünüyor musunuz?
Evet Hayır
10. Yaşlılara kim bakmalıdır?
1. Evlatları 2. Akrabaları 3. Torunları 4. Diğer.....
11. Yaşlı hakları diye bir kavram duyduunuz mu?
Evet Hayır
12. Türkiye de huzur evleri olmalı mı?
Evet Hayır

EK-1 Anket Formu (devamı)

13. Yaşlılara hizmet veren bildiğiniz huzurevi dışında kurum/kuruluş var mı?

1. Evet (Cevabınız evet ise:.....) 2. Hayır

14. Huzurevlerinde ne tür hizmetler verildiğini biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

15. Cevabınız evet ise neler olduğunu açıklar mısınız?

.....
.....
.....

16. Huzurevlerinde ne tür sosyal faaliyetler yapıldığını biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

17. Cevabınız evet ise neler olduğunu açıklar mısınız?

.....
.....
.....

18. Huzurevinde kalanlar isterlerse gün içinde veya akşam kurum dışına çıkabilir mi? Bu konuda bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

19. Huzurevinde kalanlara ziyaretçileri gelebilir mi?

1. Evet 2. Hayır

20. Huzurevinde kalma şartları ile ilgili bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

EK-2 Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile (NHP))

Anket no:

Tarih:...../...../2018

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şuanda sahip olduğunuz problem için EVET, olmadığı problem için HAYIR kutucuğunu işaretleyiniz.

AĞRI		EVET	HAYIR
1	Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor		
2	Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor		
3	Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor		
4	Oturduğum zaman ağrım oluyor		
5	Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor		
6	Geceleri ağrım oluyor		
7	Dayanılmaz ağrılarım var		
8	Sürekli ağrılar içindeyim		
Alt Bölüm Toplam Puan		
DUYGUSAL REAKSİYONLAR		EVET	HAYIR
1	Olaylar beni zorluyor		
2	Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum		
3	Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum		
4	Günler zor geçiyor		
5	Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum		
6	Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum		
7	Endişelerim gece uyumama engel oluyor		
8	Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum		
9	Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum		
Alt Bölüm Toplam Puan		
UYKU		EVET	HAYIR
1	Uyku ilacı alıyorum		
2	Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum		
3	Gece uykum kaçıyor		
4	Uyumakta güçlük çekiyorum		
5	Gece uykum çok kötü		
Alt Bölüm Toplam Puan		

EK-2 Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile (NHP) (devamı))

SOSYAL İZOLASYON		EVET	HAYIR
1	Kendimi yalnız hissediyorum		
2	İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum		
3	Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum		
4	İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum		
5	İnsanlarla geçinmek güç geliyor		
Alt Bölüm Toplam Puan		
FİZİKSEL AKTİVİTE		EVET	HAYIR
1	Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum		
2	Eğilmek benim için çok zor		
3	Hiç yürüyemiyorum		
4	Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum		
5	Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum		
6	Giyinirken zorlanıyorum		
7	Uzun süre ayakta duramıyorum		
8	Sokakta yürümek için yardım gerekiyor		
Alt Bölüm Toplam Puan		
ENERJİ		EVET	HAYIR
1	Enerjim kısa sürede tükeniyor		
2	Her şey çaba harcamamı gerektiriyor		
3	Her zaman yorgunum		
Alt Bölüm Toplam Puan		

EK-3 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel 1 Çok iyi 2 İyi 3 Orta 4 Kötü 5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi 1

Geçen seneden biraz daha iyi 2

Geçen sene ile aynı 3

Geçen seneden biraz daha kötü 4

Geçen seneden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. Aktivitenizde istediğinizden daha az kısım tamamlanması oldu mu?	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama gibi bir durum oldu mu?	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Biraz 4 Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5 Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman 1 Çoğu zaman 2 Bazı zamanlarda 3 Çok az zaman 4 Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi

