

T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Nur BALCI YAPALAK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM

Ağustos 2020

T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Nur BALCI YAPALAK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM

Ağustos 2020

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ayşe Nur BALCI YAPALAK

İSTANBUL-2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecimin son yarısında engin tecrübelerinden faydalanmamı sağlayan, bana her koşulda yol gösteren ve desteğini esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM'a teşekkür ederim.

Asistanlığa yeni başladığım, benim için en belirsiz olan yıllarda heyecanımı hep canlı tutmamı sağlayan, isteklerim doğrultusunda beni yönlendiren ve her türlü fırsattan faydalanabilmem için elinden geleni yapan değerli hocam Doç. Dr. Perihan TORUN'a teşekkür ederim.

Tez jüriliğimi kabul ettikleri, tezime katkıları, anlayışlı ve cesaret verici yaklaşımları için sevgili tez jürilerim Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR ve Prof. Dr. Selma KARABEY'e teşekkürlerimi sunarım. Tez çevirimde bana yardımcı olan, deneyimlerini benimle paylaşıp destek olan Dr. Öğr. Üyesi Hifa Gülru Çağlar'a teşekkür ederim.

Asistanlık hayatım boyunca her ihtiyaç duyduğumda yanına koştuğum ve desteğini hissettiğim Ceyda ACAR'a, huzurlu ve samimi çalışma ortamı için tüm asistan arkadaşlarıma minnetlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahibi olan, tüm hayatım boyunca beni dinleyen, yönlendiren, bana destek olan ve sevgisini hissettiren, en değerlilerim annem ve babam Şükriye ve Mehmet Sadık BALCI'ya, en yakın arkadaşım, sırdaşım, göz bebeğim kardeşim Büşra Betül ÖZCAN'a, fakülte sıralarından beri en büyük desteğim ve yol arkadaşım olan biricik eşim Yunus YAPALAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	x
ÖZET	xi
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1. Demografik Dönüşüm	4
2.1.2. Uzayan Yaşam Yıllarında Sağlık	6
2.1.2.1. Sağlıklı yaşlanma.....	7
2.1.2.2. Aktif Yaşlanma.....	9
2.1.3. Değişen Dünyada Yaşlılık.....	10
2.1.3.1. Uzun dönem bakım sistemleri	12
2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH'lar)	14
2.2.1. Yaşlılıkta bulaşıcı olmayan hastalıklar	18
2.2.2. Bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme	20
2.2.2.1. Tütün kullanımı	22
2.2.2.2. Fiziksel inaktivite	24
2.2.2.3. Sağlıksız beslenme	26
2.2.2.4. Alkol tüketimi.....	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırma Türü	33
3.2. Evren ve Örneklem.....	33
3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	35

3.3.1. Demografik özellikler	35
3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II)	36
3.3.3. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NSP).....	38
3.4. Verilerin Analizi	39
4. BULGULAR	42
4.1. Örneklem Demografisi	42
4.1.1. Kalınan yer özellikleri	44
4.1.2. Sağlık durumları	46
4.1.3. Günlük rutinler ve aktiviteler	47
4.1.4. Huzurevinde kalma nedenleri.....	49
4.1.5. Huzurevi ile ilgili düşünceler	53
4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II)	57
4.2.1. Değişkenlerin SYBD-II'ye etkisi	59
4.3. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NSP).....	64
4.3.1. Değişkenlerin NSP'ye etkisi	66
4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinin karşılaştırılması.....	70
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	72
5.1. Tartışma.....	72
5.1.1. Demografi.....	72
5.1.1.1. Günlük rutinler ve aktiviteler	75
5.1.1.2. Huzurevinde kalma nedenleri	75
5.1.1.3. Huzurevi ile ilgili düşünceler	76
5.1.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	78
5.1.3. Sağlık profilleri	80
5.2. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	82
5.3. Çalışmada Karşılaşılan Zorluklar	84
5.4. Sonuç	84
6. KAYNAKLAR.....	86
7. EKLER.....	96
Ek 1. Veri Toplama Formu	96

Ek 2. Onam Formu	104
Ek 3. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlık İzni.....	106
Ek 4. Etik Kurul Onayı	110
Ek 5. Nasihatler	113



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1- Yaşam boyu fonksiyonel kapasitenin değişimi	4
Şekil 2.2- Yıllara göre doğuşta beklenen yaşam süreleri.	5
Şekil 2.3- Yıllara göre fertilité oranları.....	6
Şekil 2.4- Dünyada ve Türkiye'de yıllara göre doğuşta beklenen yaşam ve doğuşta beklenen sağlıklı yaşam süreleri.	7
Şekil 2.5- DSÖ sağlıklı yaşlanma modeli.	8
Şekil 2.6- Dünya (üstte) ve Türkiye'de (altta) YLL nedenlerinin yıllara göre dağılımı.	15
Şekil 2.7- Dünya (üstte) ve Türkiye'de (altta) YLD nedenlerinin yıllara göre dağılımı.	15
Şekil 2.8- Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu YLL değişimi.	16
Şekil 2.9- Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu YLD değişimi.	16
Şekil 2.10- Dünyada ve Türkiye'de 70 yaş üzeri YLL'ye en çok neden olan 6 bulaşıcı olmayan hastalığın yaşla YLL değişimi, 2017.....	19
Şekil 2.11- Dünyada ve Türkiye'de 70 yaş üzeri YLD'ye en çok neden olan 7 bulaşıcı olmayan hastalığın yaşla YLD değişimi, 2017.	19
Şekil 2.12- 2017 yılı bulaşıcı olmayan hastalıkların risk nedenlerinin dağılımı.	20
Şekil 2.13- 2017 yılı tütün kullanımının (pasif içicilik dahil) neden olduğu YLL. ...	22
Şekil 2.14- 2017 yılı tütün kullanımının (pasif içicilik dahil) neden olduğu YLD....	23
Şekil 2.15- 2017 yılı düşük fiziksel aktivitenin neden olduğu YLL.	25
Şekil 2.16- 2017 yılı düşük fiziksel aktivitenin neden olduğu YLD.....	25
Şekil 2.17- 2017 yılı riskli beslenmenin neden olduğu YLL.....	27
Şekil 2.18- 2017 yılı riskli beslenmenin neden olduğu YLD.	28
Şekil 2.19- 2017 yılı alkol kullanımının neden olduğu YLL.....	31
Şekil 2.20- 2017 yılı alkol kullanımının neden olduğu YLD.....	31

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1- YLL'ye yol açan ilk 10 neden, 2017.	17
Tablo 2.2- YLD'ye yol açan ilk 10 neden, 2017.....	18
Tablo 2.3- Maliyet etkin müdahaleler (Best Buy)	21
Tablo 4.1- Katılımcıların demografik bilgileri.	43
Tablo 4.2- Katılımcıların kaldıkları yer bilgileri.	45
Tablo 4.3- Katılımcıların sağlık durumları.	46
Tablo 4.4- Katılımcıların günlük rutinleri ve yaptıkları aktiviteler.	47
Tablo 4.5- Katılımcıların huzurevinde kalma nedenlerinin temaları.	49
Tablo 4.6- Katılımcıların huzurevinde memnun oldukları ve olmadıkları konular. ..	53
Tablo 4.7- Katılımcıların huzurevine gelmeden önce huzurevi hakkındaki düşünceleri	56
Tablo 4.8- Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ortalama puanları ve ölçeğin güvenilirliği.....	57
Tablo 4.9- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam ve alt ölçekleri puanlarının korelasyonu.	58
Tablo 4.10- Konaklanan ortama göre SYBD-II puan ortalamalarının karşılaştırılması.	59
Tablo 4.11- Kategorik demografik değişkenlere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.12- Nicel ve ordinal değişkenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanları ile korelasyonu.	62
Tablo 4.13- Sağlık durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.14- Nottingham Sağlık Profili Ölçeği ortalama puanları ve ölçeğin güvenilirliği.	64
Tablo 4.15- Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt ölçekleri puanlarının korelasyonu.	65

Tablo 4.16- Konaklanan ortama göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.17- Kategorik demografik değişkenlere göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.	67
Tablo 4.18- Nicel ve ordinal değişkenlerin Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puanları ile korelasyonu.	68
Tablo 4.19- Sağlık durumuna göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.20- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ile Nottingham Sağlık Profili Ölçeklerinin korelasyonu.	71
Tablo 5.1- İstanbul 60 yaş ve üzeri nüfus dağılımı, 2019.....	73



KISALTMALAR

AAI: Active Ageing Index (Aktif Yaşlanma Endeksi)

AB: Avrupa Birliği

AÇSH: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler

BM: Birleşmiş Milletler

BOH: Bulaşıcı olmayan hastalık

DALY: Disability Adjusted Life Years (Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBD: Küresel Hastalık Yükü Çalışması

HALE: Healthy Life Expectancy (Sağlıklı yaşam beklentisi)

ISCO-08: Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması 2008

LPAS: The Lancet Fiziksel Aktivite Serileri

NSP: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

YLD: Years Lived with Disability (Yeti yitimi ile geçirilen yıllar)

YLL: Years of Life Lost (Kaybedilen yaşam yılları)

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye’de de dünyada olduğu gibi artmaktadır. Ancak yaşam süresinin uzaması kadar, yaşamın sağlıklı bir şekilde geçirilmesi de önem taşımaktadır. İleri yaşlarda kişilerin en çok maruz kaldıkları sağlık sorunu ise bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ise kişilerin sağlıklı alışkanlıklar geliştirmeleriyle mümkündür. Çalışmanın amacı huzurevinde kalan yaşlıların sağlıklı yaşam davranış durumlarını tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan araştırma İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı 9 huzurevinden çalışmamızın yapılmasına izin veren 5’inde (Prof. Dr. Fahrettin Kerim- Nilüfer Gökay, Beylikdüzü, İzzet Baysal ve Kartal Maltepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi) yapılmıştır. Kurumlarda özel bakım hizmeti alan ya da normal bakım hizmeti alıp unutkanlığı, uzuv kaybı, duyma veya konuşma problemi olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

%80 güç ve %5 hata payı ile yapılan güç analizinde çalışmaya toplam 120 kişinin dahil edilmesi gerektiği bulunmuştur. Her huzurevi bir küme olarak kabul edilmiş, her kümeden normal bakım hizmeti alan kişi sayısı ile orantılı sayıda kişi ile görüşülmüştür. Görüşülen kişiler ortak alanda bulunup, çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılardan oluşmuştur. Katılımcılara sosyo-demografik bilgiler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II) ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinin (NSP) ilk bölümü olmak üzere 3 kısımdan oluşan anket uygulanmıştır. Çalışma için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 30.07.2019 tarihli 15/286 karar nolu etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: 120 katılımcının %40’ı (n=48) kadındı, yaş ortalamaları ise $75,8 \pm 7,8$ yıldır. %14,3’ü (n=17) hiç okula gitmemiş, %42,9’u (n=51) lise ve üzeri eğitim almıştır.

%16'sı (n=19) evli, %68,9'u (n=82) duludur. %85,8'inin (n=103) en az bir kronik hastalığı bulunmakta, %29,5'si (n=33) sigara içmektedir.

Katılımcılar SYBD-II'nin alt boyutlarından soru başına aldıkları en yüksek puanları sırasıyla manevi gelişim ve stres yönetiminden, en düşük puanları ise sırasıyla sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktiviteden almıştır. Sağlık sorumluluğu kadınlarda erkeklere göre ($p<0,001$), eşi vefat edenlerde eşinden boşananlara göre ($p=0,036$), en az bir kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre ($p=0,003$) daha iyi bulunmuştur. Eğitimin arttıkça manevi gelişim ve toplam SYBD-II puanının arttığı görülmüştür (sırasıyla $r=0,476$ ve $0,228$). Çocuğu olanların olmayanlara göre ($p=0,045$), kronik hastalığı olmayanların olanlara göre ($p=0,006$) fiziksel olarak daha aktif oldukları bulunmuştur.

Katılımcılar arasında NSP'de en iyi durumda olan alt gruplar sırasıyla ağrı, enerji ve duygusal reaksiyonlar, en kötü durumda olanlar ise sırasıyla uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivitedir. Erkeklerin kadınlara göre fiziksel olarak daha aktif ($p=0,037$), hayatının çoğunu İstanbul'da geçirmeyenlerin İstanbul'da geçirenlere göre ($p=0,047$) sosyal olarak daha izole oldukları görülmüştür. Yaş arttıkça kişilerin ağrı, fiziksel aktivite ve enerji profillerinin kötüleştiği bulunmuştur (sırasıyla $r=0,307$, $0,230$, $0,217$). Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ağrı ve fiziksel aktivite profillerinin daha kötü olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,009$, $0,002$). Huzurevinde kalış süresi arttıkça da kişilerin uykularının iyileştiği görülmüştür ($r=-0,211$).

Sonuç: Kullanılan ölçeklerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, uyku gibi alışkanlıkları değerlendiren alt grupların puanları, kişileri duygusal yönden değerlendiren alt gruplardan daha kötü bulunmuştur. Sigara içimi ise kişilerin %30'unda halen devam etmektedir. Huzurevi yaşlılarının alışkanlıklarını daha sağlıklı hale getirmek için daha çok ve farklı müdahaleye ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı sağlığı, huzurevi, sağlıklı yaşam davranışları

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN NURSING HOMES

SUMMARY

Introduction: Life expectancy at birth has been increasing in Turkey as it is in the world. However, a healthy life is as important as a long life and the most common health problem in old ages is non-communicable diseases. Prevention of non-communicable diseases is possible by developing healthy habits. The aim of the study is to determine the healthy lifestyle behaviors of the elderly people living in nursing homes.

Methods: There are nine nursing homes in İstanbul administered by Ministry of Family, Labor and Social Services. This cross-sectional study was conducted in 5 of these nursing homes (Prof. Fahrettin Kerim- Nilüfer Gökay, Beylikdüzü, İzzet Baysal and Kartal Maltepe Nursing Home, Elderly Care and Rehabilitation Centers and Zeytinburnu Semiha Şakir Nursing Home), that approved the research to be conducted in their facilities. People who received special care services in institutions or who received normal care but had amnesia, loss of limbs, hearing or speech problems were not included in the study.

120 people were required to be included in the study according to the power analysis with 80% power and 5% margin of error. Each nursing home was considered as a cluster. The participants were chosen from the nursing home residents who were in the common area and agreed to participate in the study. A questionnaire that contains socio-demographic information, Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) and the first part of Nottingham Health Profile Scale (NHP) were applied to the participants. 15/286 numbered ethic approval was obtained from Bezmialem Vakif University Non-Invasive Researches Ethics Committee on 30.07.2019.

Findings: Average age of 120 participants was 75.8 ± 7.8 and 40% of them (n=48) were women. 14.3% of participants (n = 17) never went to school and 42.9% (n = 51) got high school or higher education. 16.0% (n = 19) are married, 68.9% (n = 82) were

widowed. 85.8% (n = 103) of them have at least one chronic disease, 29.5% (n = 33) of them smoke.

The highest scores per question from the sub-dimensions of HPLP-II that participants received were spiritual growth and stress management, respectively and the lowest scores were health responsibility and physical activity, respectively. It was found that health responsibility is better in women than men ($p < 0.001$), in widowed than divorced ($p = 0.036$), and in those with at least one chronic disease ($p = 0.003$). It was observed that as education increased, spiritual growth and total HPLP-II scores increased ($r = 0.476$ and 0.228 , respectively). It was found that those with children ($p = 0.045$) were more physically active than those without children and those with chronic disease than without chronic disease ($p = 0.006$).

The best sub-dimensions of NHP that participants got were pain, energy level and emotional reaction, respectively and the worst ones are sleep, social isolation and physical mobility, respectively. It was observed that men were physically more active than women ($p = 0.037$), and those who did not spend most of their life in Istanbul were more socially isolated than those who lived mostly in Istanbul ($p = 0.047$). It was found that as the age increased, the pain, physical activity and energy profiles of the people worsen ($r = 0.307$, 0.230 , 0.217 , respectively). It was observed that the pain and physical activity profiles of those with chronic diseases were worse than those without chronic diseases ($p = 0.009$, 0.002 , respectively). It was found that as the stay time in the nursing home increased, the sleep of the individuals improved ($r = -0.211$).

Conclusion: The scores obtained from scale sub-dimensions containing habits such as health responsibility, physical activity and sleep were worse than emotionally evaluating sub-dimensions. %30 of the participants continue smoking. More suitable and wide-ranged interventions are required for improvement of the lifestyle habits among elderly nursing home residents to promote better health.

Keywords: Elderly health, nursing home, healthy lifestyle behaviours

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya demografik açıdan hızlı bir değişimin içindedir. Dünya nüfusunda olduğu gibi ülkemiz de hızla yaşlanmaktadır. Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi 1990 yılında 69, 2000 yılında 74 iken, 2017 yılında 79’a çıkmıştır [1]. 65 yaş ve üzeri kişiler 2007 senesinde nüfusumuzun %7,1’ini oluştururken 2019’da bu oran %9,1’e yükselmiştir. Ayrıca doğum oranlarında da belirgin bir düşüş vardır [2].

Bu demografik değişimin başlıca nedenleri sanayileşme, teknolojik gelişmeler, kentleşme vb. olmakla birlikte, kısır bir döngü halinde bu sonuçlar birbirlerini tetiklemektedir. Bu değişimler aile yapısını da etkilemekte geniş aileler yerini çekirdek ailelere bırakmaktadır. Küçülen aile yapısında yaşlılara düşen roller, ihtiyaçlarını karşılayacak kişiler azalmakta, yaşlıların ruhsal sağlıkları ise olumsuz yönde etkilenmektedir [3].

Özellikle kentte yaşayan yaşlıların çocuklarından ayrı yaşamaya başlaması, ihtiyaçları dışarıdan hizmet alarak karşılamak zorunluluğu doğurmuştur. Bunun için dünya evde bakım sistemlerine, eve gelen bakıcılara ya da huzurevleri gibi kurumsal yapılara yönelmeye başlamıştır. Bu yönelim huzurevleri gibi kurumsal yapıların yaşlıları kendi yaşam alanlarından koparması, bakıcıların genelde profesyonellikten uzak olması gibi sorunları ortaya çıkarmıştır [3].

Türkiye’de durum biraz daha farklıdır. Çocuklar ebeveynleri ile aynı evde oturmasalar da genelde yakın muhitlerde ikamet etmeyi tercih etmekte ve ebeveynlerinin bakımlarından kendilerini tamamen soyutlamamaktadır. Evde bakım hizmetleri yeterli olmadığı için de günlük ihtiyaçları karşılayacak bakıcılara yönelim vardır. Huzurevleri ise yaşlılar tarafından pek kabul görmemekte, kültürümüzde anne babayı huzurevine göndermek ayıp olarak nitelendirilmektedir. Buna rağmen özellikle büyük şehirlerde huzurevi sayıları ve doluluk oranları giderek artmaktadır [4].

Yaşanan yılları arttırmak büyük bir başarıdır ancak uzayan yaşam süresinin de nitelikli hale getirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de ömür uzamakta bununla birlikte

sağlıklı yaşanamayan yıllar da artmaktadır. 1990 yılında Türkiye’de ortalama 9,69 yıl sağlıklı yaşanırken, 2017 senesinde ise bu sayı 11,09 yıla yükselmiştir [1].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı yaşlanmayı, yaşlılıkta iyilik halini sağlayacak fonksiyonel yeteneklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi olarak tanımlamaktadır [3]. Bu amaçla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020” hazırlanmıştır. Bu planda, bu iyilik halinin sağlanması için öngörülen gerekliliklerden biri de kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesidir [5]. Özellikle ilerleyen yaşlarda görülme riski artan bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesinde sağlıklı yaşam davranışları oldukça önemlidir [6].

Çalışmamızın hedefi yaşlıların sağlıklarına katkı sağlayacak alışkanlıklarının ne düzeyde olduğunu ve nelerden etkilendiklerini belirlemektir. Böylelikle geliştirilmesi gereken yönlerin belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Demografik değişimler sonucu huzurevlerini bakım ve yaşam alanı olarak tercih eden kişi sayısı artmaya başlamıştır. Yaşam tarzlarını sağlıklı hale getirmek adına kurumsal yapılardaki kişilere müdahale etmenin daha kolay olacağı tahmin edilmektedir. Çalışmamız bu nedenle İstanbul ilindeki huzurevlerinde yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

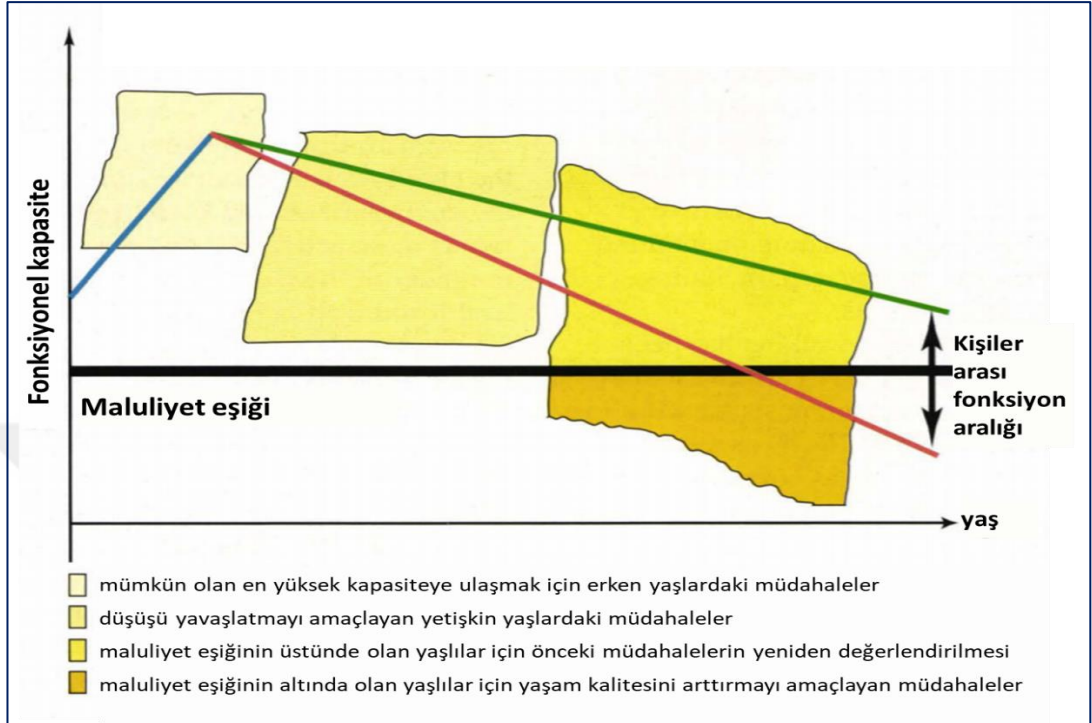
Birleşmiş Milletler (BM) ve diğer uluslararası kuruluşlar eskiden kronolojik olarak yaşlılığı 60 yaş ve üzeri olarak tanımlarken, şimdi çoğu bunun 65 yaş ve üzeri olması konusunda hemfikirdir. Beklenen yaşamın uzamasıyla ileri yaşlar da kendi içinde genç yaşlı (60-69), yaşlı (70-79) ve ileri yaşlı (80+) olmak üzere gruplandırılmaya başlanmıştır. Özellikle beklenen yaşam süresi oldukça uzun olan bölgelerde bu gruplara asırlık (100+) ve süper-asırlık (110+) gibi yaş grupları da eklenmektedir [7].