Puanlama

1. a 5
b 4.4
c 3.4
d 2
e 1

2. a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

3. a 1-2-3 1= evet çok zorluyor
b 1-2-3 2= evet biraz zorluyor
c 1-2-3 3= hayır hiç zorlamıyor
d 1-2-3
e 1-2-3
f 1-2-3
g 1-2-3
h 1-2-3
i 1-2-3
j 1-2-3

4. a 1-2 1= evet
b 1-2 2= hayır
c 1-2
d 1-2

5. a 1-2 1= evet
b 1-2 2= hayır
c 1-2

6. a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

7. a 1 ise 6
b 2 ise 5.4
c 3 ise 4.2
d 4 ise 3.1
e 5 ise 2.2
f 6 ise 1

8. a aynı zamanda madde 7'de 1 ise

- 6
a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

9. a, e, d ve h için;

- a 6
b 5
c 4
d 3
e 2
f 1

- b, c, f, g ve i için;

- a 1
b 2
c 3
d 4
e 5
f 6

10. a 1
b 2
c 3
d 4
e 5

11. a ve c için;

- a 1
b 2
c 3
d 4
e 5

- b ve d için;

- a 5
b 4
c 3
d 2
e

EK-4 Etik Kurul Karar Formu

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesinde İka met Eden 55 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Huzurevlerinde Bakıma Yaklaşımları
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Medet KORKMAZ
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	Başvuru Tarihi	23.03.2018
	Araştırmanın Türü	Anket
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2018/02	Karar No: 24	Tarih: 29.03.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyostatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X				X	X	
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X				X	X	

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU
SANKO Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-4 Etik Kurul Karar Formu (devamı)

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


BASVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Elli Beş Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Profili ve Huzurevine İlişkin Düşünceleri
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Medet KORKMAZ
	Kurumu	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	16.07.2020
	Araştırmanın Türü	Anket Çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 00
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta+	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2020/13	Karar No: 01	Tarih: 29.07.2020
	29.03.2018 tarih ve 2018/02 numaralı oturumda görüşülüp; gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenen "Gaziantep İli Şahinbey Düztepe Mahallesi İkamet Eden 55 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Huzureverlerinde Bakıma Yaklaşımları" adıyla etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilen çalışmanın adı; "Elli Beş Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık Profili ve Huzurevine İlişkin Düşünceleri" olarak değiştirilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Doç. Dr. Pelin ÖZYOL Üye	Göz Hastalıkları	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Dr. Öğr. Üyesi Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Dr. Öğr. Üyesi Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Dr. Öğr. Üyesi Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜNEL KARADENİZ Üye	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Orhan GÜRER Üye	Genel Cerrahi	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi	X			X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		KATILMADI

EK-5 Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;">T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>
---	---

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Ayşe Anabilim Dalı : Hemşirelik AD
Soyadı : İNCAMAN Programı : Hemşirelik Tezli (İç Hastalıkları Hemşireliği)
Öğrenci No : 161101026 Statüsü : Yüksek Lisans

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Medet KORKMAZ
Tez Adı : Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Düztepe Mahallesinde İkamet Eden 55 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Huzurevlerinde Bakıma Yaklaşımları

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi	19	11.03.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası	11	09.07.2020

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 22 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 11'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL

Enstitü Sekreteri

09.07.2020

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.

*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK- 6 Özgeçmiş

Adı	Ayşe
Soyadı	İnceman
Doğum Tarihi	03.01.1983
Doğum Yeri	Gaziantep
e-mail	aincaman@gmail.com

Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	19 Mayıs Üniversitesi	2004
P.Formasyon	Amasya Üniversitesi	2015
Yüksek Lisans	SANKO Üniversitesi	2020

İş deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
1.	Hemşire	SEV Amerikan Hastane	15 yıl
2.	Ameliyathane Sorumlu Hemşire	SEV Amerikan Hastane	6 yıl
3.	Hemşirelik Esasları Dersi ve İç Hastalıkları Dersi Öğretmenliği	Fatih Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1yıl
4.	GİSEM Eğitim Akademi Gaziantep	İlkyardım Eğitici Eğitimci	1 yıl

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi*
Microsoft Office	İyi