Yaşlılık şimdiye kadar birçok sektörde farklı bakış açısıyla tanımlanmış ve tanımı özellikle kültüre göre çeşitlilik göstermiştir. Hatta aynı toplumun parçası olan kişiler tarafından değişik şekilde yorumlanabilmiştir. 2009'da Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma raporunda katılımcıların %79'u yaşlılık belirtisi olarak 85 yaşını geçmeyi, %76'sı bağımsız yaşayamamayı, %66'sı araba sürememeyi göstermiştir. Yaşlılığı tanımlamak için kronolojik yaş sınırı sorulduğunda ise 18-29 yaş arası katılımcıların cevap ortalamaları 60 yaş, 30-49 yaş katılımcıların 69 yaş, 50-64 yaş katılımcıların 72 yaş, 65 yaş ve üzeri katılımcıların ise 74 yaş olmuştur. Yaşlanmanın başlangıcını belirlemenin psikolojik olarak ise neredeyse imkânsız olduğu düşünülmektedir [8, 9].

Tarihsel antropoloji yaşamın dönemlerini tanımlarken kronolojik yaş ve ailesel durumları birlikte göz önünde bulundurmıştır. Mesela 30 yaşında evlenmemiş birini genç sayarken, yaşından bağımsız torunu olan birini yaşlı kategorisine koyabilmektedir. Ekonomistler farklı olarak yaşlılığı iş gücüne katılım sağlanamayan yıllar olarak tanımlamıştır. [10]

Biyolojik olarak ise yaşlanma, hücre hasarının artmasıyla fiziksel ve zihinsel potansiyelimiz azalması, bunun sonucunda da hastalık riskimizin artmasıdır. Bu değişimin sadece kronolojik yaşla korelasyonu zayıf bulunmuştur, değişim çevre ve

alışkanlıklardan da etkilenmektedir (Şekil 2.1). Yani yaşlılık gidişatı belli olan tek tip bir süreç değildir [3]. Ancak yaşlanma sürecinin nasıl ve neden gerçekleştiği ile ilgili birçok kanıtlanamamış teori vardır [11].



Şekil 2.1- Yaşam boyu fonksiyonel kapasitenin değişimi. [12]

2.1.1. Demografik Dönüşüm

Yaşam koşullarının, eğitimin, sağlığın iyileşmesi ve kişi başı gelirin artması ile dünya genelinde yaşam süresi uzamıştır [13]. 2000 yılında doğu'da beklenen yaşam süresi 67,38 yıl iken 2017'de 72,98 yıla çıkmıştır (Şekil 2.1) [1]. Buna karşılık dünya genelinde fertilité oranları düşmektedir. 1990-1995 yılları arasında kadın başına doğum sayısı 3,01 iken 2015-2020 yılları arasında bu oran 2,47'ye düşmüştür (Şekil 2.2) [14]. Bu gidişat demografik dönüşüm kuramını destekler niteliktedir.

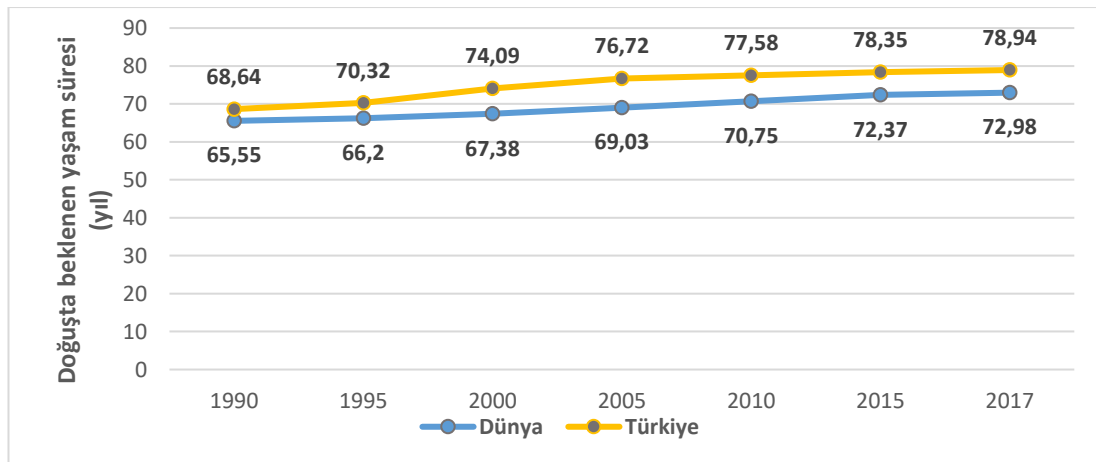
Demografik dönüşüm kuramı Avrupa tarihini gözlemle oluşturulmuştur. Kuram her toplumda kaçınılmaz modernleşme/ batılılaşma ile ölüm ve doğum oranlarının düşeceğini öne sürmektedir. Farklı modellerinden de bahsedilmekle birlikte genelde bu dönüşümün üç dönemden oluştuğu söylenir. Birinci dönemde genç nüfusun, özellikle 0-5 yaş arasının, hayatta kalma oranlarının artmasıyla çocuk sayısı artar. İkinci dönemde doğum oranlarının azalmasıyla çalışan nüfusta bir atış görülür. Doğum ve ölüm hızlarının azaldığı uzun bir süreç sonrasında ise sadece yaşlı

popülasyonun arttığı aşama üçüncü dönemdir. Her ülkenin bu dönemleri yaşama şekli ve dönemlerin uzunluğu ülkenin iç dinamiklerine göre farklılık gösterebilmektedir. [15, 16]

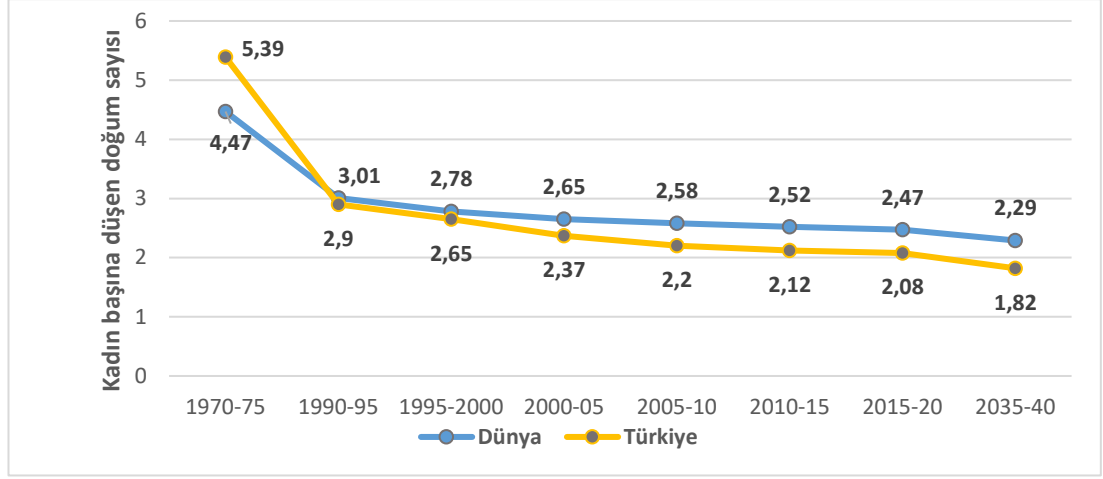
Günümüzde gelişmiş ülkeler genellikle demografik dönüşümün üçüncü, gelişmekte olan ülkeler ise ikinci dönemindedir. Buna rağmen dünyadaki yaşlı nüfusunun çoğunluğunu oluşturan gelişmekte olan ülkelerin, 2050’de 60 yaş üzeri nüfusun %80’ini oluşturması beklenmektedir. [16]

Bazı devletler tarafından nüfusun yaşlanmasını yavaşlatmak amaçlı pronatalist politikalar geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bunlar, sonuçları garanti olmayan ve uzun vadede yanıt alınan değişimlerdir. Ayrıca benzer politikaların farklı sosyal ve ekonomik yapıya sahip olan milletlerde benzer sonuçlar vermediği ve fertilitiyi arttırmak için tek değil, birçok sektörde politika değişikliğine gidilmesi gerektiği görülmüştür. [17]

Türkiye’de dünyaya benzer bir şekilde doğuşta beklenen yaşam süresi uzamakta (Şekil 2.2), kadın başına düşen doğum sayısı ise azalmaktadır (Şekil 2.3). Beraberinde yaşlı oranımız da artmaktadır. Adrese dayalı kayıt sistemine geçilen 2007 senesinde nüfusumuzun %7,1’i 65 yaş ve üzeri iken, 2019’da bu oran %9,1’e yükselmiştir [2]. 100 yaşını geçen ise 5.567 kişi bulunmaktadır [18]. Türkiye’de de doğum oranlarındaki düşüş ve yaşlı oranındaki artış nedeniyle, 1965-2014 yılları arasında antinatalist politikaların ağırlıkta olduğu yaklaşım yerini, onuncu ve on birinci kalkınma planlarında pronatalist politikalara bırakmıştır [19-21].



Şekil 2.2- Yıllara göre doğuşta beklenen yaşam süreleri. [1]



Şekil 2.3- Yıllara göre fertilité oranları. [14]

2.1.2. Uzayan Yaşam Yıllarında Sağlık

Yaşam süresinin uzaması kadar bu yılların sağlıklı geçirilebilmesi de önemlidir. Bu nedenle doğuşta beklenen yaşam süresi dışında;

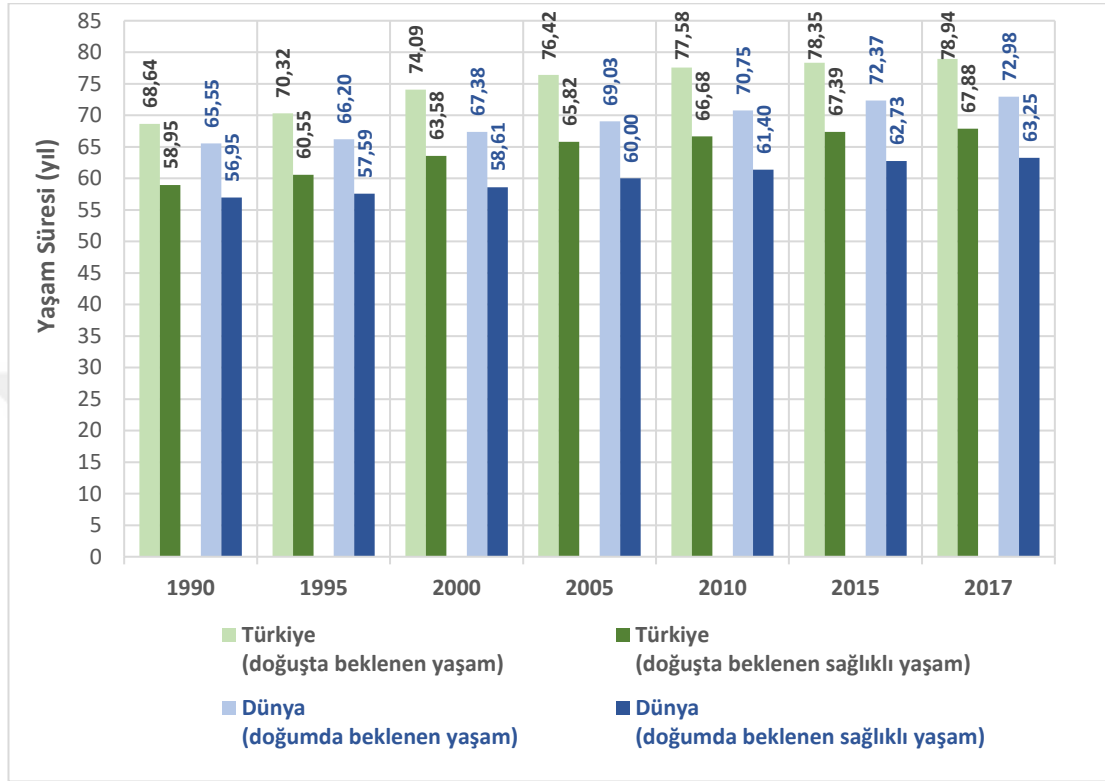
- Yeti yitimi ile geçirilen yıllar (YLD: years lived with disability),
- Kaybedilen yaşam yılları (YLL: years of life lost),
- Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları (DALY: disability adjusted life years),
- Sağlıklı yaşam beklentisi (HALE: healthy life expectancy)

gibi göstergelere kullanılmaktadır.

YLL; doğuşta beklenen yaşam süresinden daha erken ölümler (prematür ölümler) nedeniyle yaşanmamış olan yılları ifade eder. YLD ise tam sağlıklı olmadan yaşanan yıllar olarak tanımlanabilir. Tam sağlıklı olmama durumuna grip gibi kısa süreli bulaşıcı hastalıklar ya da epilepsi gibi ömür boyu sürebilecek BOH'lar da dahildir. Hesaplanmasında bahsi geçen yeti kaybının şiddeti, prevalansı ve süresi kullanılır. [13, 22, 23] Yeti kaybı şiddetinin derecelendirilmesinde toplum tabanlı yapılan araştırmalardan faydalanılır [24].

DALY; mortalite ve morbidite kaynaklı sağlık kaybını ölçer. YLD ve YLL'nin toplamı şeklinde hesaplanır. 1 DALY kaybedilmiş sağlıklı 1 yaşam yılı demektir. Hastalık yükünü oluşturan asıl nedenlerin belirlenmesinde faydalıdır. [13, 22, 23]

HALE ise tam sağlıkla yaşanması beklenen yılları tanımlar. Doğuşta beklenen yaşam süresinden, kötü sağlık koşulları ile geçirilen yılların çıkarılması ile hesaplanır. Kötü sağlık koşullarının geçirildiği yılların belirlenmesinde ise YLD kullanılır. HALE popülasyonun genel sağlık durumu hakkında bilgi verir. [13, 22, 23]



Şekil 2.4- Dünyada ve Türkiye’de yıllara göre doğuşta beklenen yaşam ve doğuşta beklenen sağlıklı yaşam süreleri. [1]

Dünyada yıllar içinde HALE’deki artışın doğuşta beklenen yaşam süresindeki artıştan daha yavaş olduğu görülmüştür [13]. 2000 ve 2017 senelerinde dünyada belirlenen HALE sırasıyla 58,61 ve 63,25 yıldır [1]. Bu süreler aynı senelerde doğuşta beklenen yaşam sürelerinden sırasıyla 8,77 ve 9,73 yıl daha azdır (Şekil 2.4).

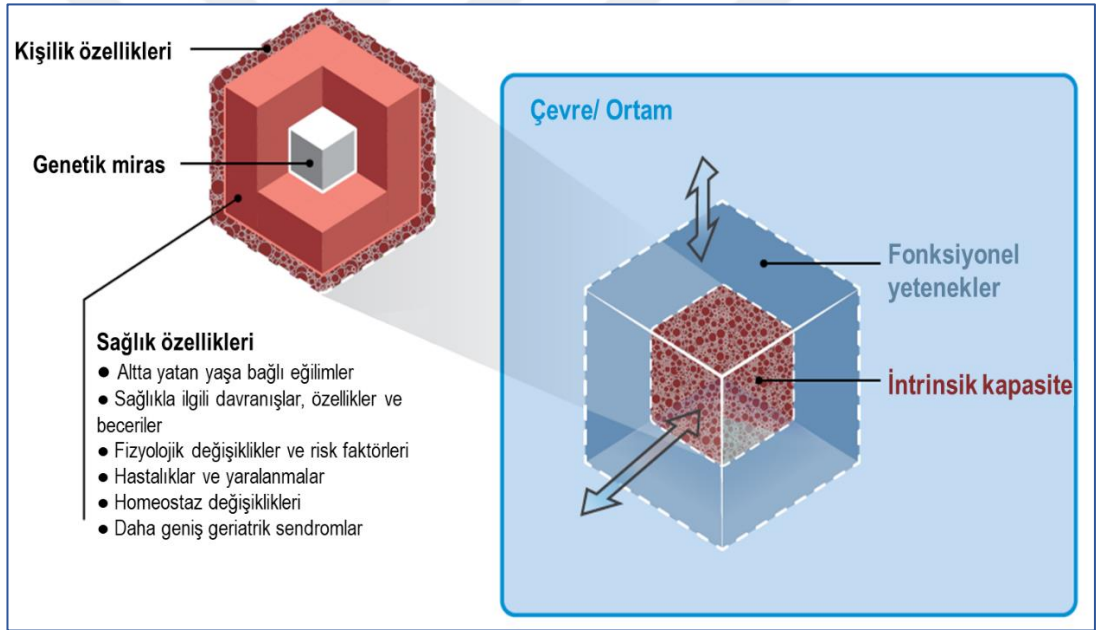
Türkiye’de aynı şekilde sağlıksız geçirilen yıllar artmaktadır. 1990 senesince doğuşta beklenen yaşam süresi ile HALE arasındaki fark 9,69 yıl iken, 2000 senesinde 10,51, 2017 senesinde ise 11,09 yıla yükselmiştir (Şekil 2.4).

2.1.2.1. Sağlıklı yaşlanma

DSÖ tanımına göre sağlık, ilk akla geldiği gibi sadece hastalısız olmak değildir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir [25]. Benzer şekilde sağlıklı yaşlanma da genellikle “hastalısız olarak yaşlanmak” olarak algılanmakla

birlikte, DSÖ bunu “yaşlılıkta iyilik halini sağlayacak fonksiyonel yeteneklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi” olarak tanımlamıştır. Zira yaş ilerledikçe kişilerde bir ya da daha fazla hastalığın bir arada bulunma ihtimali artar ama bu hastalıklar kontrol altında tutulabilirse fonksiyonel yetenekleri çok az etkiler [3]. Ayrıca sadece hastalıkların değil, kişinin entelektüel, mesleki, sosyal ve duygusal yaşamının da sağlığı üzerinde belirli etkileri vardır [26].

DSÖ tarafından şematize edilen sağlıklı yaşlanma modeli Şekil 2.5’te gösterilmiştir. Buna göre; sağlıklı yaşlanma *genetik özelliklerimize* bağlı olarak başlar, sonrasında sosyal çevremiz ve alışkanlıklarımızdan etkilenir. Cinsiyet, ırk, eğitim, meslek, gelir gibi *kişisel özelliklerimiz* ise sosyal statümüzü belirler, ki bunlar yaşamımız boyunca maruz kalacağımız etmenlerin, karşımıza çıkacak fırsatların, kaynaklara erişim kapasitemizin belirlenmesinde büyük rol oynar [3].



Şekil 2.5- DSÖ sağlıklı yaşlanma modeli. [3]

Yaş ilerledikçe moleküler ve hücrel hasar birikiminin artmasıyla kaçınılmaz olarak fizyolojik ve homeostatik değişiklikler oluşacaktır. Bu değişikliklerin derecesi aynı yaştaki kişilerde benzer olmak zorunda değildir. Yaşla birlikte oluşan bu değişim negatif ve pozitif alışkanlıklardan ve çevresel faktörlerden de etkilenerek *sağlık özelliklerimizi* oluşturur. Fiziksel veya mental, tüm bu sağlık özelliklerinin etkileşimi ise *intrinsik kapasitemizi* belirler. Bu, gerekli tüm koşullar sağlandığında ortaya çıkabilecek maksimum potansiyelimizdir [3].

Fonksiyonel yetenek bir kişinin değer verdiği herhangi bir şeyi yapabilme kabiliyetidir. Buna temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek, öğrenebilmek, karar verebilmek, hareket edebilmek, ilişkiler kurup sürdürebilmek ve topluma katkıda bulunabilmek de dahildir. Kişilerin yaşadıkları çevre/ ortam fonksiyonel yetenekleri belirler. Her çevre koşulu her kişi için aynı verimliliği sağlamaz. Kişi ve çevresinin uyumu ne kadar iyi ise intrinsik kapasitesini ve fonksiyonel yeteneklerini geliştirme imkânı da o kadar çok olacaktır [3].

Bu modelin içerdiği elementlerdeki değişiklikler kişilerarası eşitsizliğe neden olur ve sağlıklı yaşlanabilmeyi olumlu veya olumsuz yönde etkiler. Modelin içermediği ama fonksiyonel yetenekleri attırabilecek bir başka kavram da *dayanıklılıktır*, ki intrinsik kapasiteden, çevremizden ve kişilik özelliklerimizden etkilenir [3].

İleri yaşlarda iyi bir sağlığa sahip olmak için bireysel olarak üzerimize düşen sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemektir. Devletin sorumluluğu ise bunu destekleyecek çevre ve ortamlar oluşturmaktır [27]. İleri yaşlarda sağlıklı olabilmek şansa bağlı değildir. Çocukluktan itibaren sahip olduğumuz alışkanlıklara, yaşam tarzına, çevresel ve fiziksel fırsatlara bağlıdır [28].

Yaşlılık aynı zamanda altta yatan bazı faktörler sonucu sadece hayatın ileri yıllarında görülen, birden fazla karmaşık sağlık durumunun bir arada bulunması, yani geriatrik sendrom ile karakterizedir. Geriatrik sendromun neleri içerdiği hakkında farklı görüşler olsa da genelde; kırılabilirlik, üriner inkontinans, düşmeler, deliryum ve bası yaraları ile karakterizedir. Yaşamın gidişatı ile ilgili daha doğru tahminlerin yapılmasını sağladığı düşünülmeyle birlikte, geriatrik sendromlara multidisipliner yaklaşımlar henüz yaygınlaşmamıştır [3].

2.1.2.2. Aktif Yaşlanma

Yaşlanmanın güzel bir deneyim olması için sağlık, güvenlik ve hayata katılım fırsatlarının devam etmesi gerektiğini savunan DSÖ, bunu *aktif yaşlanma* olarak tanımlamıştır. Bu kavram sadece fiziksel ve istihdam açısından aktifliğin devamlılığını değil sosyal, kültürel, manevi ve vatandaş olarak da topluma katılım ve katkıların devamlılığını da kapsamaktadır. Politikaların planlanmasında pasif olan ihtiyaca

dayalı yaklaşım yerine, fırsat eşitliği sağlayan hak temelli yaklaşımları savunmaktadır. Bakıma muhtaç olanlar dahil tüm insanları kapsamayı amaçlamaktadır [29].

Kişiyi otonomi ve bağımsızlık sağlamak en önemli hedeflerindedir. Otonomi kişinin kendi kararlarını dilediği şekilde verebilmesi, bağımsızlık ise kişinin günlük yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan işlevleri başkasına muhtaç olmadan yapabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır [29].

Aktif yaşlanma ile ilgili politikaların geliştirilmesini desteklemek ve teşvik etmek amacıyla BM tarafından 2012 yılında kanıta dayalı bir araç olarak Aktif Yaşlanma Endeksi (AAI) hazırlanmıştır. Endeks, yaşlı insanların kullanılmayan potansiyellerini değerlendirme hedefiyle yaşlıların istihdamını, topluma katılımlarını, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşamlarını, aktif yaşlanma için kapasite ve destekleyici çevrelerini değerlendirmektedir [30].

Endeksin puanlaması 0 ile 100 arasında değişmekte olup projeye katılan 28 Avrupa Birliği (AB) ülkesinin 2018 raporuna göre genel endeks puan ortalaması 35,7'dir. Endeksin alt gruplarının her biri de kendi içinde 0 ile 100 arasında puanlandırılmaktadır. Buna göre 28 AB ülkesinin istihdam puan ortalaması 31,3, topluma katılım puan ortalaması 17,9, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşam puan ortalaması 70,7, aktif yaşlanma için kapasite ve destekleyici çevre puan ortalaması 57,5'tir [30, 31].

Katılımın çoğunluğunu AB ülkelerinin oluşturduğu projenin Türkiye'de de iki pilot çalışması uygulanmıştır. Buna göre Türkiye'nin 2014 yılı genel endeks puanı 27,6'dır. Alt grupların puanları ise istihdam için 23,9, topluma katılım için 12,8, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşam için 58,1, aktif yaşlanma için kapasite ve destekleyici çevre için 44,6 bulunmuştur [32].

2.1.3. Değişen Dünyada Yaşlılık

Yaşlılar fizyolojik olarak bazı kayıplara uğrasalar da geleneksel toplumlarda saygı gösterilen, bilgisine ihtiyaç duyulan, deneyimlerine başvurulmuş kişiler olarak görülmekteydi. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, kentleşme, cinsiyet normlarının değişmesi, göçler gibi dünyanın değişen yüzü ise yaşlıların yaşamlarını bir şekilde etkilemekte, aile içindeki gereksinimlerini azaltmaktadır [3, 9].

Dünya genelinde kırsal yaşamdan kentleşmeye hızlı bir kayış görülmektedir. 1990 yılında dünya nüfusunun %43'ü şehirlerde yaşarken, 2020 yılında bu oran %56,2'ye çıkmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde şehirleşme oranı %80'lere ulaşmış durumdadır. Türkiye'de ise 1990 ve 2020 yıllarında şehirde yaşayan nüfus oranları sırasıyla %59,2 ve %76,1'dir [33].

Gelişmekte olan ülkelerde genelde aile ya da sosyal çevre, bunların içerisinde de kadınlar yaşlı bakımından sorumlu tutulmaktadır. Ancak kırdan kente göçer ile kalabalık aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmış ve özellikle kadınların, eğitim seviyesinin artmasıyla düşen evlilik ve doğum oranları da ailelerin küçülmesinde rol oynamıştır [16]. Bununla birlikte eskiden genelde ailede yaşlıya bakma görevini üstlenen kadın, artık kendi geleceğini garanti altına alabilmek için çalışma hayatının bir parçası haline gelmiş, ailede ihtiyacı olanların bakımına daha az vakit ayırmaya başlamıştır [3]. Üstelik iki ebeveyni de çalışan çocukların bakıcılık rolünü ailedeki yaşlı bireylerin üstlenmesi söz konusu olmuştur. Bu bakım yükünün yaşlı bireylerin sağlığını ve maddi durumunu kötü etkileyebileceği düşünülmektedir [16].

Ömrün uzamasıyla aynı zaman diliminde yaşayan jenerasyon sayısı artmış, ancak aile bireyleri birbirlerinden ayrı yaşamaya başlamıştır [34]. 1990 yılında dünyada 60 yaş ve üzeri kişilerin %24'ü bağımsız yaşarken (%9'u yalnız, %15'i eşiyile), 2010 yılında bu oran %37'ye (%12'si yalnız, %25'i eşiyile) çıkmıştır. Türkiye'de 2003 yılı verilerine göre 60 yaş üzeri kişilerin %10,2'si tek başına, %31,3'ü eşiyile, %53,3'ü çocuklarıyla yaşamaktadır [35]. 2019'da ise Türkiye'deki 65 yaş üzeri nüfusun %18,2'sinin tek başına yaşadığı belirlenmiştir [36]. Tek başına yaşayan yaşlı sayısının artması yaşlıların izole bir hayatlarının olması ve istismar edilme ihtimallerini arttırmaktadır. Ancak yaşlılar da çoğu zaman kendi evlerini, çevrelerini, alışkanlıklarını bırakmak istememektedir [3]. Türkiye'de de yaşlıların çocuklarından ayrı yaşamayı yaygınlaşmasına rağmen çocukların genelde ebeveynleriyle yakın muhitlerde yaşamayı tercih etmelerinin aradaki bağları sağlam tuttuğu düşünülmektedir [4].

Geçmişte yaşlı desteğinin, bakımının resmi kurumlar aracılığı ile yapılmaya başladığı başta gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülke, hem talepler hem de ekonomik nedenler doğrultusunda gündemine *yerinde yaşlanma (ageing in place)* kavramını almıştır [16, 37]. CDC yerinde yaşlanmayı "yaş, gelir veya yeti düzeyinden

bağımsız olarak kişinin kendi evinde ve çevresinde güvenli, bağımsız ve rahat bir şekilde yaşayabilmesi” olarak tanımlamıştır [38]. Bunun için evlerde çeşitli modifikasyonların yapılması, dış çevrenin günlük ulaşımı kolaylaştırabilecek şekilde düzenlenmesi, evde bakım hizmetlerinin gelişmesi gibi girişimler gerekmektedir. Gelişen teknolojik imkanların yaşlıların sağlık ve güvenlik takibini kolaylaştırması beklenmektedir. Ancak *yerinde yaşlanma* izole yaşayan, bakımı karşılanamayan, uygunsuz ev koşullarında ve güvensiz bir çevrede yaşayan yaşlılar göz önünde bulundurulduğunda tek başına çözüm olarak kabul edilememektedir. Huzurevleri gibi resmi kurumlar bunun için alternatif oluşturmaktadır [3].

Türkiye’de gelişmiş ülkelere göre huzurevi gibi kurumların sayısı ve doluluk oranı daha azdır. Geleneksel normlar huzurevine mesafeli yaklaşılmaya neden olmaktadır. Buna rağmen özellikle kentlerde görülen aile yapısındaki değişim kurumlara talebi arttırmaya başlamıştır [4].

2.1.3.1. Uzun dönem bakım sistemleri

Yüksek riskli ve kapasitesinde belirgin azalma olan kişiler için halk sağlığı müdahaleleri *uzun dönem bakımlara* odaklanmaya başlamıştır. DSÖ bu terimi kısaca kapasite kaybı yaşayan kişinin hayatını *sağlıklı yaşlanma* çerçevesinde sürdürdüğünden emin olmak olarak tanımlamaktadır. Uzun dönem bakımın nihai hedefi kişilerin sadece yaşamasını sağlayacak temel ihtiyaçlarını karşılamak değil, fonksiyonel kapasitelerini arttırmaktır [3].

Uzun dönem bakımların sağlandığı yerler bakım süresi, içeriği, yoğunluğu değişmekle birlikte kişinin kendi evinden huzurevlerine, hastanelere kadar çeşitlilik göstermektedir. Çoğu ülke bu bakımın sürekli ikamet edilen kurumsal yapılar yerine toplumun içinde, kişinin kendi evinde ya da günlük hizmet verilen yerlerde gerçekleşmesi için uğraşmaktadır [3].

Uzun dönem bakımı sağlayan kişiler de ücretsiz olarak bakım veren aile üyelerinden, paralı çalışan eğitimsiz bakıcılara ya da profesyonellere kadar çeşitlilik gösterebilmektedir. Ancak eskiden daha çok aileye düşen bu görev değişen dünya ile ücretli bakım talebini arttırmaya başlamıştır. 2050’de ücretli çalışan bakıcı sayısının iki katına çıkması beklenmektedir. Bu talep doğrultusunda devletlerin uzun süreli bakıma harcadığı maliyetler de artmaktadır. 2060’ta Avrupa bölgesindeki maliyetin

iki katına çıkması beklenmektedir. Üstelik bakımdan sorumlu aile bireylerinin başka bir işte çalışamaması ve duygusal tükenmişlik maliyetleri çoğu zaman hesaplanamamaktadır. Bununla birlikte Avrupa dahil çoğu ülkede bakım ücretlerinin en azından bir kısmı cepten ödenmekte ve bu çoğu ailenin geçimini zorlaştırmakta, durumu olmayanların ise bu haktan yararlanamamasına neden olmaktadır [3].

Gelişmiş ülkelerde dahi uzun dönem bakımlardaki kalite eksikliği dikkat çekmektedir. Sağlanan bakım genelde uzun dönem bakım hizmetlerinin amacıyla çelişecek şekilde, yaşlının ihtiyaç ve isteklerindense geleneksel olarak bakım verenin tercihleri doğrultusunda olmaktadır. Bu durumda bakım verenlerin eğitimsiz kişilerden oluşmasının veya yanlış şekilde eğitilmelerinin de etkisi bulunmaktadır. Ayrıca sağlık ve sosyal hizmetler arasındaki entegrasyon eksikliği de hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [3].

Türkiye’de evde bakım çatısı altında evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, sosyal bakım ve destek hizmetleri ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler (AÇSH) Bakanlığı, yerel yönetimler ve özel kuruluşlar tarafından sağlanmakla birlikte henüz ülke çapında standardize olmuş bir hizmet mevcut değildir. 2016 verilerine göre evde sağlık hizmetlerinden yararlanan 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 218.497’dir. 2015’te 60 yaş ve üzeri 156.000 kişiye engelli evde bakım ücret desteği verilmiştir. Ayrıca 2015’te yürütülen evde sağlık, bakım ve destek hizmetlerinin koordinasyonu için bir protokol oluşturulmuştur. Ancak bu protokolün işleyişi tüm ülkede yaygınlaşmamıştır [32].

2020 Şubat itibariyle Türkiye’de 247’si özel, 179’u kamuya bağlı olmak üzere toplam 426 huzurevi bulunmakta, bu huzurevlerinde %51’i kamuda olmak üzere toplam 27.575 kişi konaklamaktadır. Ayrıca AÇSH Bakanlığına bağlı 122 kişiye hizmet veren 29 yaşam evi ve 301 kişiye hizmet veren 30 gündüz hizmet veren kuruluş bulunmaktadır [36]. Kamuya bağlı huzurevlerinde ücretlendirme maliyetin oldukça altında olup, ücreti karşılayamayacak durumda olanlara indirimli ya da ücretsiz hizmet verilmektedir. 2016 verilerine göre 4.648 kişi AÇSH Bakanlığına bağlı huzurevlerinde ücretsiz olarak kalmaktadır. Ayrıca ekonomik nedenlerle ücretsiz konaklayan kişilere aylık harçlık ödenmektedir. Bununla birlikte özel kurumlar da kapasitelerinin %5’i kadar yaşlıya ücretsiz bakmakla yükümlüdür [32].

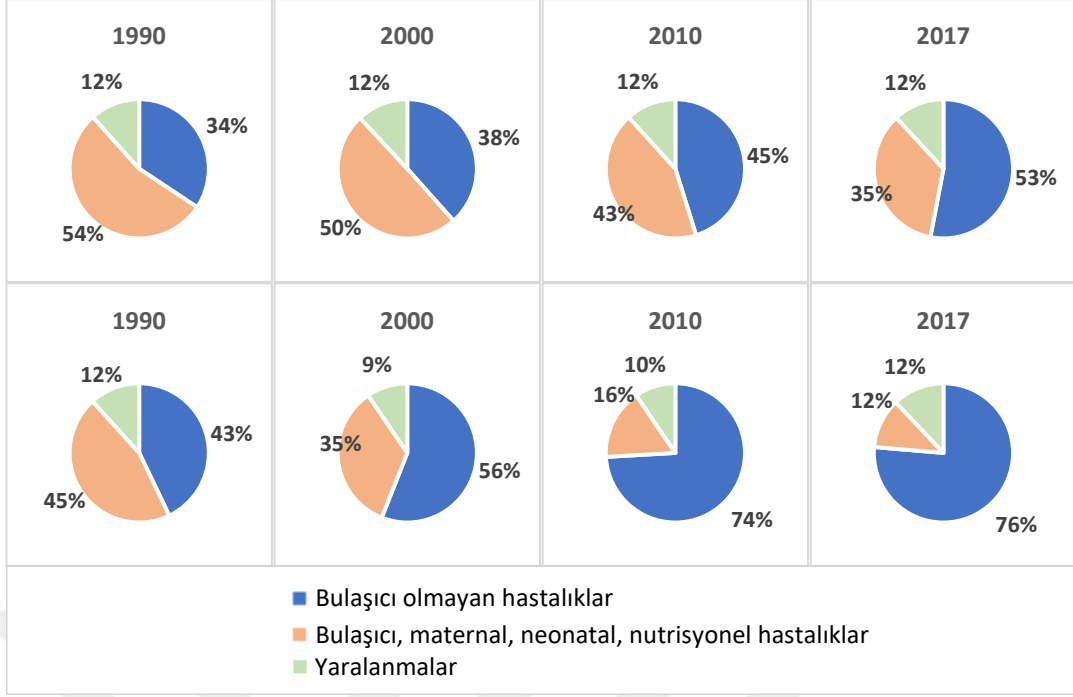
Türkiye'deki yaşlıların %80'den fazlasının ana geçim kaynağını emekli maaşı oluşturmaktadır [32]. 2018 verilerine göre toplam emekli maaşı alan 9.514 milyon, dul/yetim maaşı alan 3.758 milyon kişi bulunmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık üçte ikisini 65 yaş ve üzerinde olduğu tahmin edilmektedir [32, 39]. 2020 Şubat itibariyle de 2022 sayılı kanuna göre 65 yaşını geçmiş ve muhtaç olduğuna karar verilen 755.900 kişiye yaşlı maaşı verilmiştir [36].

2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH'lar)

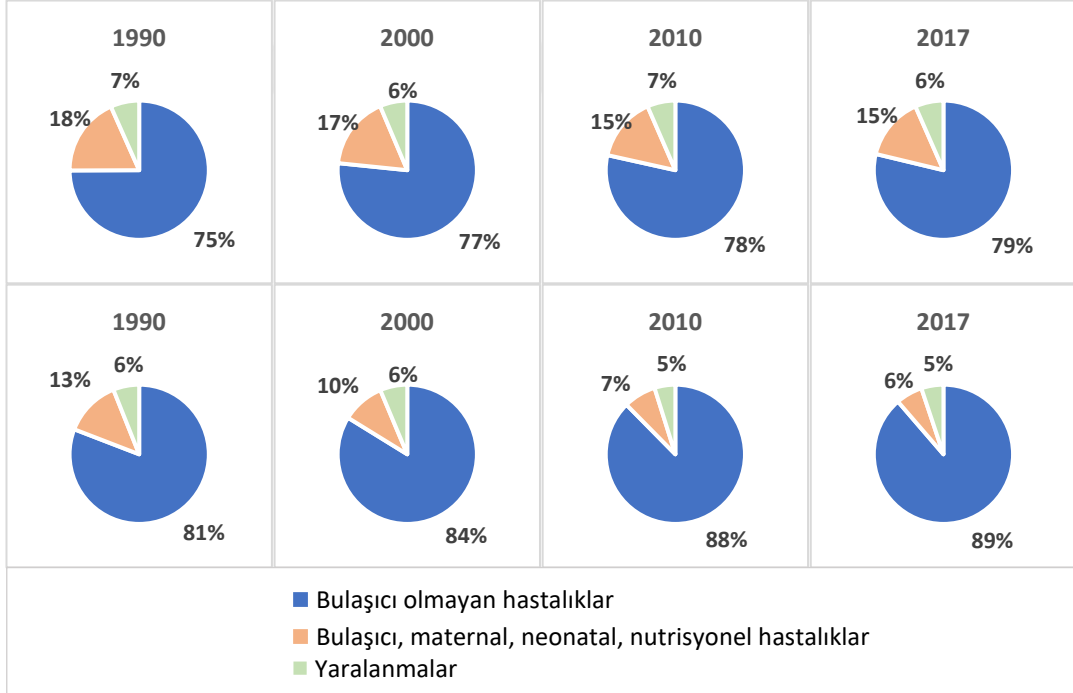
Dünyadaki hastalık ve sağlık trendlerinin değişimini açıklayan *epidemiyolojik geçiş teorisinin* ilk dönemi açlık ve salgınlar nedeniyle erken ölümlerle karakterizedir. Gelişmemiş ülkelerde bu dönem 20. yüzyılda halen devam etmektedir. İkinci dönemde salgın hastalıkların azalmaya başlaması ile doğumda beklenen yaşam süresi uzar. Ömrün uzamasıyla üçüncü dönemde salgınlar yerini dejeneratif ve BOH'lara bırakır ve morbiditenin arttığı bir süreç başlar [40].

Sonradan revize edilen *epidemiyolojik geçiş teorisine*; ölümlerin halen büyük kısmından sorumlu olsa da gelişen tıp ve yaşam tarzı değişiklikleri sayesinde kardiyovasküler hastalıkların (KVH) azaldığı ve bazı enfeksiyon hastalıklarının tekrardan ortaya çıkmaya başladığı dördüncü dönem eklenmiştir. Ayrıca gelecek olarak görülen beşinci dönemde eşitsizliklerin eşlik ettiği paradoksal uzun ömürlülüğün bahsedilmektedir, ki bu uzayan ömre karşılık fiziksel ve psikolojik morbidite ile yakınlarını ve sosyal statüsünü kaybetme riskinin artması olarak tariflenmiştir. Bahsedilen bu dönemler birbirinden tamamen ayrılmadan iç içe geçmiş şekilde görülebilmektedir [41].

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, uzun süreli olmaları nedeniyle kronik hastalıklar olarak da adlandırılır. Genetik ve doğumdan itibaren maruz kaldığımız fiziksel ve çevresel etkenler ile alışkanlıklarımız sonucundan ortaya çıkarlar [34, 42]. Günümüzde dünyada da Türkiye'de de bulaşıcı olmayan hastalıkların YLD ve YLL içindeki payı artmaktadır (Şekil 2.6 ve 2.7).

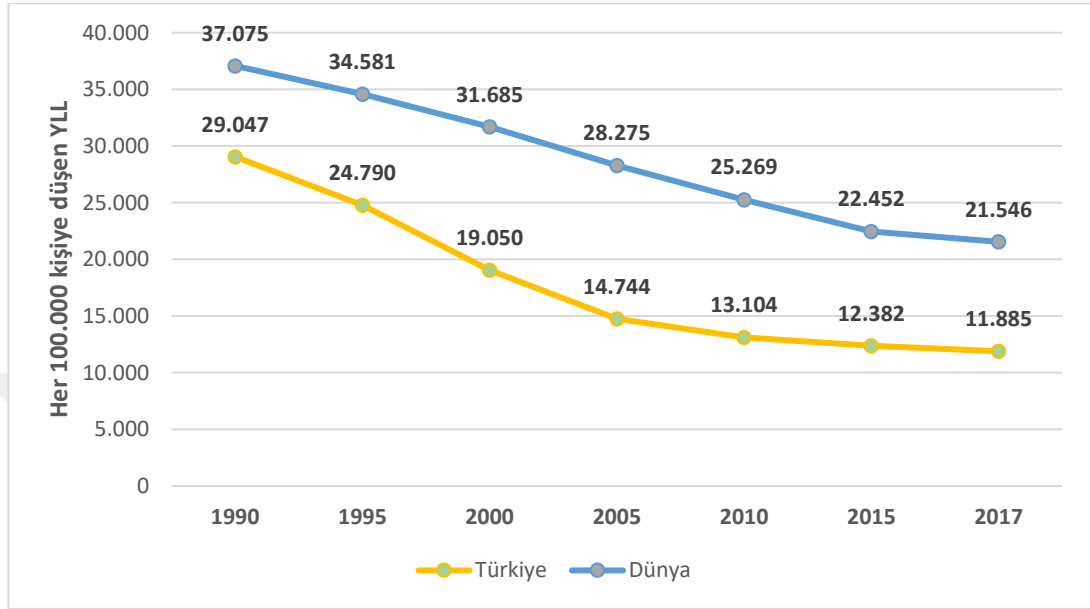


Şekil 2.6- Dünya (üstte) ve Türkiye’de (altta) YLL nedenlerinin yıllara göre dağılımı. [1]

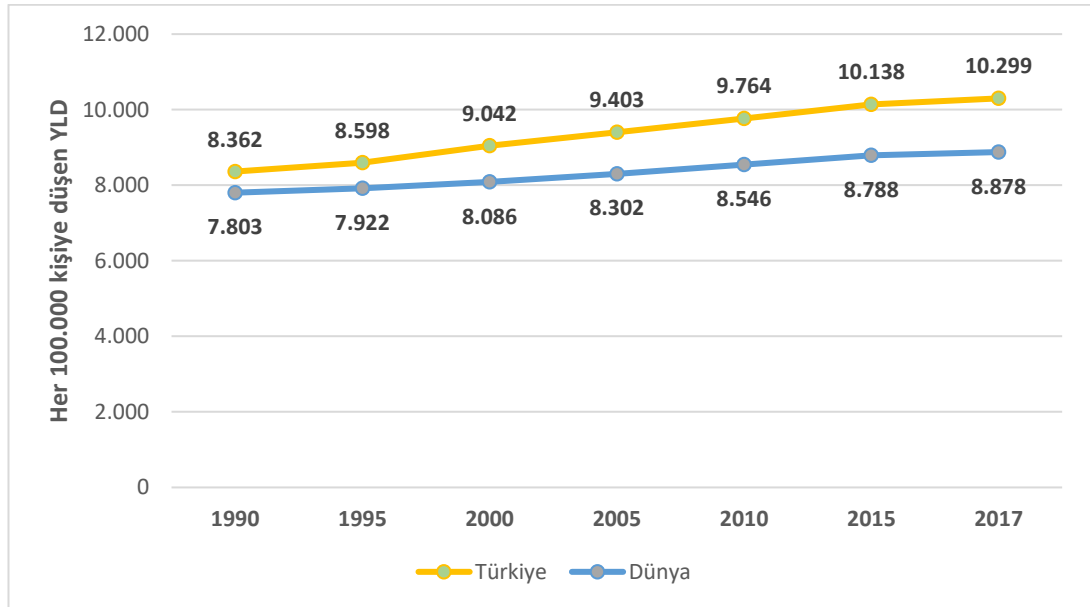


Şekil 2.7- Dünya (üstte) ve Türkiye’de (altta) YLD nedenlerinin yıllara göre dağılımı. [1]

Paya değil gerçek değerlere baktığımızda ise YLD'deki artışa karşılık YLL'deki azalma dikkat çekicidir (Şekil 2.8 ve 2.9). Bunun, sağlık hizmetleri kalitesi ile erişiminin artması ve önleyici hizmetlerin başarısı sonucu, ölümlerin ileri yaşa ertelenebilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir [43].



Şekil 2.8- Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu YLL değişimi. [1]



Şekil 2.9- Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu YLD değişimi. [1]

Tablo 2.1- YLL'ye yol açan ilk 10 neden, 2017. [1]

TÜRKİYE		DÜNYA	
<i>İlk 10 neden</i>	100binde (%*)	<i>İlk 10 neden</i>	100binde (%*)
<i>Kardiyovasküler hastalıklar</i>	3.209 (26,93)	<i>Kardiyovasküler hastalıklar</i>	4.321 (20,06)
<i>Kanserler</i>	2.873 (24,17)	<i>Kanserler</i>	2.955 (13,71)
<i>Ana ve yenidoğan hastalıkları⁺</i>	863 (7,26)	<i>Ana ve yenidoğan hastalıkları⁺</i>	2.195 (10,19)
<i>Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar</i>	775 (6,52)	<i>Solunum yolu enfeksiyonları ve tüberküloz⁺</i>	1.940 (9,00)
<i>Diyabet ve renal hastalıklar</i>	711 (5,98)	<i>Enterik enfeksiyonlar⁺</i>	1.108 (5,14)
<i>Kronik solunum hastalıkları</i>	622 (5,23)	<i>Kasıtsız yaralanmalar[†]</i>	909 (4,22)
<i>Ulaşım yaralanmaları[†]</i>	551 (4,63)	<i>Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar</i>	893 (4,15)
<i>Nörolojik hastalıklar</i>	537 (4,52)	<i>Kronik solunum hastalıkları</i>	890 (4,13)
<i>Kendi kendine zarar verme ve kişilerarası şiddet[†]</i>	484 (4,07)	<i>Gastrointestinal hastalıklar</i>	855 (3,97)
<i>Kasıtlı olmayan yaralanmalar[†]</i>	396 (3,33)	<i>Kendi kendine zarar verme ve kişilerarası şiddet[†]</i>	836 (3,88)
TOPLAM	(92,64)	TOPLAM	(78,45)

* Toplam YLL'deki yüzdesi, † Yaralanmalar

⁺ Bulaşıcı, maternal, neonatal, nutrisyonel hastalıklar

Türkiye'de YLL nedenlerinden ilk 10'da 6'sı, YLD nedenlerinden ise ilk 10'un hepsi bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisine girmektedir (Tablo 2.1 ve 2.2).

Tablo 2.2- YLD'ye yol açan ilk 10 neden, 2017. [1]

TÜRKİYE		DÜNYA	
<i>İlk 10 neden</i>	100binde (%*)	<i>İlk 10 neden</i>	100binde (%*)
<i>Kas-iskelet bozuklukları</i>	2.350 (21,72)	<i>Kas-iskelet bozuklukları</i>	1.778 (15,91)
<i>Mental bozukluklar</i>	1.755 (15,12)	<i>Mental bozukluklar</i>	1.607 (14,41)
<i>Nörolojik bozukluklar</i>	1.088 (9,36)	<i>Nörolojik bozukluklar</i>	958 (8,59)
<i>Diyabet ve renal hastalıklar</i>	774 (6,65)	<i>Diyabet ve renal hastalıklar</i>	871 (7,78)
<i>Kronik solunum hastalıkları</i>	746 (6,45)	<i>Kronik solunum hastalıkları</i>	702 (6,27)
<i>Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar</i>	744 (6,41)	<i>Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar</i>	601 (5,36)
<i>Duyu organ bozuklukları</i>	699 (6,01)	<i>Duyu organ bozuklukları</i>	580 (5,25)
<i>Madde kullanım bozuklukları</i>	677 (5,86)	<i>Madde kullanım bozuklukları</i>	555 (4,95)
<i>Cilt hastalıkları</i>	483 (4,15)	<i>Cilt hastalıkları</i>	545 (4,87)
<i>Kardiyovasküler hastalıklar</i>	474 (4,08)	<i>Kardiyovasküler hastalıklar</i>	478 (4,27)
TOPLAM	(85,81)	TOPLAM	(77,66)

* Toplam YLD'deki yüzdesi, † Yaralanmalar

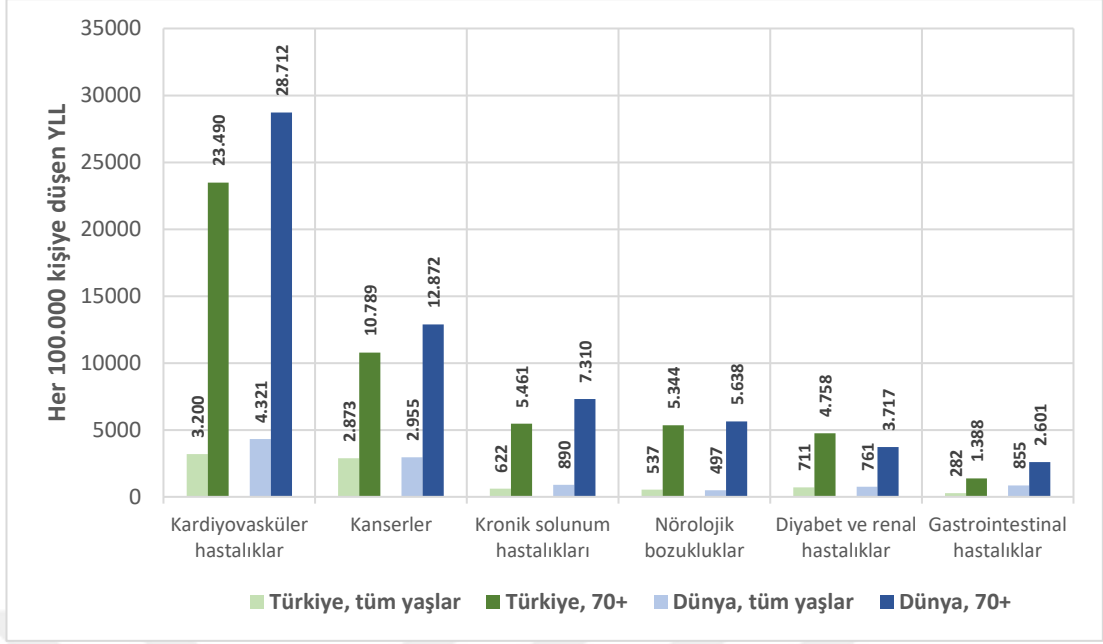
+ Bulaşıcı, maternal, neonatal, nutrisyonel hastalıklar

2.2.1. Yaşlılıkta bulaşıcı olmayan hastalıklar

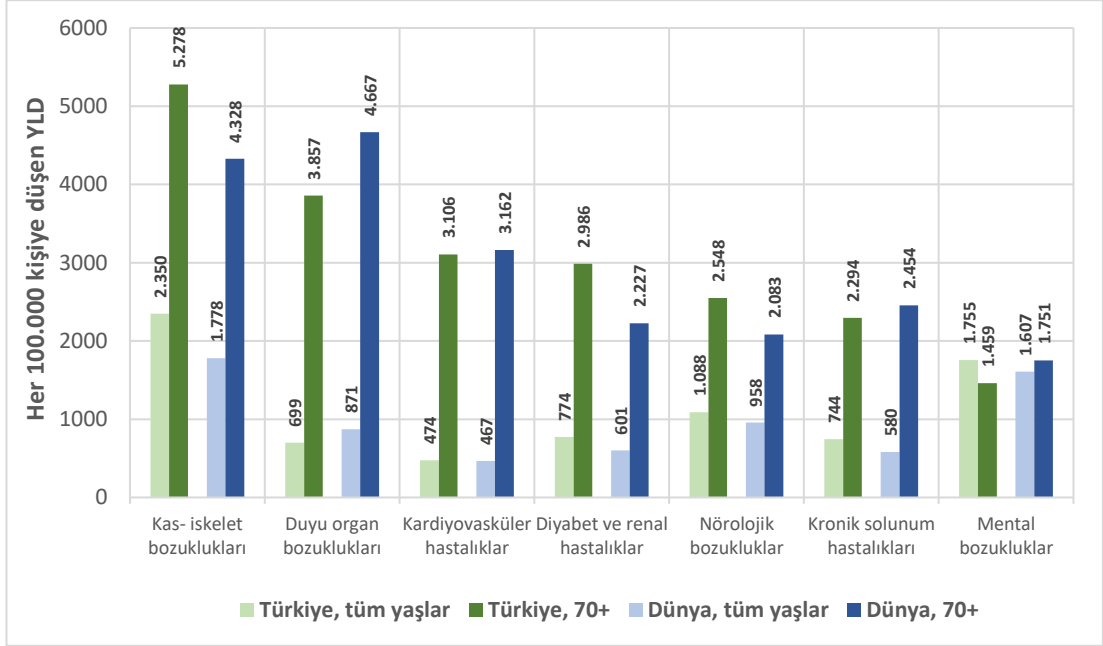
Yaş ilerledikçe kişilerin BOH'lara yakalanma riski ve multimorbidite yani BOH'ların birlikte bulunma ihtimali artar. Multimorbiditenin yaşam kalitesi ve mortalite üzerine etkisi, hastalıkların tek başına yapacakları etkilerin toplamından genelde daha fazla olmaktadır [3].

Türkiye'de 70 yaş sonrası prematür ölümlerin (YLL) yaklaşık %40'ını tek başına KVH, yaklaşık %80'ini dört büyük BOH olarak bilinen KVH, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet birlikte oluşturmaktadır [1].

Başlıca BOH'ların ileri yaşlarda YLL ve YLD değişimleri Şekil 2.10 ve 2.11'de gösterilmiştir.



Şekil 2.10- Dünyada ve Türkiye'de 70 yaş üzeri YLL'ye en çok neden olan 6 bulaşıcı olmayan hastalığın yaşla YLL değişimi, 2017. [1]

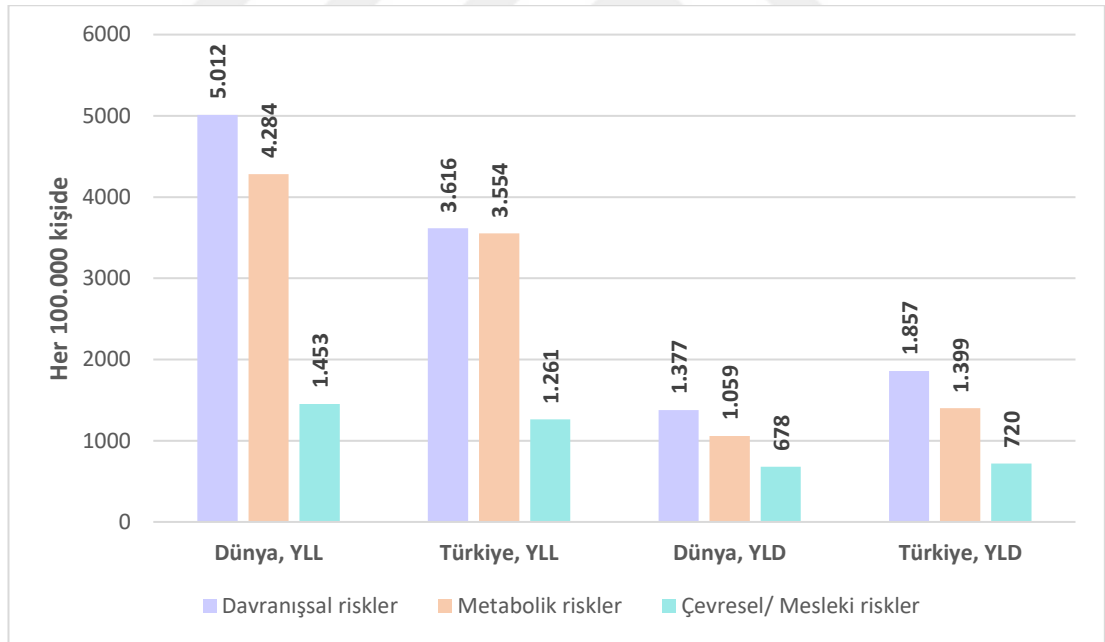


Şekil 2.11- Dünyada ve Türkiye'de 70 yaş üzeri YLD'ye en çok neden olan 7 bulaşıcı olmayan hastalığın yaşla YLD değişimi, 2017. [1]

2.2.2. Bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme

Dünyadaki prematür ölümlerin %82'sinden dört büyük BOH (KVH, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) sorumludur ve bunların çoğu önlenebilir niteliktedir. BM 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmenin önündeki en önemli global sorun da BOH'lar olarak görülmektedir. Bu nedenle BOH'ların önlenmesi öncelikli müdahalelerdendir. Burada kişisel davranış değişiklikleri kadar, devletlerin ve politikaların bu değişikliklere ortam oluşturmaları da önemlidir [44].

BOH'lar karmaşık bir etiyolojiye sahiptirler. Dünyada da Türkiye'de de BOH'ların neden olduğu YLD ve YLL için en önemli risk faktörleri davranışsaldır (Şekil 2.12). Aslında yüksek vücut kitle indeksi, kan glukozu, sistolik kan basıncı, anormal lipit ve yağ birikimi gibi *metabolik risk* faktörlerinin de altta yatan sebeplerinin genelde, küreselleşme ve kentleşmenin ürünü olan yağ, şeker, sodyum oranı yüksek ve paketli yiyeceklerden oluşan sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, alkol ve tütün kullanımı gibi *davranışsal riskler* olduğu bilinmektedir [6, 45].



Şekil 2.12- 2017 yılı bulaşıcı olmayan hastalıkların risk nedenlerinin dağılımı. [1]

DSÖ, BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için 9 global hedef belirlemiştir. Bunlardan 6 tanesi BOH'ları önlemeye yöneliktir;

- Zararlı alkol tüketimini ulusal düzeyde %10 azaltmak,
- Yetersiz fiziksel aktivite prevalansını %10 azaltmak,

- Nüfusun ortalama sodyum/ tuz tüketimini %30 azaltmak,
- Tütün kullanım prevalansını %30 azaltmak,
- Yüksek kan basıncı prevalansını %25 azaltmak,
- Diyabet ve obezite artışını durdurmak [44].

Fiziksel inaktivitenin azaltılması dışında diğer hedeflere ulaşıldığında 2010 yılından 2025'e kadar, dört büyük BOH kaynaklı 30-70 yaş arası ölümlerin kadınlarda %19, erkeklerde ise %22 azalacağı tahmin edilmektedir [46]. DSÖ tüm ülkelerin BOH risk faktörlerinin sürveyansını standart bir şekilde yapması için *STEPwise* yaklaşımı geliştirmiştir. Böylece ülkeler müdahalelerin gidişatını takip edebilecek ve ülkeler arası karşılaştırma yapabilmek mümkün olacaktır. Bu yaklaşım anket, fiziksel ve biyokimyasal ölçümler olmak üzere 3 adımdan oluşmaktadır [47, 48].

Tablo 2.3- Maliyet etkin müdahaleler (Best Buy) [49]

Risk Faktörü/ Hastalık	Müdahaleler
Tütün kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> • Vergi artırımı • Tüm tütün paketlerinin standart, düz olması ve/veya büyük sağlık uyarıları içermesi • Tüm kapalı iş yerleri, kamu alanları ve toplu taşımalarda pasif içiciliği engellemek • Kitle iletişim araçları ile tütünün ve pasif içiciliği zararları hakkında toplumu bilgilendirmek • Tütün reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasakları
Zararlı alkol kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> • Vergi artırımı • Perakende alkole kısıtlı erişim • Alkol reklam yasakları
Sağlıksız beslenme	<ul style="list-style-type: none"> • Gıdalardaki tuzun azaltılması • Hastane, okul, iş yeri, bakım evleri gibi kamu alanlarında tuz tüketiminin kısıtlanması • Kitle iletişim araçlarıyla tuz tüketimini azaltıcı davranış değişikliği uygulamaları • Paketlerin tuz içeriğine göre etiketlenmesi
Fiziksel inaktivite	<ul style="list-style-type: none"> • Kitle iletişim araçlarını kullanarak fiziksel aktivite davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan toplum tabanlı eğitimler ve farkındalık kampanyaları düzenlemek
Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve diyabet	<ul style="list-style-type: none"> • Kalp krizi veya felç geçirmiş ve 10 yıl içinde fatal veya nonfatal kardiyovasküler rahatsızlık riski %30'dan fazla olan kişiler için danışmanlık ve ilaç tedavisi (diyabet için glisemik kontrol ve toplam risk yaklaşımında hipertansiyon kontrolünü kullanarak)
Kanser	<ul style="list-style-type: none"> • 9-13 yaş arasına kızların HPV'ye karşı aşılması • 30-49 yaş arası kadınların servikal kanser için taraması

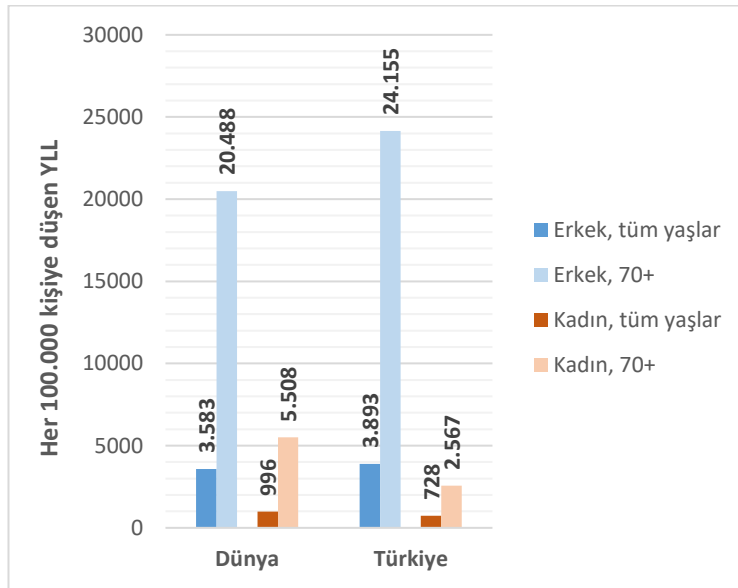
DSÖ ayrıca BOH yükünü azaltmak amacıyla 2011’de, maliyet etkin olmasıyla düşük gelirli ülkelerin sağlık sistemlerine de uygulanabilir olan müdahaleleri (*best buy*) belirlemiş ve bunlar 2017’de güncellenmiştir (Tablo 2.3).

Dünya’da BOH’lar için davranışsal risk faktörlerinin başında tütün ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite gelmektedir [50].

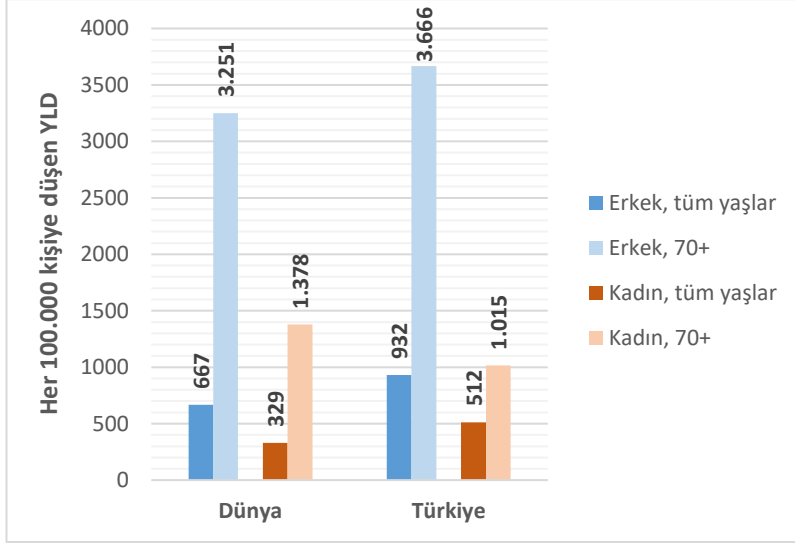
2.2.2.1. Tütün kullanımı

Tütün kullanımı dünyadaki en önemli önlenbilir risk faktörlerinden biridir. Bağımlılık yaptığı ve fakirlik dahil çeşitli sosyal hastalıklara yol açtığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Bunun dışında hem direk tütün kullanımı hem de pasif içicilik KVH, kanser, kronik solunum hastalıkları, diyabet gibi BOH’ların ve bazı bulaşıcı hastalıkların riskini arttırmakta, gebelerde çeşitli komplikasyonlara ve düşük doğum ağırlığına yol açabilmektedir. Pasif içicilik bebeklerde de ani ölüme neden olabilmektedir [44, 51].

2004 yılında dünyada 30 yaş üstü erkek ölümlerinin %16’sı, kadın ölümlerinin %7’si; Türkiye’de ise 30 yaş üstü erkek ölümlerinin %38’i, kadın ölümlerinin %6’sı tütün kullanımına atfedilmektedir [52]. Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımının yol açtığı YLL ve YLD Şekil 2.13 ve 2.14’te gösterilmiştir.



Şekil 2.13- 2017 yılı tütün kullanımının (pasif içicilik dahil) neden olduğu YLL. [1]



Şekil 2.14- 2017 yılı tütün kullanımının (pasif içicilik dahil) neden olduğu YLD. [1]

DSÖ 2003 yılında dünya çapında tütün kullanımını azaltmak amacıyla *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini* kabul etmiş, 2007 yılında da *MPOWER* stratejilerini yayınlamıştır;

- Tütün kullanımını ve önleme politikalarını takip et. (Monitor)
- İnsanları sigara dumanından koru. (Protect)
- Tütünü bıraktırmak için yardım öner. (Offer)
- Tütünün zararları ile ilgili toplumu uyar. (Warn)
- Tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarına yasak uygula. (Enforce)
- Tütün vergilerini arttır. (Raise) [51]

Türkiye bu sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve aynı yıl içinde *Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planını* hazırlamıştır. Bu plan doğrultusunda 2008 yılında %31,2 olan 15 yaş ve üzeri tütün kullanım sıklığı 2012 yılında 27,1'e düşürülmüştür [53]. DSÖ tarafından Türkiye'nin bu başarısı benzeri görülmemiş olarak yorumlanmış ve örnek olarak gösterilmiştir [54]. Ancak 2016 yılında bu oran 2008 senesinin de geçerek %31,6'ya yükselmiştir [55]. Hazırlanan *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023*'te 15 yaş ve üzeri tütün kullanım sıklığının 2021 yılında %26'ya, 2023'te %24'e düşürülmesi hedeflenmektedir [56].

Son zamanlarda sağlığa zararlı olmadığı ve sigara bırakmaya yardımcı olduğu yönünde kanıtlanmamış bilgilerle elektronik sigara pazarlama ve tanıtımları artmaya başlamıştır. Elektronik sigara tütün içermemekte, nikotinden oluşmaktadır. DSÖ bu ürünün sigarayı bırakmaya mı yoksa başlamaya mı yönlendireceği konusunda yorum

yapmak için henüz erken olduğunu düşünmektedir [51]. Bununla birlikte nikotinin özellikle gençlerde yol açacağı bağımlılık ve çoğu elektronik sigaranın kansere yol açabilecek nikotinin yanında toksik kimyasallar da içermesi nedeniyle devletleri uyarmaktadır [57].

2.2.2.2. Fiziksel inaktivite

DSÖ fiziksel aktiviteyi vücudun herhangi bir iskelet kasını kullanarak yapılan enerji harcatan hareket olarak tanımlamaktadır. Egzersiz ise fiziksel aktivitenin bir alt grubu olup ve planlı, tekrarlı ve belirli bölgelere yönelik hareketlerden oluşmaktadır [58]. Yetersiz fiziksel aktivite 18 yaş üstü kişilerin;

- haftada 150 dakika orta yoğunlukta,
- haftada 75 dakika şiddetli veya
- haftada en az 600 MET-dakika olacak şekilde orta ve şiddetli fiziksel

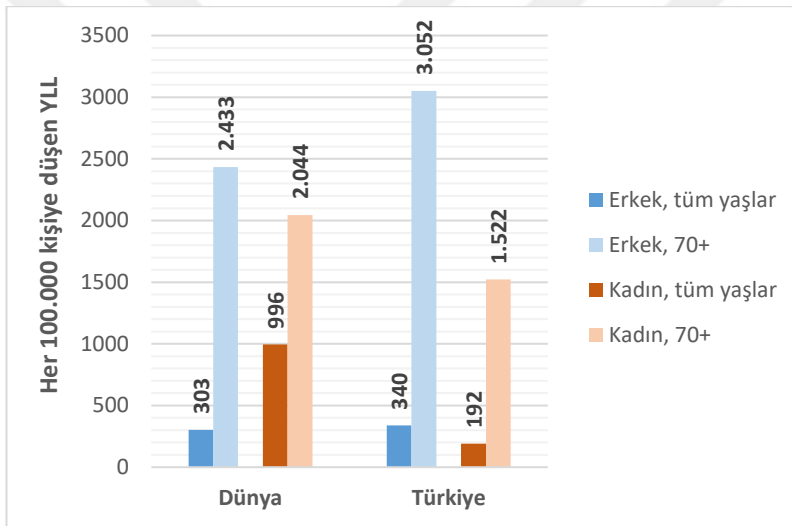
aktivite yapmaması olarak tanımlanmaktadır. (1 MET saatte kg başına 1 kcal tüketimine eşdeğerdir) [44]. 168 ülkenin verileri ile yapılan bir çalışmada 2016 yılında yetersiz fiziksel aktivite yapan 18 yaş ve üzeri kişilerin oranı %27,5 olarak bulunmuştur ve bu oranın 2001 yılından beri pek değişmediği (%28,5) görülmüştür. Ayrıca dünya genelinde kadınlarda ve yüksek gelirli ülkelerde hareketsizliğin daha fazla olduğu dikkat çekmiştir [59]. 2017 yılında Türkiye’de 15 yaş ve üzeri kadınların %53,9’u, erkeklerin %33,1’i, toplamda %43,6’sının yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur. Bu oran 70 yaş ve üzeri için kadınlarda %79,2, erkeklerde %47,8 olmak üzere toplamda %66,1’e çıkmaktadır [60].

65 yaş ve üzeri kişiler için tavsiye edilen fiziksel aktivite şu şekildedir;

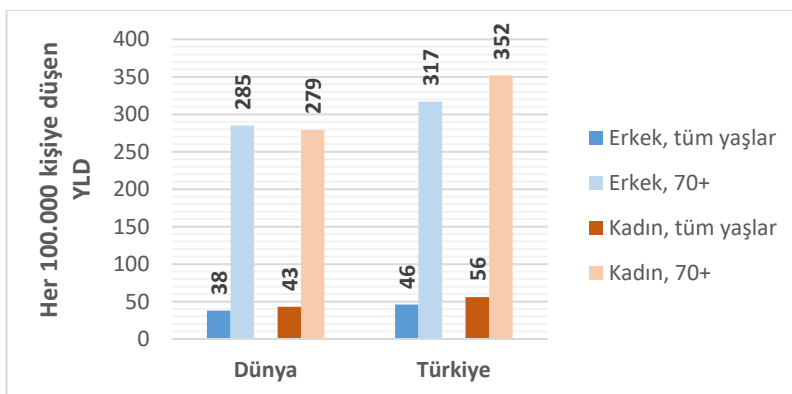
1. Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya en az 75 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktivite veya ikisinin eşdeğer kombinasyonunu yapılmalıdır.
2. Bir set aralıksız en az 10 dakika sürmelidir.
3. Aerobik fiziksel aktivitenin daha faydalı olması için orta yoğunluklu aktivite haftada 300 dakikaya/ şiddetli aktivite haftada 150 dakikaya çıkarılmalıdır.
4. Kısıtlı hareket kabiliyeti olanlar dengelerini artırmak ve düşmeleri önlemek için haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yapmalıdır.

5. Majör kas gruplarını güçlendirme aktiviteleri haftada en az 2 kez yapılmalıdır.
6. Sağlık koşulları nedeniyle önerileri yerine getiremeyenler, hareket kabiliyetleri izin verdiği kadar aktif olmalıdır [61].

Bu şekilde düzenli fiziksel aktivitenin kilo kontrolüne, kemik yoğunluğuna katkıda bulunduğu gibi KVH, inme, diyabet, hipertansiyon, kolon kanseri, meme kanseri ve depresyon riskini de azalttığı gösterilmiştir [61]. *Küresel Hastalık Yükü Çalışması (GBD)* inaktiviteye atfedilen ölümlerin 3,2 milyon, *The Lancet Fiziksel Aktivite Serileri (LPAS)* ise 5,3 milyon olduğunu belirtilmektedir [62]. GBD'ye göre dünyada ve Türkiye'de düşük fiziksel aktivitenin yol açtığı YLL ve YLD Şekil 2.15 ve 2.16'da gösterilmiştir.



Şekil 2.15- 2017 yılı düşük fiziksel aktivitenin neden olduğu YLL. [1]



Şekil 2.16- 2017 yılı düşük fiziksel aktivitenin neden olduğu YLD. [1]

DSÖ tarafından fiziksel aktiviteyi artırıcı müdahale planlamalarının çok sektörlü yapılması, planlamalar yapılırken coğrafi şartların, inançların, kültürün göz önünde bulundurulması, güvenli bir çevre oluşturulması, toplum bilinçlendirilmesinde kitle iletişim araçlarına ve birinci basamak sağlık çalışanlarına yer verilmesi tavsiye edilmektedir. Özellikle iş ve okula gidiş gelişlerde yürüme ve bisiklet fırsatlarının oluşturulması önerilmektedir [58, 61]. Müdahalelerin bölgenin kültür ve çevre şartlarına göre uyarlandığında ve günlük aktivitelere entegre edildiğinde de daha başarılı olduğu görülmüştür [44].

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014- 2017)'de okullarda fiziksel aktivite imkanlarını çoğaltılması ve toplumun fiziksel aktivite alanlarının artırılması için yerel yönetimlerle iş birliği hedeflenmiştir [63]. Ayrıca *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi* ve *Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberlerini* hazırlamıştır.

2.2.2.3. Sağlıksız beslenme

Beslenme kültür, coğrafi koşullar, inançlar, kişisel tercihler, gelir seviyesi gibi birçok faktörden etkilenen bir davranıştır. İyi beslenme tarzı anne sağlığı, bebek gelişimi, uzun yaşam, güçlü bir immün sistem ve BOH riskini azaltmak için önemlidir. Araştırmalar meyve, sebze, baklagiller, kuruyemişler ve tahıldan yüksek; tuz, şeker ve özellikle doymuş yağdan düşük beslenmenin faydalarını göstermektedir [64, 65]. Sağlıklı beslenmeye ulaşmanın önündeki en önemli engellerden birinin fiyatları olduğu bildirilmiştir [44].

Sağlıksız beslenme yetersiz veya aşırı beslenme olmak üzere iki şekilde olabilmektedir. Yoksullukla ilişkilendirilen yetersiz beslenme başta çocuklar olmak üzere, özellikle bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasız kalınmasına neden olmaktadır. 2016 yılındaki 5 yaş altı çocuk ölümlerinin %45'i yetersiz beslenme kaynaklıdır [66].

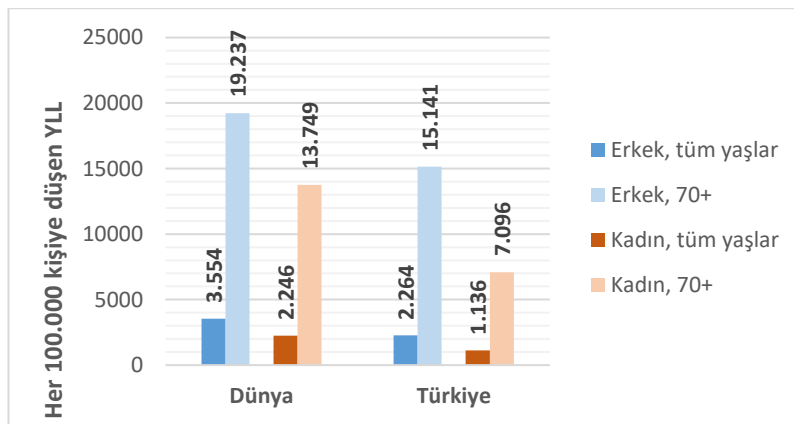
Kentleşme ile değişen yaşam tarzı ise günlük diyetteki enerji, yağ, şeker ve sodyum alımını artırarak aşırı kilo ve obeziteye yol açmıştır. Bu aşırı beslenme tarzı KVH, diyabet, kas-iskelet hastalıkları ve bazı kanserlerin riskini arttırmaktadır [67, 68]. Dünyada 2008 yılında 400 milyon olan obez kişi sayısı, 2015'te 700 milyona; fazla kilolu kişi sayısı ise 1,4 milyardan 2,3 milyara çıkmıştır [69]. Türkiye'nin 15 yaş

ve üzeri popülasyonunun ise 2017 yılında %35,6'sı fazla kilolu, %28,8'i obez bulunmuştur [60].

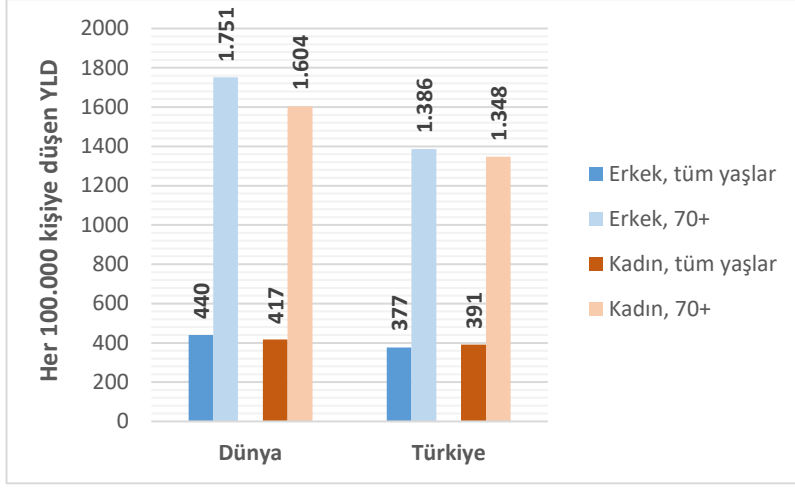
Riskli beslenme, 2017 yılında dünyada 11 milyon ölümden sorumlu tutulmaktadır. Dünyada en çok ölüme yol açan risk faktörüdür (%20) [1]. GBD riskli beslenmeyi 15 alt kategoride ele almıştır [70];

- az meyve tüketimi
- az sebze tüketimi
- az baklagil tüketimi
- az kuruyemiş ve tohum tüketimi
- az tam tahıl tüketimi
- az süt tüketimi
- fazla kırmızı et tüketimi
- fazla işlenmiş et tüketimi
- fazla şekerli içecek tüketimi
- az lifli ürün tüketimi
- düşük kalsiyum tüketimi
- düşük omega-3 yağ asidi tüketimi
- düşük çoklu doymamış yağ asidi tüketimi
- yüksek trans yağ asidi tüketimi
- yüksek sodyum tüketimi

GBD tarafından hesaplanan riskli beslenmenin neden olduğu YLL ve YLD Şekil 2.17 ve 2.18'de gösterilmiştir.



Şekil 2.17- 2017 yılı riskli beslenmenin neden olduğu YLL. [1]



Şekil 2.18- 2017 yılı riskli beslenmenin neden olduğu YLD. [1]

DSÖ'nün sağlıklı beslenme hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla oluşturulacak politikalarda göz önünde bulundurulmasını önerdiği öncelikli bazı alanlar bulunmaktadır [50];

1. Yiyeceklerdeki tuz/ sodyum oranının azaltılması;

Tuz/ sodyumun fazla tüketiminin hipertansiyon ve KVH riskini arttırmaktadır. DSÖ yetişkinler için günlük tuz tüketiminin 5 gramı aşmaması gerektiğini belirtmektedir ancak dünyadaki ortalama tüketimin 10gr olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle tüketim ortalamasının %30 azaltılması 9 küresel hedeften de biridir [44]. Küresel tüketimin önerilen düzeylerin altına düşürülmesiyle 2,5 milyon ölümün engellenebileceği tahmin edilmektedir [71].

2012 yılında Türkiye'deki ortalama tuz tüketimi günlük 14.8gr olduğu ve bunun %34'ünün ekmekteki, %30'unun hazırlanırken yemeğe katılan, %21'inin çeşitli işlenmiş gıdalardaki, %11'inin tüketim sırasında eklenen tuzdan kaynaklandığı bulunmuştur [72]. Uluslararası sağlık kuruluşlarının ve toplantılarının önerileri doğrultusunda tuz tüketimini azaltmak amacıyla hazırlanan *Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı 2011-2015* ile ekmeklerdeki tuz oranı %25, domates salçasındaki %64, zeytindeki %50, peynirdeki %35-61 düşürülmüş; okul kantininde satılan besinlerin tuz içeriğine bazı kısıtlamalar getirilmiştir. *Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı (2017-2021)*'de toplumun farkındalığını arttıracak projeler dışında işlenmiş ürünlerdeki, toplu besin

tüketilen yerlerdeki ve ekmekteki tuzun azaltılması, ürünlerin tuz içeriğine göre etiketlenmesi, masalardan tuzlukların kaldırılması, tuz oranı yüksek gıdalar için vergi düzenlemesi hedeflenmektedir [73].

2. Meyve, sebze ulaşılabilirliği ve tüketiminin artırılması, fiyatlarının makul seviyelerde tutulması;

Yeterli meyve ve sebze tüketimi KVH, kanser ve diyabet gibi hastalıkların önlenmesine yardımcı olabilmektedir. Bunun için DSÖ günlük en az 400 gr meyve ve nişastalı olanlar hariç sebze tüketimi önermektedir. Yeterli meyve, sebze tüketimiyle yılda 2,7 milyondan fazla hayat kurtarılabileceği tahmin edilmektedir [74].

Türkiye’de bir günde ortalama 1,4 porsiyon meyve, 1,7 porsiyon sebze tüketilmektedir. 70 yaş ve üzerinde ise günde ortalama 1,7 porsiyon meyve, 1,9 porsiyon sebze tüketilmektedir. Tüketim miktarları totale bakıldığında kadınlarda daha yüksekken, 70 yaş ve üzerinde erkeklerde daha yüksektir [60].

3. Yiyeceklerdeki doymuş yağ yerine doymamış yağ kullanılması ve
4. Trans yağ yerine doymamış yağ kullanılması;

Doymuş ve trans yağ asidi tüketiminin KVH riskini arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca tip 2 diyabet riskini arttırdığına dair kanıtlar da mevcuttur. DSÖ günlük enerji alımının en fazla %10’unun, riskli gruplarda en fazla %7’sinin doymuş yağ asitlerinden karşılanması gerektiğini, Amerikan Kalp Derneği ise bu oranın %5-6’yı geçmemesi gerektiğini söylemektedir. Trans yağ asitlerinin günlük enerjinin %1’den azını oluşturması gerektiği belirtilmektedir. [75-77] Fazla tüketimi her yıl koroner kalp hastalığından 500 bin erken ölümden sorumlu tutulmaktadır [78].

2010’da Türkiye’de günlük doymuş yağ asidi tüketimi 15 yaş ve üzeri için ortalama 22,38 gr bulunmuştur. 65 yaş ve üzerinde ortalama tüketim 18,14 grama düşmektedir [79].

5. Yiyecek ve alkolsüz içeceklerdeki serbest ve ilave edilen şeker miktarının azaltılması;

Yüksek miktarda serbest şeker tüketimi dış çürük ve kayıplarına, ayrıca birçok BOH için (özellikle KVH ve tip 2 diyabet) risk faktörü olarak kabul edilen obezitenin artmasına neden olmaktadır. DSÖ serbest şeker tüketiminin hem çocuklar hem de yetişkinler için günlük enerjinin %10'unu geçmemesini gerektiğini belirtmektedir [80]. Şekerli içeceklerin 2017 yılında 140 bin ölümden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir [1].

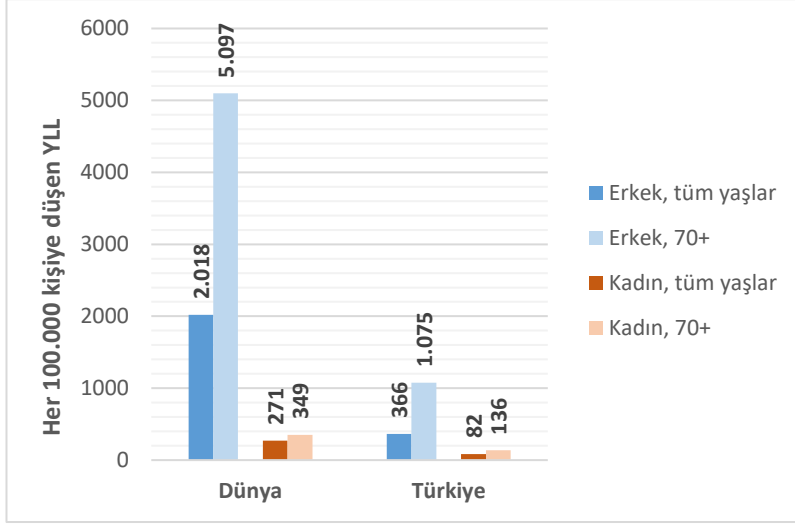
2010 yılında Türkiye'de günlük şeker tüketimi 15 yaş ve üzeri için ortalama 20,38 gr, 65 yaş ve üzeri için ortalama 16,94 gr bulunmuştur [79].

6. Gıda porsiyonlarını ve enerjilerini azaltarak aşırı kalori alımının kısıtlanması

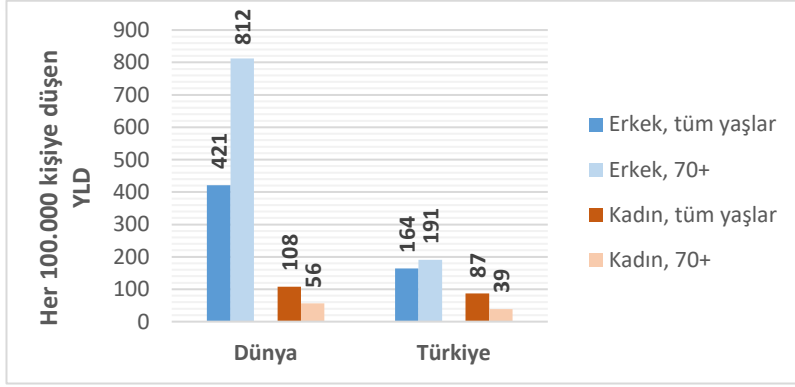
2.2.2.4. Alkol tüketimi

Alkol kültürel olarak da tüketim şekli değişen psikoaktif bir maddedir. Genelde yüksek gelirli kişiler ve toplumlar tarafından tüketildiği görülmektedir. 200'den fazla hastalıktan sorumlu tutulmaktadır. Bunlar arasında siroz, kanser, KVH gibi BOH'lar dışında, annenin alkol kullanımını nedeniyle ortaya çıkan fetal hastalıklar, bağımlılık oluşturan etkisinin yol açtığı mental bozukluklar, düşünme kabiliyetini zayıflatmasıyla oluşan riskli davranışların yol açtığı bulaşıcı hastalıklar ve hem kişinin hem de başkasının yaralanması ya da ölümüyle sonuçlanan kazalar da vardır. Alkolün sağlık sonuçları içme düzeni ve miktarı ile orantılıdır [81].

2016 yılındaki ölümlerin %5,3'ünün (3 milyon) zararlı alkol kullanımını nedeniyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu ölümlerin 1,7 milyonu bulaşıcı olmayan hastalıklar sonucu gerçekleşmiştir. 20-39 yaş arası ölümlerin ise %13,5'inden sorumlu tutulmaktadır. Dünyada en çok prematür ölüme neden olan üçüncü risk faktörüdür [81]. Alkol kullanımının neden olduğu YLL ve YLD Şekil 2.19 ve 2.20'de gösterilmiştir.



Şekil 2.19- 2017 yılı alkol kullanımının neden olduğu YLL. [1]



Şekil 2.20- 2017 yılı alkol kullanımının neden olduğu YLD. [1]

Türkiye’de 15 yaş ve üzeri kişi başı saf alkol tüketimi 2 litre olarak görülmektedir. Ancak nüfusun %89,1’i (*Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017*’ye göre %83,6) hayatında hiç alkol tüketmemiş, %4,1’i’de 12aydır alkol kullanmamıştır. Saf alkol tüketim miktarı sadece alkol içen kesim üzerinden hesaplandığında kişi başı tüketim 28,5 litreye çıkmaktadır. Alkol kullanan 15 yaş ve üstü kişilerin %21,7’si ise devamlı ağır içici, yani son 30 günde en az bir oturuşta en az 60gr saf alkol tüketen kategorisindedir [81].

DSÖ alkolün zararlı kullanımını önlemek amaçlı geliştirilecek politikalarda göz önünde bulundurulması gereken bazı prensiplerden bahsetmektedir [82];

- Güçlü kanıtlara dayanan halk sağlığı çıkarları doğrultusunda düzenlenmelidir.
- Ulusal, dini ve kültürel değerlerle uyum içinde olmalıdır.

- Alkole atfedilebilir zarar riski yüksek olan ve başkasının zararlı alkol kullanımını nedeniyle zarar gören nüfusun korunması, tedavisi ve bakımı ile ilgili kolaylaştırıcı yöntemler barındırmalıdır.
- Tüm alkollü içecek ve benzerlerini kapsamalıdır.
- Alkollü kullanmamayı seçen kişilerin bu davranışları desteklenmeli ve alkol içmelerine yönelik baskılarından korunmalıdır.
- İlgili taraflar, alkolün zararlı kullanımını önlemek ve azaltmak için oluşturulan politikalara uygun şekilde hareket etme sorumluluğuna sahip olmalıdır.

Türkiye'nin zararları alkol kullanımını önlemek üzere bir eylem planı bulunmamaktadır. Ancak alkol reklamlarının, sponsorluklarının, teşviklerinin yasak olması, 18 yaşından küçük kişilere alkol satışının ve bu kişilerin alkollü mekanlara girişlerinin yasak olması, alkol satışında saat, yer ve etkinlik kısıtlamalarının bulunması gibi müdahaleler mevcuttur [81].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Türü

Kesitsel olarak planlanan araştırmada, katılımcılara araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanmıştır. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 30.07.2019 tarihli 15/286 karar nolu etik kurul izni ve İstanbul AÇSH İl Müdürlüğünden 11.11.2019 tarihinde kurumlarda araştırma yapılmasına dair izin alınmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

İstanbul il sınırları içerisinde toplam 14 adet resmi huzurevi bulunmaktadır. Bunlardan;

- Silivri Belediyesi Gökhan Kurtulmuş ve Bakırköy Belediyesi Şefkat Huzurevleri yerel belediyelere bağlı olup sadece kendi ilçelerinde ikamet eden kişilere,
- Milli Eğitim Bakanlığı Validebağ Mustafa Necatibey Öğretmen Huzurevi bakanlıktan emekli olanlara [83],
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğü (Kayışdağı) ve Darülaceze Başkanlığı (Okmeydanı) ise kimsesi olmayan kişilere hizmet vermektedir [84, 85].
- İstanbul AÇSH İl Müdürlüğüne bağlı 9 huzurevi ise kendisine başvuran 60 yaş üzeri belirli sağlık koşullarını sağlayan kişilere hizmet vermektedir [86].

Hizmet verilecek kişi seçimi daha homojen olduğu için araştırma evreni; İstanbul AÇSH İl Müdürlüğüne bağlı 9 huzurevi olarak belirlenmiştir. Kurum yetkililerince bakım ve rehabilitasyon bölümünde kalan, yani özel bakım alan bireylerin genelde soruları yanıtlayabilecek durumda olmadığından beyan edilmesi nedeniyle bu grup evrene dahil edilmemişlerdir. Temmuz 2019'da telefon ile toplam

normal bakım kapasitesi 1076 olan 9 kurumda toplam 880 kişinin kaldığı öğrenilmiştir. Özel bakım kapasitesi ise 462 kişidir [87].

Örneklem hesaplamasında Türkiye'deki huzurevlerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II) kullanılarak yapılmış, tarafımda bulunan en kapsamlı çalışma [88] referans alınmıştır. SYBD-II alt grupları da dahil olmak üzere, eğitim düzeyleri arasında en küçük etki büyüklüğü 0,81 olarak hesaplanmıştır. 0,05 tip 1 hata ve %80 güçle yapılan örneklem hesaplamasında her grupta 20 kişi olması gerektiği bulunmuş, eğitim düzeyi 6 gruptan oluştuğu için örneklemin 120 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Huzurevi bölümünde kalıp unutkanlığa sebep olan ileri düzey hastalığı bulunanlar, uzuv kaybı olanlar, duyma veya konuşma problemi olanlar ve yer, mekân, zaman kooperasyonu olmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Müdürlüğe bağlı 9 huzurevinden 6 tanesi kurumlarında çalışma yapılması için uygunluk vermiştir. Bunlardan Göztepe Semiha Şakir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi deprem sonrası hizmete ara vermiş, bu huzurevinde kalan yaşlılar Müdürlüğe bağlı diğer huzurevlerine dağıtılmıştır. Bu nedenle çalışma 5 huzurevinde yürütülebilmektedir. Çalışma için uygunluk vermeyen kurumlar; Bahçelievler ve Etiler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Sultangazi Huzurevidir.

Araştırmanın yapılabileceği 5 kurumun (Prof. Dr. Fahrettin Kerim- Nilüfer Gökay, Beylikdüzü, İzzet Baysal ve Kartal Maltepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi) normal bakım kısmında kalan sayısı, Temmuz 2019'da kurumlardan öğrenildiği üzere 401 kişidir. Her huzurevi birer küme olmak üzere, her kümeden kalan yaşlı sayısı ile orantılı olarak görüşülecek kişi sayısı belirlenmiştir. Buna göre;

- 56 sakini olan Beylikdüzü'nden 17 kişi,
- 38 sakini olan İzzet Baysal'dan 11 kişi,
- 158 sakini olan Kartal Maltepe'den 47 kişi,
- 62 sakini olan Prof. Dr. Fahrettin Kerim- Nilüfer Gökay'dan 19 kişi,
- 87 sakini olan Zeytinburnu Semiha Şakir'den 26 kişi ile (toplam 120 kişi)

görüülmesi ve bu kişilerin liste üzerinden basit rastgele seçilmesi planlanmıştır. Ancak yaşlı odalarına girmenin yasak olması, görüşmelerin yaşlı ile özel bir odada

yapılmasının bazı durumlarda uygun olmaması, listeden seçilen isimleri tanımak için araştırmacının yanına personel verilememesi, her yaşlının dosyasında fotoğrafının olmaması gibi nedenlerle rasgele seçim yapılamamıştır. Bu nedenle her kümeden kolayda örnekleme ile ortak alanlarda bulunan ve görüşmeyi kabul eden yaşlılarla hesaplanan sayıya ulaşılan kadar anket yapılmıştır.

Ortak alanda bulunup ankete katılmak istemediğini belirten 20 kişi olmuştur. 1 kişi katılmak istememe nedenini belirtmezken, 7 kişi o sırada başka işi olduğu, 3 kişi sürekli anket yapılmasından sıkıldığı, 3 kişi hasta/ rahatsız olduğu, 1 kişi özel hayatını anlatmak istemediği, 1 kişi cevapları samimi bulmadığı, 1 kişi anketörün dış görünüşünden rahatsız olduğu, 1 kişi beceremeyeceğini düşündüğü, 1 kişi istemediği, 1 kişi o esnada muhabbetini bölmek istemediği için ankete katılmamıştır. Buna göre yanıt oranı (response rate) %85,7'dir.

3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Yaşlılara sosyo-demografik bilgiler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinin ilk bölümü olmak üzere 3 kısımdan oluşan anket uygulanmıştır. Anketler araştırmacı tarafında yüz yüze görüşme ile 1 Aralık 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında doldurulmuştur.

Zeytinburnu Huzurevinde görüşülen ilk 13 kişi pilot olarak değerlendirilerek ankete son hali verilmiş ve ölçeklerdeki ifadeleri doğrudan yaşlılara sorarak puanlamalarını beklemenin verimli ve doğru sonuç vermediği anlaşılmıştır. Bunun yerine yaşlıların ölçeklerdeki ifadelerle bakış açıları hakkında araştırmacının fikir sahibi olmasını sağlayacak sorular yöneltilmiş ve ifadelerin puanlaması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.3.1. Demografik özellikler

Kişilerin;

- Yaşı, cinsiyeti, kaç kişilik odada kaldığı, eğitim durumu, en uzun çalıştığı iş, en uzun yaşadığı il, gelir durumu ve huzurevinden önce nerede yaşadığı
- Medeni durumu, eşinin nerede olduğu, vefat etmişse ne kadar zaman önce olduğu,
- Çocuk sayısı ve çocuklarının cinsiyeti, medeni durumları, yaşadıkları yer ve çocuklarıyla görüşme durumları,

- Yürürken yardımcı alet kullanım durumu, sigara kullanımı, varsa kronik hastalıkları ve ilaç saatlerini kimin takip ettiği,
- Huzurevine gelme nedeni, huzurevinde kalmaya başlamadan önceki ve kalmaya başladıktan sonraki düşünceleri,
- Günlük rutini, hobileri, huzurevi tarafından düzenlenen etkinliklere ya da gezilere katılımı
- Deneyimlerinden yola çıkarak varsa hayata dair vermek istediği nasihatler sorulmuştur.

Eğitim durumu sorgulanırken mezuniyet koşulu aranmamıştır.

Meslekler, Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması 2008 (ISCO-08)'e göre sınıflanmıştır. Ancak karşılaştırmalar yapılırken ISCO-08 10 grup içerdiği, her gruba düşen kişi sayısı benzer ve yeterli olmadığı için gruplar beceri düzeylerine göre birleştirilmiştir. Tanımlanan 4 beceri düzeyi bulunmaktadır. Buna göre 3 ve 4. beceri düzeyi lise üzeri eğitim (yöneticiler, profesyoneller, teknisyenler), 2. beceri düzeyi lise eğitimi (büro hizmetleri çalışanları, hizmet sektörü çalışanları, tarım ve orman çalışanları, zanaatkarlar, makine operatörleri), 1. beceri düzeyi ilköğretim eğitimi (yetenek gerektirmeyen işlerde çalışanlar) gerektirmektedir. Silahlı kuvvetler ise 4 beceri düzeyinden de çalışan içermekle birlikte, çalışmaya katılan tek silahlı kuvvetler çalışanı subay olduğu için 3 ve 4. beceri düzeyinde kabul edilmiştir [89].

Sayı olarak fazla kronik hastalığı olan kişiler hastalık isimlerini saymakta zorlandığı için gruplandırma hastalık isimleri yerine sayıları üzerinden yapılmıştır. 5'in üzerinde hastalığı olan kişiler genelde tam sayı veremedikleri için aynı gruba dahil edilmiştir.

Açık uçlu sorularda ifadelerin ait olduğu kişileri tanımlamak amacıyla ifadenin sonuna "görüşme sırası, cinsiyet, yaş" belirtilmiştir (Görüşülen 5. kişi olan 77 yaşındaki bir kadın için; G5, K, 77 gibi).

3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II)

1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1996 yılında Walker ve ark. tarafından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II) olarak revize edilmiştir [90, 91].

Revize edilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır [92]. Ölçek 4'lü likert içeren 52 maddeden oluşmakta olup, tüm maddeler olumludur. Ölçekte 1 puan hiçbir zaman, 2 puan bazen, 3 puan sık sık, 4 puan düzenli olarak anlamına gelmektedir. Alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Alınan puan yükseldikçe kişinin davranışlarının daha sağlıklı olduğu kabul edilir. İç tutarlılığı değerlendiren Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır. Ölçek;

- Sağlık sorumluluğu (9 madde),
- Fiziksel aktivite (8 madde),
- Beslenme (9 madde),
- Manevi gelişim (9 madde),
- Kişilerarası ilişkiler (9 madde),
- Stres yönetimi (8 madde)

olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,77, 0,79, 0,68, 0,79, 0,80, 0,64 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık sorumluluğu; kişinin kendi sağlık sorumluluğunun alması, sağlığına dikkat etmesi, sağlık ile ilgili eğitim alması ve gerektiğinde profesyonel yardıma başvurması şeklinde tanımlanmıştır [91]. Yaşlıların bu konudaki davranışlarını ölçmek için; bir rahatsızlık hissettiklerinde ne şekilde davrandıkları, hangi durumlarda sağlık profesyonellerine (anlaşılabilir olması için doktor, hemşire vb meslek isimleri kullanılmıştır) başvurdukları, BOH'ları için ne sıklıkla muayene oldukları ve sağlıkla ilgili kitap okuma veya program seyretme rutinleri sorgulanmıştır.

Günlük fiziksel aktivite zamanları ve içerikleri hakkında bilgi sahibi olmak için; haftada kaç kez, ne kadar, nerelerde yürüyüş yaptıkları, spor aletlerini kullanma sıklıkları ve hangilerini kullandıkları, bazı huzurevlerinde folklor, bocce, dart vb. aktiviteler olduğu bilindiğinden özellikle bunlara katılım sıklıkları, kültür fizik vb. ısınma/ esneme hareketleri yapma sıklıkları öğrenilmiştir. Ayrıca günlük hangi işlerini kendi kendilerine ve ne şekilde yaptıkları (alışverişe, yemeğe gitmek vb), asansör/ merdiven kullanma becerileri sorulmuştur.

Beslenme ile ilgili yağlı ve şeker tüketmemeye ne kadar dikkat ettikleri, günlük meyve, sebze, karbonhidrat (ekmek, pirinç, makarna şeklinde belirtilmiştir), protein

(et, tavuk, balık, bakliyat, yumurta şeklinde belirtilmiştir) porsiyonları, süt, peynir, yoğurt tüketimleri ve kahvaltı etme düzenleri sorgulanmıştır. Huzurevi yemekhanesinde ne çıkıyorsa onu yiyorum şeklinde yanıtlanan sorulara bazen anlamına gelen 2 puan verilmiştir.

Manevi gelişim bölümünde kişiye kendisi ile ilgili düşünceleri, hayattaki amacı, gelecek planları ve yaratıcıya olan inancı sorulmuştur. Yeniliklere ne derece açık oldukları değerlendirilirken huzurevine geliş ve alışma süreçleri, etkinlik ve gezilere katılım seviyeleri göz önünde bulundurulmuştur.

Kişilerarası iletişimlerini değerlendirilirken yakın arkadaş çevrelerinin varlığı, arkadaşlarına ayırdıkları vakit, birlikte yaptıkları etkinlikler, konuştukları ve dertleştikleri konular, yeni insanlara olan yaklaşımları, diğer huzurevi sakinleri ile olan iletişimlerini sorulmuştur.

Stres yönetimi bölümünde kişilere uyku düzenleri, eğlenme yolları, canları sikkinken veya sinirliyken kendilerini rahatlatmak için ne gibi yöntemlere başvurdukları sorulmuştur. Yürüyüş yapmak, ortamdan uzaklaşmak, sevdiği hobilerle uğraşmak, ağlamak, ibadet etmek, güvendiği biriyle dertleşmek uygun yöntemler, uyumak ve kendi dünyasına çekilmek uygun olmayan yöntemler olarak kabul edilmiştir.

3.3.3. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NSP)

1985 yılında Hunt ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin ilk kısmı sağlığı fiziksel, duygusal ve sosyal olarak değerlendiren 38 kriteri (toplam 600 puan), ikinci kısmı ise günlük hayatımızda sağlıktan en çok etkilenen 7 durumu (7 puan) sorgulamaktadır [93]. Araştırmamızda yer alan ilk bölüm;

- Ağrı (8 madde),
- Fiziksel aktivite (8 madde),
- Duygusal reaksiyonlar (9 madde),
- Uyku (5 madde),
- Sosyal izolasyon (5 madde),
- Enerji (3 madde)

olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin cevapları evet veya hayır şeklindedir. Her bölüm maddeleri toplam 100 puan olacak şekilde kendi içinde ağırlıklandırılmıştır. Ölçek toplam puanı bölüm puanlarının toplamından oluşmaktadır. Puan arttıkça sağlık profili düşmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır [94].

Ağrı ve fiziksel aktivite bölümleri sorgulanırken tüm ifadeler tek tek katılımcıya sorulmuştur.

Duygusal reaksiyonlar bölümünde kişinin bir gününü nasıl geçirdiği, eğlenmek için neler yaptığı, hayatını nasıl bulduğunu, endişeleri, uyumadan önce neler düşündüğü, bugünlerde kendini nasıl hissettiği, nelere çabuk sinirlendiği ve canını sıktığı, önceden de bu tip olaylara benzer tepkiler verip vermediği sorulmuştur.

Uyku bölümünde kişiye yatar yatmaz uyuyabiliyor mu, istediği saatte kalkabiliyor mu, gece deliksiz uyuyor mu gibi sorular yöneltilmiştir. Yaşlılar özellikle gece çok sık tuvalete kalkma durumundan bahsetmiştir. Eğer gece tuvalete kalkış sonrası tekrar uyumada sorun yaşamıyorlarsa; “gece uykum kaçıyor” ve “gece uykum çok kötü” ifadeleri hayır olarak işaretlenmiştir. Uyku ilacı kullananlar sonrasında güzel uyuduklarını söylüyorsa sadece “uyku ilacı alıyorum” ifadesi evet olarak işaretlenmiş, diğer ifadeler hayır olarak bırakılmıştır. İlaç aldığı halde kişi uyku sorunu yaşıyorsa, halen yaşadığı problemlere göre ifadeler yanıtlanmıştır.

Sosyal izolasyon bölümünde kişiye insanlarla ilişkilerinin nasıl olduğu, insanlarla mı vakit geçirmeyi yoksa kendi kendine kalmayı mı daha çok sevdiği, kendini yalnız hissetme durumu sorulmuştur. Huzurevine gelme nedeni ve huzurevi ile ilgili hissiyatı sorularak ise insanlara yük olduğunu düşünüp düşünmediği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Enerji bölümünde ise kişiye hareketli ya da enerjik bir insan mıdır, aslında yapmak istediği ama yapmadığı şeyler var mıdır ve bunlar nelerdir, kendisini sürekli yorgun veya tükenmiş hissediyor mu gibi sorular yöneltilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzde olarak, nicel değişkenlerinki ise ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Açık uçlu sorular tematik analiz ile özetlenmiş, ayrıca özellikli ifadeler direkt olarak alıntılanmıştır.

Kategorik değişkenlerin birbiriyle karşılaştırılmasında ki-kare testleri kullanılmıştır. 2x2 tablolarda en az bir gözde beklenen değer 25'ten büyük ise Pearson, 25 ve 5 arasında ise Yates (Continuity Correction), 5'ten küçük ise Fisher Exact ki-kare testleri, r x c tablolarda gözlerin %20'den fazlasında beklenen değer 5'ten küçükse Pearson Exact, değilse Asymptotic Pearson ki-kare testi kullanılmıştır [95, 96].

4'ten fazla göze sahip olan tabloların ileri analizlerinde her bir göze düşen denek sayısı azaldığı için bazı kategoriler birleştirilmiştir. 6 kategoriden oluşan eğitim değişkeninin cinsiyete göre değişimi incelenirken okuma yazma bilmeyenler ve diğerleri, hiç okula gitmemiş olanlar ve diğerleri, lise ve üzeri eğitim görmüş olanlar ve diğerleri olmak üzere kategoriler birleştirilerek karşılaştırmalar yapılmıştır.

4 kategoriden oluşan meslek beceri seviyelerinin cinsiyete göre dağılımlarının karşılaştırmalarında 3 ve 4. beceri seviyesinde çalışmış olanlar ve diğerleri şeklinde gruplar birleştirilerek de analiz yapılmıştır. Sigara içme durumu belirtilen 3 grup ise cinsiyete göre karşılaştırılırken ayrıca şu anda sigara içenler ve diğerleri, hiç sigara içmemiş olanlar ve diğerleri olmak üzere gruplar birleştirilerek karşılaştırmaları yapılmıştır.

Nicel verilerin normal dağılımları Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiş, normal dağılımların kategorik değişkenlerle karşılaştırılmasında grup sayısına göre bağımsız t-testi veya tek yönlü varyans analizi, normal dağılmayanlarınkinde de Mann-Whitney U veya Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin ölçeklerin puanlamasında farklılığa yol açıp açmadığı, değişkendeki grup sayısına göre Mann-Whitney U veya Kruskal-Wallis testleri ile analiz edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliklerinin test edilmesinde Cronbach alfa güvenilirlik testi kullanılmıştır.

Nicel ve ordinal değişkenlerin ölçeklerle ve ölçeklerin birbirleri ile korelasyonuna Spearman korelasyon testiyle bakılmıştır. Korelasyon katsayılarının mutlak değeri (r) şu şekilde yorumlanmıştır;

- 0,00 – 0,249 (korelasyon yok/ çok zayıf korelasyon)
- 0,25 – 0,499 (zayıf-orta derecede korelasyon)
- 0,50 – 0,699 (orta derecede korelasyon)
- 0,70 – 0,899 (iyi derecede korelasyon)

- 0,90 – 1,00 (çok iyi derecede korelasyon) [97]

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 kullanılmış, anlamlılık sınırı olarak $p=0,05$ kabul edilmiştir. Anlamlılık sınırının altında çıkan 2’den fazla kategorili değişkenler için uygun post-hoc analizleri yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Örneklem Demografisi

Kategorik demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya dâhil olan 120 kişinin yaş ortalaması $75,8 \pm 7,8$ yıl, çocuk sayısı ortalaması $2,6 \pm 1,5$ ’dir. Kadınların yaş ortalaması $75,6 \pm 8,1$, erkeklerinki $75,9 \pm 7,6$ olmak üzere benzerdir ($p=0,845$). Kadınların $2,0 \pm 1,8$, erkeklerin $2,0 \pm 1,7$ olmak üzere cinsiyete göre çocuk sayıları ortalamaları da benzer bulunmuştur ($p=0,746$). Katılımcıların cinsiyete göre gelir durumu ($p=0,077$), medeni hal ($p=0,066$) dağılımları da benzer bulunmuştur.

Eğitim kategorilerinin en az ikisi arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$). İleri karşılaştırmalar gruplar birleştirilerek yapılmıştır. Kadınların 7’sinin (%14,6), erkeklerin 1’inin (%1,4) okuryazarlığı yoktur ($p=0,007$). Kadınların 13’ü (%27,1), erkeklerin 4’ü (%5,6) hiç okula gitmemiştir ($p=0,002$). Kadınların 20’si (%41,7), erkeklerin 31’i (%43,1) lise ve üzeri eğitim almıştır ($p=1,0$).

Kadınlardan hayatının çoğunluğunu İstanbul’da geçirenler (%95,8), erkeklere göre (%81,7) istatistiksel anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,046$).

Meslek beceri seviyelerinin en az ikisi arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmamış olan 11 kişinin hepsi kadındır. İleri karşılaştırmalar gruplar birleştirilerek yapılmıştır. Kadınların 16’sı (%33,3), erkeklerin 14’ü (%19,4) 3 veya 4. beceri seviyesinde çalışmıştır ($p=0,085$).

Çalışmamızda evli olan 19 bireyin 6’sı (%31,6) aynı huzurevinde eşi ile birlikte kalmaktadır. 10’unun (%52,6) eşi kendi evlerinde/ memleketlerinde, 3’ünün (%15,8) eşi çocuklarıyla yaşamaktadır. Boşanmış olan 33 katılımcıdan son ayrıldığı eşi ile ilgili bilgisi olan 16 kişi (%48,5) bulunmaktadır. Bu 16 kişiden 3’ü (%18,8) eşinin vefat ettiğini, 6’sı (%37,5) memleketlerinde/ evlerinde olduğunu, 7’si (%43,8) çocuklarıyla yaşadığını belirtmiştir. Evli veya boşanmış olup eşi çocuklarla yaşayan 10 katılımcının tümü erkektir. Eşini kaybedenlerin eşi ortalama $166,5 \pm 149,3$ ay önce vefat etmiştir.

Tablo 4.1- Katılımcıların demografik bilgileri.

	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	48	40,0
<i>Erkek</i>	72	60,0
<i>Toplam</i>	120	100,0
Yaş		
<i>60-69</i>	27	22,7
<i>70-79</i>	51	42,9
<i>80-89</i>	35	29,4
<i>90+</i>	6	5,0
<i>Toplam</i>	119	100,0
Eğitim durumu		
<i>Okuryazar değil</i>	8	6,7
<i>Okuryazar</i>	9	7,6
<i>İlkokul</i>	34	28,6
<i>Ortaokul</i>	17	14,3
<i>Lise</i>	36	30,3
<i>Lisans ve üzeri</i>	15	12,6
<i>Toplam</i>	119	100,0
Hayatının çoğunluğunu geçirdiği yer		
<i>İstanbul</i>	104	87,4
<i>İstanbul dışı</i>	15	12,6
<i>Toplam</i>	119	100,0
Mesleği (ISCO-08)		
<i>Yöneticiler</i>	4	3,3
<i>Profesyoneller</i>	20	16,7
<i>Teknisyenler</i>	5	4,2
<i>Büro hizmetleri çalışanları</i>	15	12,5
<i>Hizmet sektörü çalışanları</i>	21	17,5
<i>Tarım, ormancılık, su ürünleri çalışanları</i>	3	2,5
<i>Zanaatkârlar</i>	11	9,2
<i>Makine operatörleri</i>	10	8,3
<i>Yetenek gerektirmeyen işler</i>	19	15,8
<i>Silahlı kuvvetler</i>	1	0,8
<i>Çalışmamış</i>	11	9,2
<i>Toplam</i>	120	100,0
Mesleği (Beceri seviyesi)		
<i>3 veya 4. beceri seviyesi</i>	30	25,0
<i>2. beceri seviyesi</i>	60	50,0
<i>1. beceri seviyesi</i>	19	15,8
<i>Çalışmamış</i>	11	9,2
<i>Toplam</i>	120	100,0
Gelir durumu		
<i>Yok</i>	9	7,5
<i>Emekli maaşı</i>	106	88,3
<i>Emekli maaşı + ek gelir</i>	5	4,3
<i>Toplam</i>	120	100,0

Medeni durumu		
<i>Evli</i>	19	16,0
<i>Bekâr</i>	18	15,1
<i>Eşi vefat etmiş</i>	49	41,2
<i>Boşanmış</i>	33	27,7
<i>Toplam</i>	119	100,0
Çocuğu;		
<i>Yok</i>	29	24,2
<i>Var, sayısını bilmiyor</i>	1	0,8
<i>Var, 1 tane</i>	17	14,2
<i>Var, 2 tane</i>	33	27,5
<i>Var, 3 tane</i>	22	18,3
<i>Var, 4 tane</i>	10	8,3
<i>Var, 4'ten fazla</i>	8	6,7
<i>Toplam</i>	120	100,0

Çocuğu olan katılımcılardan 11'inin (%12,1) en az bir çocuğu vefat etmiştir. Çocuklarının yaşadıkları yer ile ilgili bilgi veren 84 kişiden 72'sinin (%85,7) en az bir çocuğu İstanbul'da yaşamaktadır.

64 kişi (%70,3) tüm çocukları ile görüşmekte, 12 kişi (%13,2) hiçbir çocuğu ile görüşmemektedir. 71 kişi (%78,0) en az bir çocuğuyla görüşmekte, 21 kişi (%23,1) en az bir çocuğuyla görüşmemektedir. En az bir çocuğuyla görüşen 71 katılımcının 62'sinin (%87,3) görüştüğü çocuklarından en az biri İstanbul'da yaşamaktadır.

En az bir çocuğuyla görüşmeyen ve en az bir evli çocuğu olan 14 kişiden 12'sinin (%85,7) görüşmediği çocuklarından en az biri evlidir. En az bir çocuğuyla görüşmeyen ve en az bir hem evli hem erkek çocuğu olan 12 kişiden 8'inin (%66,7) görüşmediği çocuklarından en az biri hem evli hem de erkektir.

4.1.1. Kalınan yer özellikleri

Araştırmanın yapıldığı sırada gidilen kurumun huzurevi bölümünde kalan toplam kişi sayısı tekrar sorgulanmıştır. Buna göre Temmuz 2019'dan farklı olarak;

- Beylikdüzü'nde 50 kişi,
- İzzet Baysal'da 37 kişi,
- Kartal Maltepe'de 160 kişi,
- Prof. Dr. Fahrettin Kerim- Nilüfer Gökay'da 62 kişi,
- Zeytinburnu Semiha Şakir'de 74 kişi olmak üzere huzurevlerinde

toplam 383 kişinin kaldığı görülmüştür. Bu durumda evrenin %30,3'ü çalışmaya dahil olmuştur. 383 kişinin 159'u kadın (%41,5) olup, cinsiyet dağılımı kurumda yaşayanlar ile çalışmaya katılanlarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1, p=0,769).

Katılımcıların huzurevinde kalış süreleri ortalaması 53,9±45,5 aydır. Görüşme yapılan kişilerden huzurevinde en uzun kalış süresi 19 yıl, en kısa ise 2 gündür. Yaşları ile huzurevinde kalış sürelerinin çok zayıf korele olduğu bulunmuştur (r=0,221, p=0,016).

Tablo 4.2- Katılımcıların kaldıkları yer bilgileri.

	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde (%)</i>
<i>Odası kaç kişilik?</i>		
<i>1</i>	30	25,2
<i>2</i>	88	73,9
<i>3</i>	1	0,8
<i>Toplam</i>	119	100,0
<i>Huzurevinden önce kaldığı yer</i>		
<i>Evi</i>	90	75,0
<i>Çocuklarının yanı</i>	10	8,3
<i>Anne/ baba/ kardeşiyle</i>	13	10,8
<i>Diğer akrabalarıyla</i>	2	1,7
<i>Sığınma evi</i>	3	2,5
<i>İş yeri</i>	2	1,7
<i>Toplam</i>	120	100,0

Katılımcıların kaldıkları yerler ile ilgili diğer bilgiler Tablo 4.2'de verilmiştir. Kişilerin cinsiyete göre kaldıkları kurum (p=0,105), huzurevinde kalma süreleri (p=0,302), oda sayıları (p=0,232) dağılımları benzerdir.

Huzurevinden önce kadınların 33'ü (%68,8), erkeklerin 57'si (%79,2) evlerinde; kadınların 7'si (%14,6), erkeklerin 3'ü (%4,2) çocuklarıyla; kadınların 4'ü (%8,3), erkeklerin 9'u (%12,5) annesi, babası ya da kardeşiyle kalmakta olduğunu belirtmiştir. Sığınma evinde kalanların 3'ü de kadındır.

4.1.2. Sağlık durumları

Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler Tablo 4.3'te verilmiştir. Cinsiyetlerine göre ilaç takiplerini yapan kişi ($p=0,643$), destek kullanım durumları ($p=0,526$) ve kronik hastalık varlığı ($p=0,078$) benzerdir.

Kronik hastalığı olmayanların yaş ortalaması $74,4\pm 8,3$ yıl, en az bir kronik hastalığı olanların yaş ortalaması ise $76,0\pm 7,7$ yıl bulunmuştur ($p=0,411$). Yaş ile kronik hastalık sayısı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($r=0,121$, $p=0,199$). Her zaman destek kullanan kişilerin yaş ortalaması ($79,7\pm 7,0$), hiç destek kullanmayanlardan ($74,0\pm 7,6$) fazla bulunmuştur ($p=0,002$).

Sigara içme durumlarından en az iki kategori arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$). İleri karşılaştırmalar gruplar birleştirilerek yapılmıştır. Kadınların 8'i (%16,7), erkeklerin 25'i (%34,7) halen sigara içmektedir ($p=0,047$). Kadınların 26'sı (%54,2), erkeklerin ise 19'u (%26,4) hayatında hiç sigara içmemiştir ($p=0,001$). Oransal farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.3- Katılımcıların sağlık durumları.

	Sayı	Yüzde (%)
Kronik hastalığı;		
Yok	17	14,2
Var, bilmiyor	5	4,2
Var, 1 tane	32	26,7
Var, 2 tane	26	21,7
Var, 3 tane	23	19,2
Var, 4 tane	5	4,2
Var, 5 tane	4	3,3
Var, 5'ten fazla	8	6,7
Toplam	120	100,0
İlaç takibini kim yapıyor?		
Kendi	79	76,7
Huzurevi personeli	24	24,3
Toplam	103	100,0
Sigara;		
Hiç içmemiş	45	40,2
İçiyor	33	29,5
Bırakmış	34	30,4
Toplam	112	100,0
Yürürken destek kullanım durumu		
Hiç	77	64,2
Bazen	15	12,5
Her zaman	28	23,3
Toplam	120	100,0

4.1.3. Günlük rutinler ve aktiviteler

Huzurevlerinin düzenlediği sosyal etkinliklere/ gezilere; soruya cevaplayabilen 81 kişiden 24'ü (%29,6) katılmadığını, 23'si (%28,4) bazen katıldığını, 34'ü (%42,0) genelde katıldığını söylemiştir.

Katılımcıların günlük rutinleri ve yaptıkları aktiviteler sorulduğunda verdikleri cevaplar Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4- Katılımcıların günlük rutinleri ve yaptıkları aktiviteler. *

Günlük rutin ve aktiviteler	Sayı	Yüzde (%) ⁺
<i>Gezip yürüyüş yapmak</i>	38	32,8
<i>Muhabbet etmek</i>	34	29,3
<i>Gazete/ kitap okumak</i>	25	21,6
<i>Resim yapmak</i>	18	15,5
<i>Bocce oynamak</i>	14	12,1
<i>Müzik ile uğraşmak (koro, konser vb.)</i>	13	11,2
<i>İbadet etmek</i>	13	11,2
<i>Televizyon izlemek</i>	12	10,3
<i>Tavla, iskambil, okey gibi oyunlar oynamak</i>	12	10,3
<i>Örgü örmek</i>	12	10,3
<i>Arkadaşı ya da akrabası ile görüşmek</i>	11	9,5
<i>Dinlenmek</i>	8	6,9
<i>El işi yapmak</i>	8	6,9
<i>Dans etmek</i>	8	6,9
<i>Spor yapmak</i>	7	6,0
<i>Dernek işleri ile ilgilenmek</i>	7	6,0
<i>Bulmaca çözmek</i>	7	6,0
<i>Bilgisayar ile oylanmak</i>	5	4,3
<i>Tombala etkinliklerine katılmak</i>	4	3,4
<i>Tiyatro/ sinemaya gitmek</i>	4	3,4
<i>Bahçede vakit geçirmek</i>	4	3,4
<i>Şiir/ roman vb. yazmak</i>	4	3,4
<i>Dart oynamak</i>	3	2,6
<i>Masa tenisi oynamak</i>	2	1,7
<i>Ganyan oynamak</i>	2	1,7
<i>Temizlik yapmak</i>	2	1,7
<i>Dil öğrenmek</i>	1	0,9
<i>Bahçe ekmek</i>	1	0,9
<i>Futbol oynamak</i>	1	0,9
<i>Radyo dinlemek</i>	1	0,9
<i>Araştırma yapmak</i>	1	0,9

*Bir kişi birden fazla cevap vermiş olabilir.

⁺ Cevap veren 116 kişi bulunmaktadır.

Rutin olarak;

- gezip yürüyüş yapanların 24'ü erkek, 14'ü kadın,
- muhabbet ettiğini söyleyenlerin 22'si erkek, 12'si kadın,
- gazete/ kitap okuyanların 13'ü erkek, 12'si kadın,
- resim yapanların 5'i erkek, 13'ü kadın,
- bocce oynayanların tümü erkek,
- müzikle uğraşanların 7'si erkek, 6'sı kadın,
- ibadet edenlerin 3'ü erkek, 10'u kadın,
- televizyon izleyenlerin 7'si erkek, 5'i kadın,
- tavla, iskambil, okey gibi oyunları oynayanların 10'u erkek, 2'si kadın,
- örgü örenlerin tümü kadın,
- arkadaşı veya akrabası ile görüşenlerin 9'u erkek, 2'si kadındır.

“Huzurevinde yakın arkadaşınız var mı?” sorusunu 97 (%80,8) kişi cevaplamıştır. 17 kişi (%14,2) ise sadece huzurevi dışındaki arkadaş çevresinden bahsetmiş, huzurevindekiler ile ilgili bilgi vermemiştir. 97 kişiden 20'si (%20,6) huzurevinde arkadaşı olmadığını söylemiş, bunların 8'i (%40,0) dışarıda arkadaşları olduğunu özellikle belirtmiştir. Huzurevinde arkadaşı olduğunu söyleyen 77 (%79,4) kişiden ise 11'i (%14,3) dışarıda da arkadaşları olduğunu vurgulamıştır.

Huzurevinde arkadaşı olma durumu hayatının çoğunu İstanbul'da geçirenlerde (%83,3, n=70), İstanbul'da geçirmeyenlere göre (%50,0, n=6) istatistiksel anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,016).

4.1.4. Huzurevinde kalma nedenleri

Katılımcıların huzurevinde kalma nedenlerinin temaları Tablo 4.5'te sıklıklarıyla birlikte verilmiştir.

Tablo 4.5- Katılımcıların huzurevinde kalma nedenlerinin temaları. *

Nedenler	Sayı	Yüzde (%) ⁺
<i>Yalnızlık</i>	29	24,4
<i>Hastalık</i>	16	13,4
<i>Kendi isteğiyle</i>	14	11,8
<i>Başkasına yük olmak istememesi</i>	12	10,1
<i>Birlikte kalınan kişinin vefatı/ boşanma</i>	12	10,1
<i>Eskiden yaşadığı kişiyle geçinememesi</i>	9	7,6
<i>Tavsiye üzerine</i>	9	7,6
<i>İş yapamaması</i>	5	4,2
<i>Fiziki şiddet görmesi</i>	4	3,4
<i>Evi olmaması</i>	4	3,4
<i>Maddi nedenler</i>	4	3,4
<i>Birlikte kaldığı kişiye bakmak için</i>	4	3,4
<i>Şartlar</i>	4	3,4
<i>Yaşlanmadan önce önlem olarak</i>	3	2,5
<i>Başkasının getirmesi</i>	3	2,5
<i>Çocukların bakmak istememesi</i>	3	2,5
<i>Yalnız ölme korkusu</i>	2	1,7
<i>Yaşlılık</i>	2	1,7
<i>Rahat olması</i>	2	1,7
<i>Ailevi nedenler</i>	1	0,8
<i>Huzur için</i>	1	0,8
<i>Ev bulmak yerine</i>	1	0,8

*Bir kişiye birden fazla tema tanımlanmış olabilir.

⁺ Cevap veren 119 kişi bulunmaktadır.

Huzurevinde kalma nedeni olarak yalnızlığı gösterenler bu duyguyu hissetmelerini günlük işleri yapmakta zorlanma, geceleri yalnız kalamama, diğer aile fertlerine ayak uyduramama gibi sebeplerle açıklamıştır. Bu hissiyatın genelde birlikte yaşanan kişinin vefatı ya da eşten boşanma sonrası ortaya çıktığı görülmüştür;

“Yalnızlık... Kadın oluyor da erkek başka eve sığmıyor.” G7, E, 77

“Yalnızlıktan geldim. Arkadaşım vardı huzurevinde, bir gün soba yakamadım, ne işin var burada dedi.” G11, K, 74

“Yalnız ne yapacağım dedim. Oğlanların yanına da gittim ama herkesin bir düzeni var.” G28, E, 69

“Geceler geçmiyor. Korkuyordum yalnızlıktan.” G39, K, 70

“Hanımla olmadı, aldım ceketimi çıktım. Evde yalnız oluyordu da akşamlar geçmiyordu.” G48, E, 69

“Yalnız yaşamak zor. Evden çıkıyorsun, lokantaya gidiyorsun. Yolda bir şey olsa bakanın yok.” G72, E, 86

“Gelin kahrını çekmek zor. 20 yıl yalnız kaldım, artık kendime bakamaz oldum. Torun buldu burayı bana.” G74, E, 92

“Hanım vefat edince dört duvar arasında kaldım. Yemek yap, bulaşık yıka, yalnız kaldım. Oğlanla kız da gelmiyor.” G75, E, 90

“Bizi buraya getirdiler çocuklar, ev tuttular. Ama beceremedim ben tek kalmayı.” G93, K, 86

Huzurevinde kalma nedeni olarak hastalıklarını gösterenler daha çok hastalıklı halleriyle kendilerine bakamamaktan, başkasına yük olmak istememekten bahsetmişlerdir;

“İsteyerek değil, sağlık nedeniyle geldim. Bayılmalarım oldu nörolojik.” G32, E, 67

“Çok uzun süre hastanede yattım. Sonra dedim beni burada bırakın kendi halime. Çocukların akli kalıyor ama kendin istedin diyorlar.” G47, K, 84

“Yalnızım... Ameliyat olacaktım, sonrası bakım lazım.” G66, K, 62

“5 yıl yalnız yaşadım. Bir gün fenalaştım düştüm. Belediye bir cihaz bağladı fenalaşırsan bas biz geleceğiz diye, götürdüler hastaneye. Sonra oğlum bakımevine yatırdı. Burayı 1 sene bekledim.” G84, E, 95

“Başıma bir kaza geldi, evimi satmak zorunda kaldım. Felç oldum 4-5 ay hastanede yattım. Oğlumun da başına bir kaza geldi. Yalnızlıktan geldim.” G115, K, 91

Huzurevine kendi isteğiyle geldiğini söyleyenler genelde daha önceden huzurevinden haberdar kişilerdir;

“Arkadaşı ziyarete gelmişim, tesadüf eseri burayı gördüm. Geldim hoşuma gitti, dilekçe verdim. Ama ben hep tek kişilik oda sanıyordum.” G18, K, 81

“Kendi tercihimle roman yazmak için geldim. Sonra gezmekten vakit bulamadım.” G53, E, 86

“Öyle istedim, kendim istedim. Çocukların haberi yoktu. Ben onlara çıktıktan sonra söyledim. Önce çok tepki gösterdiler tabii.” G108, K, 61

“İki ablamı kaybettim, onlar da huzurevindeydi. Ben de buraya attım kendimi.” G111, E, 78

“Ben hep huzurevlerindeydim, onlarla ilgilenirdim. Sonra dernek falan kurduk. Duygusal bir zamanımda dedim yazılayım.” G114, E, 68

Huzurevine başkasına yük olmak istemediği için geldiğini belirtenlerin onlara bakacak kişilerin düzenlerini, huzurlarını, sağlıklarını bozmaktan tedirgin oldukları görülmüştür;

“Beyin kanamasından felç olunca kimseye yük olmak istemedim.” G38, K, 70

“Evladı ben doğurdum, bana mecbur bakmaya. Ama onun da bir hayatı var. Büyüklerin yanında konuşmak başka, arkadaşla başka. Daha da yaş alacağım, belki çenesi düşün bir ihtiyar olacağım diyerek evimin satıldığı gün huzurevine geçtim.” G103, K, 73

“Kardeşlerim nereye kadar bakacaklar, onlar da ileri yaşa geldi.” G106, K, 65

“Baktım aylığımla geçinemiyorum. Çocuklara da yük olmak istemedim. Ben maç hastasıyım. En iyi gideceğim yer dedim huzurevi. Bir arkadaş önyak oldu.” G117, E, 83

Huzurevine birlikte yaşadığı kişi vefat ettiği ya da eşinden boşandığı için geldiğini söyleyenler bu olaylar sonrasındaki yalnızlıklarından ya da imkanların değişiminden bahsetmiştir;

“Hanım kapıyı açmadı içki içince, ayrıldık.” G3, E, 84

“Ablamla kalıyorduk. Ablam ölünce çocuklar evi sattı.” G113, K, 71

“İlk hanımını kaybettim. Ben de buraya geldim, kendime hanım buldum.” G100, E, 79

Hanım vefat edince dört duvar arasında kaldım. Yemek yap, bulaşık yıka, yalnız kaldım. Oğlanla kız da gelmiyor.” G75, E, 90

Huzurevine eskiden yaşadığı kişiyle geçinemediği için geldiğini söyleyenler genelde çocukları ve aileleri ile sıkıntı yaşamıştır. Kimisi bu kişiler tarafından maddi veya manevi sömürülmüş, özellikle maddi kayıpları sonrası huzurevine gelmek zorunda kalmıştır;

“Gelinlerin yanına sığılmıyor, ev araba tapusu da verdik ama...” G55, E, 88

“İş yapamıyorum ben. Oğlan, gelin biz bakarız dediler, evimizi sattılar. Sonra gelin kovdu.” G65, K, 80

“Gelinle anlaşamadım. Bana dava açtılar evden çıkarım diye.” G69, E, 87

“Çocuklar sigara içiyordu. Benim eşim de çok sigara içti. Ondan KOAH kaldı bende. Bırakmazsanız ben giderim dedim, bırakmadılar.” G85, K, 78

Bazı kişilerin kurumlarda kalmasına daha önceden huzurevinde kalan ve memnun olan yakınlarının tavsiyeleri önayak olmuştur;

“Dediler rahat huzurevi. Denedik, beğendik. Sonra sattık evi.” E, 62

“Hanım arkadaşım vardı. Burada kalıyormuş, ben bilmiyorum tabii. Oradan öğrendim.” E, 74

“Eşim öleli 22 yıl oldu. MS hastasıydı, 10 yıl baktım ona. Evlenmek istemedim, gezeceğim dedim. Bir arkadaş vardı, huzurevine gitti dediler. Onu görmeye geldim, illa gel dedi. Tek kişilik oda bekledim ama.” E, 91

Yaşama koşullarının değişmesiyle günlük işlerin yapılmaz hale gelmesi huzurevinde kalmayı bazı kişiler için daha cazip hale getirmiştir;

“Hanım çamaşır asıyordu, düştü balkondan. Şimdi yürüyor ama ev işleri zor, en iyisi gidelim dedik.” G36, E, 71

“Evde artık bana yardım edecek kimse yoktu. Çamaşırı var, bulaşığı var...” G58, E, 81

“Hanım vefat edince dört duvar arasında kaldım. Yemek yap, bulaşık yıka, yalnız kaldım. Oğlanla kız da gelmiyor.” G75, E, 90

Şiddet gördüğü için huzurevine gelen, yani kendi deyimleriyle buraya sığınanların tümü kadındır. Kendilerine şiddet uygulayan sadece eşleri değil, çocukları olan kişiler de bulunmaktadır;

“Oğlanlar rahatsızlık verdiler, bazen de vurdular bana. Beni sığınma evinde sanyorlar zaten, orada görüş yasak.” G16, K, 61

“Kadın sığınmada 1 yıl kaldım ben. 60 yaşını geçince sığınma yönlendirdi beni buraya, vali geldi.” G112, K, 66

“Küçük oğluma burs verdiler, Amerika'ya gitti okumaya. Oradan bir kız aldı, gavur diye kocam istemedi. O düğüne gidersen bu eve giremezsin dedi, zaten bazen döverdi beni. Oğlan çok üzüldü, kıyamadım gittim düğüne. Kocam eve almadı beni, komşuda kaldım. Karakola gittik bir süre sonra. Huzurevlerinde yer bulamadık, bulana kadar misafirhaneye aldı burası beni. Dosyamda da polis korumasında yazıyor, herkes gibi dışarı salmıyorlar.” G99, K, 70

Evi/ kalacak yeri olmadığı için huzurevine gelenler bulunmaktadır;

“Dükkân da evler de gitti. Çocuk sattı, iş yapacağım dedi.” G90, E, 80

“Kalacak yerim yok. Evlerde çocuklar kalıyor hep.” G33, E, 65

Yukarıda bahsedilen iş yapamama, yakınları ile geçinememe veya onlara yük olma gibi nedenler oluşmadan önce önlem olarak huzurevine geldiğini belirten kişiler vardır;

“İleriyi düşünerek yazıldım, unutkanlığım çok başladı önlem alınsın istedim, altıma kaçırırsam gelinin eline düşmek istemedim.” G9, K, 68

“Yaşlandıkça zorluk çekerim diye geldim.” G14, E, 74

“Evladı ben doğurdum, bana mecbur bakmaya. Ama onun da bir hayatı var. Büyüklerin yanında konuşmak başka, arkadaşla başka. Daha da yaş alacağım, belki çenesi düşün bir ihtiyar olacağım diyerek evimin satıldığı gün huzurevine geçtim.” G103, K, 73

Kendine bakamadığı, çocukları da bakmak istemediği için huzurevinde kalan kişiler bulunmaktadır;

“Gelin kaynanayla oturmayacağım demiş, ben de bilmiyorum. Gözümde sarı nokta var, baktım dolanamıyorum. Kızım da seninle uğraşamam dedi. İndim, sosyal hizmetlere gittim.” G52, K, 87

Bazı kişiler yalnız yaşamaktan ziyade, yalnız ölmekten, öldüklerinden kimsenin haberi olmamasından kaygı duymuştur;

“Evde yalnız yaşamaktan korktum, ölürsem kokarım.” G62, K, 75

“2 arkadaşım evinde öldü, cesetleri koktu hep.” G8, E, 71

4.1.5. Huzurevi ile ilgili düşünceler

90 katılımcı huzurevi ile ilgili düşünceleri sorulan soruya cevap vermiştir. 19 kişi (%21,1) kurumdan çok memnun, 57 kişi (%63,3) memnundur. 7 kişinin (%7,8) hem memnun olduğu hem memnun olmadığı şeyler vardır. 4 kişi (%4,4) kaldığı kurumun daha önce kaldıkları yerden iyi olduğunu düşünmekte, 3 kişi (%3,3) ise kurumu sevmemektedir. Memnun olduğu ve olmadığı konularda ayrıntı veren sırasıyla 23 ve 21 kişinin cevapları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6- Katılımcıların huzurevinde memnun oldukları ve olmadıkları konular.*

<i>Memnun olunan konular</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde (%)⁺</i>
<i>Çalışanlar</i>	11	47,8
<i>Yemekler</i>	4	17,4
<i>Maliyet</i>	3	13,0
<i>Verilen hizmet</i>	3	13,0
<i>Oda arkadaşı</i>	2	8,7
<i>Yalnızlığı unutturması</i>	2	8,7
<i>Dedikodu olmaması</i>	1	4,4

Memnun olunmayan konular	Sayı	Yüzde (%)⁺⁺
<i>Diğer huzurevi sakinleri</i>	10	47,6
<i>Yemekler</i>	3	14,3
<i>Çalışanlar</i>	3	14,3
<i>Oda arkadaşı</i>	3	14,3
<i>Sağlık hizmetleri</i>	2	9,5
<i>Huzurevinin merkeze uzak olması</i>	1	4,8
<i>Düzensizlik</i>	1	4,8

*Bir kişi birden fazla cevap vermiş olabilir.

+ Cevap veren toplam 23 kişi bulunmaktadır.

++Cevap veren toplam 21 kişi bulunmaktadır.

Kişiler huzurevinin çalışanlarından, yemeklerinden, bakımından, ısınmasından, maddi kolaylığından, kendilerine sığınacak bir kapı olmasından ve yalnızlıklarını bir nebze de olsa gidermesinden memnuniyetlerini dile getirmiştir;

“Dışarıdaki insanlar sefillik çekiyor. Biz burada azıcık parayla 5 yıldızlı otelde gibiyiz, bir yüzme havuzumuz eksik (!). Ama bana göre yer değil burası. İnsanlar saygısız, toplulukta yaşamak zor. Ama çalışanları çok iyi, çok memnunuz. Yemek istediğimizde ikinci tabağı alabiliyoruz. Gün içinde istediğimizde dışarı çıkıyoruz, gece 12'ye kadar giriş serbest. İnsanlar yanlış düşünüyor ama. Buraya hep düşünler geliyor sanıyorlar, rencide oluyorum. Ben buraya gelmeyi kendim seçtim.” G13, E, 70

“Buranın hakikaten huzur bulunan bir yer olduğunu belirtmek istiyorum. Gün olur biz de buraya düşeriz demesin kimse, burası düşülen yer değil. Anneler, babalar eliniz ayağınız tutarken kendi isteğinizle buraya geliniz ki birçok etkinlikten istifade edip yaşlılığın keyfini sürün. Faturaları düşünmeden, hastalanırsam kim bakacak korkusu yaşamadan, 24 saat sıcak suyu, illiğimize kadar ısındık diyebileceğimiz kaloriferi, anlaşmalı hastaneleri olan kapıda ambulansı, mescidi, imamı ile yatılı okul misali bir yer burası. Esasen çok ısrar edilir annelere babalara bizim evimizde kalın diye, onlar da biz köyümüzü isteriz derler. İşte burası bizim köyümüz, öyle bir köy ki son nefesimize kadar bakılacağımızdan eminiz.” G53, K, 86

“Hayatımdan da memnunum. Birey olarak yaşamak için geldim buraya. Neden nankörlük edelim, odalarda olmayan hiçbir şey yok.” G35, E, 82

“Evimden iyi, hiç olmazsa yemeği var. Beğenmezsen de dışarı gidersin.” G43, E, 77

“Şu anda kendi evimden iyi. Dedikodu yok, tantana yok, yemeğin yapılıyor.” G54, E, 68

“Memnunum. İki kişilik odadayım. Tek kişilik dediler de yalnız ne yapacağım. Gerçi biraz zor oluyor ama.” G57, E, 75

“Memnunum, keşke önce gelseydim. Allah'a şükürler olsun dedim.” G73, E, 69

“Bir şikâyetim yok. Personelleri her şeyi yapar, 24 saat sıcak suyun var.” G95, E, 81

“Sorunlar çok ama genel olarak burada olmam gerektiğini biliyorum, avantajlarım da var.” G98, K, 80

“Memnunum, insanlarımızı iyi. Burası olmasaydı biz sokaklardaydık, bize sahip çıktılar.” G112, K, 66

Huzurevindeki diğer insanlardan, oda arkadaşlarından, yemeklerden, çalışanlardan memnun olmayanların yanında, huzurevi koşullarından bağımsız olarak evi dışında bir kurumda kalmayı henüz kabullenememiş kişiler de bulunmaktadır;

“Allaha şükür, ama oğlanlar bana rahatsızlık vermeseydi ben burada kalmak ister miydim? Onların temizliğini de aşını da yapardım. Burada tanımadığın insanlarla geçinmek çok zor.” G16, K, 61

“Sevmiyorum burayı, toplama kampı gibi her türlü insan var. Çalışanlar hakkını yiyemem ama.” G28, K, 69

“Her geleni alıyorlar buraya, nedir belli değil. İzmir’de Narlıdere var, orası ne kadar güzel. Burası daha tam huzurevi görevini yerine getirmiyor.” G48, E, 66

“Ben memnunum ama üzüntüyü atamıyorum üstümden” G69, E, 87

“Memurlar iyi de biz iyi değiliz.” G39, K, 70

“Burası çok iyiydi ama çok doldu burası, çeşit çeşit insanlar geldi. Yemekleri de yiyemiyorsun. Oda arkadaşım var bak, 6. öldü.” G99, K, 70

“Kurum olarak şikâyetim yok ama insanları da terbiye edemiyorsunuz.” G103, K, 73

“İyi burası ama yemek problemimiz var, gerçi verdiğimiz para da para değil.” G56, E, 83

“Seçeneğim yok aslında ama...” G78, K, 66

Huzurevine gelmeden önce huzurevi ile ilgili neler düşündükleri sorusunu 73 kişi cevaplamıştır. Kişilerin cevapları temalarına ayrılmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7- Katılımcıların huzurevine gelmeden önce huzurevi hakkındaki düşünceleri.*

Düşünceler	Sayı	Yüzde (%) ⁺
Bilmiyordu	24	32,4
Düşünmemişti	12	16,2
Kötü söylentiler duymuştu	8	10,8
Tavsiye etmişlerdi	6	8,1
Kötü şeyler düşünüyordu	5	6,8
Gelmek istiyordu	5	6,8
Gelmek istemiyordu	4	5,4
Nasıl olduğunu biliyordu	4	5,4
Barınacak yer olarak görüyordu	2	2,7
İnsanların bu kadar zor olacağını düşünmemişti	2	2,7
Yapamam diyordu	2	2,7
Daha iyi sanıyordu	2	2,7
Çok beklentisi yoktu	1	1,4
Daha farklı bekliyordu	1	1,4
Alışırım diyordu	1	1,4

*Bir kişi birden fazla cevap vermiş olabilir.

⁺ Cevap veren 73 kişi bulunmaktadır.

Katılımcıların huzurevine gelmeden önce huzurevi ile ilgili kötü duyular aldıklarını, başkalarının kurumlarda kalanlara karşı ön yargılarından çekindiklerini, buraya gelmek istemediklerini, akıllarından dahi geçirmediğini belirtmiştir;

“Huzurevi bilmezdim hiç, biz de yadırgıyorduk. Fırçayla yıkamak falan duyuyorduk ama akıllı adam pek inanmıyor. Buralarda oturuyorum, bir gün bir girdim içeri. Dediler burada elini öperler. Haftaya kalmadı baktım kayıt oluyorum.” G5, E, 79

“Çocukların kapısında köpek olurum yine gelmem diyordum.” G11, K, 74

“Sinirlendim önce, huzurevi neymiş dedim.” G22, E, 62

“Hiç düşünmüyordum, aklıma bile gelmezdi. Oğlan da istemedi ama gördükten sonra tamam dedi” G40, K, 78

“Zor olur diye düşünüyordum. Doktor dedi ev işi yapma, yürü. Neresi var dedim, burayı buldum.” G53, K, 86

“Başta kendi muhitim olduğundan istemedim. Ezikliği var huzurevinde olmanın.” G56, E, 83

“Huzurevi lafı zaten topluma soğuk geliyor. Bizim kız araştırmış kıyamadım.” G57, E, 75

“Zaman zaman buradan geçerdim. Bir gün birisi oradan çıktı, konuştu onla. Eninde sonunda burada olacağım dedim.” G58, E, 81

“İlk dediklerinde çok kötü diye düşünüyordum. Bana derlerdi ki orada iğne vuruyorlar, vefat ettiriyorlar. Ama burayı görünce 5 yıldızlı otel dedim, huzuru gördüm. Evde yalnız başıyordum.” G75, E, 90

“Üzüliyordum annelerini atıyorlar diye, bir anneye bakamıyorlar. Eskiden dövüyorlardı, bakamıyorlardı. Şimdi Allah’a çok şükür.” G113, K, 71

Bazı kişilerin ise huzurevinde yaşamının ve insanların daha iyi olmasını bekledikleri görülmüştür;

“Rahat olur dedim ama daha da huzursuz oldum” G34, K, 82

“Bu kadar zor olduğunu düşünmüyordum. Akıl sağlığınız yerindeyse zor. Daha sempatik bakıyordum.” G66, K, 62

“Yaşlıların bu kadar sinirli olduğunu bilmiyordum.” G68, E, 62

“Misafirhane gibi bekliyordum, daha hastane gibi çıktı.” G77, K, 73

4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II)

Katılımcıların SYBD-II puanları Tablo 4.7’de verilmiştir. Her alt boyutun içerdiği madde sayısı farklı olabildiğinden ayrıca soru başına düşen ortalama puan da hesaplanmıştır. Soru başına en yüksek puanın alındığı alt boyut manevi gelişim, en düşük puanın alındığı ise sağlık sorumluluğudur. SYBD-II’nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,892 bulunmuştur. Alt boyutların ise güvenilirlik katsayıları 0,385 ile 0,890 arasında değişmektedir (Tablo 4.8). Beslenmede “şekeri ve tatlıyı kısıtlı tüketirim” ifadesi çıkarıldığında Cronbach alfanın 0,452’ye, bu ifade ile birlikte “kahvaltı yaparım” ve “her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim” maddeleri de çıkarıldığında 0,520’ye yükseldiği görülmüştür. Her koşulda güvenilirlik düşük kalmaktadır.

Tablo 4.8- Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ortalama puanları ve ölçeğin güvenilirliği.

	ortalama \pm ss	soru başına ortalama \pm ss	Cronbach alfa
Ölçek alt boyutları			
Sağlık sorumluluğu	13,8 \pm 3,9	1,5 \pm 0,4	0,834
Fiziksel aktivite	12,9 \pm 3,7	1,6 \pm 0,5	0,785
Beslenme	21,0 \pm 2,3	2,3 \pm 0,3	0,385
Manevi gelişim	24,2 \pm 4,3	2,7 \pm 0,5	0,880
Kişilerarası ilişkiler	21,9 \pm 4,1	2,4 \pm 0,5	0,890
Stres yönetimi	20,5 \pm 3,2	2,6 \pm 0,4	0,738
Ölçek toplam	114,4 \pm 13,5	2,2 \pm 0,3	0,892

*ss: standart sapma

SYBD-II alt ölçeklerinin ve toplam puanlarının korelasyonlarına bakılmıştır (Tablo 4.9). Toplam puan ile tüm alt ölçekler arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Toplam puanın en yüksek korelasyonu stres yönetimi ile (iyi derecede), en düşüğü ise beslenme ile (zayıf-orta derecede).

Alt ölçeklerin kendi aralarında karşılaştırıldığında en yüksek pozitif korelasyonlar stres yönetimi ile sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler arasındadır, orta derecede ilişkilidirler. Diğerler anlamlı ($p < 0,05$) ilişkiye sahip olanlar ise zayıf-orta derecede pozitif koreledir.

Tablo 4.9- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam ve alt ölçekleri puanlarının korelasyonu.

		<i>Fiziksel aktivite</i>	<i>Beslenme</i>	<i>Manevi gelişim</i>	<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	<i>Stres yönetimi</i>	<i>Toplam SYBD-II</i>
<i>Sağlık sorumluluğu</i>	r	0,098	-0,009	0,308	0,482	0,542	0,683
	p	,0288	0,920	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Fiziksel aktivite</i>	r		0,307	0,286	0,035	0,100	0,435
	p		0,001	0,002	0,708	0,280	<0,001
<i>Beslenme</i>	r			0,033	-0,060	0,139	0,398
	p			0,721	0,517	0,131	<0,001
<i>Manevi gelişim</i>	r				0,131	0,279	0,594
	p				0,154	0,002	<0,001
<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	r					0,559	0,563
	p					<0,001	<0,001
<i>Stres yönetimi</i>	r						0,746
	p						<0,001

*r: korelasyon katsayısı

4.2.1. Değişkenlerin SYBD-II'ye etkisi

Huzurevi özelliklerine göre SYBD-II puanlarının değişimi Tablo 4.10'da verilmiştir. Buna göre Beylikdüzü'nde konaklayan kişilerin kişilerarası ilişkileri Zeytinburnu Semiha Şakir'dekilere göre daha iyi bulunmuştur ($p=0,012$). Odada kalınan kişi sayısına göre ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları değişiklik göstermemektedir.

Tablo 4.10- Konaklanan ortama göre SYBD-II puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam puan
Kaldığı kurum							
Zeytinburnu Semiha Şakir	15,9 ± 4,4	11,5 ± 2,7	22,1 ± 3,2	22,5 ± 4,9	19,7 ± 5,0	19,3 ± 3,5	110,9 ± 17,5
Kartal-Maltepe Beylikdüzü	13,5 ± 3,7	13,7 ± 3,9	20,9 ± 1,5	24,5 ± 4,4	21,9 ± 3,8	20,5 ± 3,1	115,0 ± 12,8
Prof. Dr. Fahrettin Kerim Nilüfer Gökay	13,1 ± 4,0	12,6 ± 2,4	20,7 ± 2,0	25,5 ± 3,2	24,2 ± 2,8	20,7 ± 2,8	116,7 ± 10,0
Izzet Baysal	13,1 ± 3,2	13,3 ± 4,9	20,5 ± 2,2	24,9 ± 2,9	22,3 ± 2,8	21,8 ± 2,2	115,8 ± 10,8
<i>p</i>	0,071	0,256	0,109	0,207	0,014	0,146	0,790
Odası kaç kişilik?							
Tek	14,2 ± 4,1	12,9 ± 3,7	21,2 ± 3,0	24,5 ± 5,3	21,7 ± 4,8	20,8 ± 3,1	115,4 ± 14,9
Çift	13,7 ± 3,8	12,9 ± 3,8	20,9 ± 2,0	24,2 ± 3,9	22,0 ± 3,8	20,4 ± 3,2	114,2 ± 12,8
<i>p</i>	00,522	,970	0,343	0,491	0,747	0,532	0,231

SYBD-II'nin kategorik demografik özelliklerden ve sosyal aktivitelere katılım durumundan etkilenip etkilenmediğini bulmak için yapılan analizlere Tablo 4.11'de yer verilmiştir. Kadınların sağlık sorumluluklarının erkeklerden daha fazla olduğu ($p=0,001$) istatistiksel anlamlı şekilde bulunmuştur. Kişinin hayatının çoğunluğunu geçirdiği yere ve gelir durumuna göre ise sağlıklı yaşam biçimleri farklılık göstermemektedir.

Eğitim düzeyinin manevi gelişim ve toplam ölçek puanı üzerine etkisi olduğu görülmüştür. Manevi gelişim yapılan post-hoc analizlerde; okuryazar olmayanlarda, lise veya lisans ve üzeri eğitim almış kişilere göre ($p<0,001$), ilkokul okumuş kişilerde lisans ve üzeri eğitim almış kişilere göre ($p=0,038$), ortaokul okumuş kişilerde ise lise ($p=0,005$) ve lisans ve üzeri ($p=0,002$) eğitimi almış kişilere göre daha az bulunmuştur. Ölçek toplam puanı eğitim gruplarının en az ikisi arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuş olmakla birlikte yapılan post-hoc analizlerde gruplardan herhangi ikisi arasında fark saptanamamıştır.

Manevi gelişim 3 ve 4. Meslek beceri düzeyinde, 2 veya 1. beceri düzeylerine göre daha iyi bulunmuştur (sırasıyla $p=0,008$ ve $0,005$).

Medeni durumun sağlık sorumluluğunda oluşturduğu farkın eşi vefat eden ve boşanmış olan gruplardan kaynaklandığı post-hoc analizlerle tespit edilmiştir ($p=0,036$). Çocuğu olanların ise olmayanlara göre fiziksel olarak daha aktif olduğu ($p=0,045$) görülmüştür.

Sosyal aktivitelere katılmayan kişilerin, manevi gelişimlerinin bazen ve genelde aktivitelere katılanlardan daha az olduğu (sırasıyla $p= 0,001$ ve $0,038$), kişiler arası ilişkilerinin ve toplam SYBD-II puanlarının da bazen katılanlardan daha düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,007$ ve $0,035$).

Kurumda arkadaşı olanların kişiler arası ilişkilerinin kurumda arkadaşı olmayanlara göre daha iyi olduğu görülmüştür ($p=0,007$).

Tablo 4.11- Kategorik demografik değişkenlere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam puan
Cinsiyet							
Kadın	15,1 ± 4,0	12,7 ± 4,0	21,5 ± 2,4	24,9 ± 4,5	22,4 ± 4,1	20,5 ± 3,5	117,1 ± 13,7
Erkek	13,0 ± 3,6	13,1 ± 3,6	20,7 ± 2,1	23,8 ± 4,2	21,5 ± 4,2	20,5 ± 3,0	112,6 ± 13,1
p	0,001	0,373	0,117	0,203	0,258	0,871	0,061
Eğitim							
Okur yazar değil	12,0 ± 2,0	12,3 ± 3,5	21,0 ± 1,3	19,0 ± 2,9	20,0 ± 4,7	18,8 ± 4,0	103,0 ± 14,7
Okuryazar	15,7 ± 5,3	12,1 ± 2,6	20,8 ± 4,0	23,2 ± 4,9	21,9 ± 5,6	19,4 ± 4,2	113,1 ± 20,4
İlkokul	14,3 ± 3,8	13,7 ± 3,5	21,1 ± 2,3	23,7 ± 3,6	21,9 ± 3,8	20,7 ± 3,1	115,2 ± 13,3
Ortaokul	13,1 ± 3,4	12,2 ± 3,7	21,5 ± 2,0	22,2 ± 3,5	21,1 ± 5,2	19,8 ± 2,8	109,9 ± 10,2
Lise	13,9 ± 4,6	13,3 ± 4,5	21,0 ± 2,3	25,9 ± 4,4	22,3 ± 3,4	20,9 ± 3,0	117,5 ± 13,5
Lisans ve üzeri	13,2 ± 1,7	12,3 ± 3,1	20,5 ± 1,6	27,3 ± 2,8	23,1 ± 3,5	21,7 ± 3,0	118,1 ± 7,8
p	0,606	0,623	0,929	<0,001	0,528	0,277	0,023
Hayatının çoğunluğunu geçirdiği yer							
İstanbul	14,0 ± 3,8	13,0 ± 3,8	21,1 ± 2,4	24,4 ± 4,1	22,1 ± 4,0	20,6 ± 3,2	115,2 ± 13,3
İstanbul dışı	13,1 ± 4,4	12,5 ± 3,4	20,4 ± 1,5	23,9 ± 4,5	21,4 ± 3,4	20,3 ± 2,8	111,5 ± 12,3
p	0,188	0,757	0,247	0,682	0,353	0,640	0,276
Meslek beceri düzeyleri							
3 ve 4. beceri düzeyleri	13,6 ± 3,6	12,7 ± 3,4	20,8 ± 2,2	26,5 ± 3,4	22,9 ± 3,8	20,9 ± 3,2	117,5 ± 9,7
2. beceri düzeyi	13,7 ± 4,0	12,9 ± 3,9	21,2 ± 2,5	23,7 ± 4,7	21,0 ± 4,4	20,5 ± 3,2	112,9 ± 15,2
1. beceri düzeyi	14,4 ± 4,4	13,6 ± 3,8	20,8 ± 1,5	23,2 ± 3,4	23,2 ± 2,6	20,2 ± 2,2	115,4 ± 11,1
Çalışmamış	14,4 ± 3,4	12,2 ± 3,8	21,2 ± 2,4	23,0 ± 4,4	21,5 ± 4,8	20,5 ± 4,6	112,6 ± 16,0
p	0,774	0,654	0,775	0,002	0,132	0,713	0,523
Gelir durumu							
Yok	13,0 ± 3,8	12,6 ± 5,3	20,6 ± 2,4	24,6 ± 3,6	22,9 ± 3,0	21,2 ± 3,3	114,8 ± 11,1
Emekli maaşı	13,8 ± 3,8	12,9 ± 3,5	21,0 ± 2,2	24,1 ± 4,3	21,8 ± 4,2	20,4 ± 3,2	113,9 ± 13,3
Emekli maaşı + ek gelir	16,2 ± 5,1	13,2 ± 6,1	21,6 ± 3,9	27,2 ± 5,5	23,0 ± 3,6	22,4 ± 3,1	123,6 ± 20,0
p	0,319	0,607	0,799	0,222	0,820	0,463	0,516
Medeni durum							
Evlü	14,2 ± 3,3	13,9 ± 4,0	21,3 ± 2,4	24,4 ± 4,3	21,8 ± 4,0	21,1 ± 2,7	116,7 ± 13,4
Bekâr	14,2 ± 4,0	12,2 ± 3,2	21,7 ± 1,7	22,8 ± 5,5	20,9 ± 5,2	19,6 ± 3,7	111,4 ± 16,9
Eşi vefat etmiş	14,7 ± 4,3	13,0 ± 3,9	21,0 ± 2,4	23,8 ± 3,8	21,9 ± 3,8	20,4 ± 3,4	115,0 ± 13,3
Boşanmış	12,2 ± 2,9	12,7 ± 3,6	20,6 ± 2,2	25,4 ± 4,4	22,5 ± 3,9	20,8 ± 2,8	114,2 ± 12,1
p	0,034	0,559	0,394	0,218	0,845	0,659	0,728
Çocuğu;							
Yok	13,4 ± 3,5	11,8 ± 3,2	21,0 ± 1,8	23,5 ± 5,0	21,9 ± 5,2	20,3 ± 3,6	111,8 ± 14,7
Var	14,0 ± 4,0	13,3 ± 3,9	21,0 ± 2,4	24,5 ± 4,1	21,9 ± 3,7	20,6 ± 3,0	115,2 ± 13,1
p	0,583	0,045	0,649	0,803	0,382	0,863	0,481
Sosyal aktivitelere/ gezilere katılım durumu							
Katılmıyor	14,3 ± 3,9	12,2 ± 3,4	21,5 ± 1,9	22,0 ± 3,6	19,7 ± 4,2	19,1 ± 3,1	108,8 ± 12,3
Bazen katılıyor	14,0 ± 4,2	13,1 ± 3,9	21,4 ± 3,1	26,0 ± 4,2	23,0 ± 4,0	20,7 ± 3,6	118,2 ± 14,6
Genelde katılıyor	13,7 ± 3,8	13,7 ± 3,9	21,1 ± 1,6	24,3 ± 4,4	21,8 ± 4,1	20,9 ± 3,2	115,4 ± 14,0
p	0,829	0,775	0,312	0,001	0,009	0,087	0,029
Kurumda arkadaşı;							
Yok	14,7 ± 4,9	21,5 ± 1,9	11,4 ± 2,5	22,5 ± 5,8	19,1 ± 5,0	18,9 ± 4,1	107,9 ± 17,8
Var	13,5 ± 3,3	21,0 ± 2,5	13,0 ± 3,7	24,2 ± 4,1	22,3 ± 3,8	20,8 ± 2,9	114,8 ± 12,4
p	0,495	0,531	0,073	0,463	0,007	0,056	0,242

SYBD-II ile nicel ve ordinal değişkenlerle korelasyonu incelenmiştir (Tablo 4.12). Çocuk sayısı ile fiziksel aktivite arasında, kronik hastalık sayısı ile sağlık sorumluluğu arasında ve eğitim ile toplam SYBD-II arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak çok zayıf pozitif korelasyon (sırasıyla $r=0,193$, $0,200$ ve $0,228$) bulunmuştur. Manevi gelişim ile eğitim ve mesleki beceri düzeyi arasında ise istatistiksel anlamlı ve zayıf-orta pozitif korelasyon (sırasıyla $r=0,476$ ve $0,322$) bulunmuştur.

Tablo 4.12- Nicel ve ordinal değişkenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanları ile korelasyonu.

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam puan
Yaş							
Korelasyon katsayısı	-0,044	-0,127	-0,132	-0,108	0,009	0,138	-0,061
<i>p</i>	0,631	0,170	0,152	0,242	0,925	0,135	0,507
Çocuk sayısı							
Korelasyon katsayısı	0,150	0,193	-0,041	-0,075	-0,063	-0,037	0,014
<i>p</i>	0,103	0,035	0,655	0,419	0,495	0,692	0,881
Huzurevinde kalış süresi							
Korelasyon katsayısı	0,159	-0,075	0,167	-0,106	-0,018	0,128	0,053
<i>p</i>	0,084	0,420	0,069	0,253	0,848	0,166	0,570
Eğitim							
Korelasyon katsayısı	-0,029	-0,041	-0,041	0,476	0,134	0,173	0,228
<i>p</i>	0,751	0,657	0,657	<0,001	0,146	0,060	0,012
Meslek beceri düzeyi							
Korelasyon katsayısı	-0,063	-0,018	-0,061	0,322	0,040	0,063	0,099
<i>p</i>	0,497	0,846	0,506	<0,001	0,665	0,497	0,280
Kronik hastalık sayısı							
Korelasyon katsayısı	0,200	-0,027	0,046	0,034	0,102	-0,051	0,128
<i>p</i>	0,048	0,794	0,655	0,742	0,316	0,618	0,210

Katılımcıların sağlık durumlarına göre SYBD-II puan değişimleri Tablo 4.13’de verilmiştir. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sağlık sorumluluğu daha fazla ($p=0,003$), fiziksel aktiviteleri ise daha az ($p=0,006$) bulunmuştur. İlaç takibini kendi yapanların manevi gelişimi, kişilerarası ilişkileri, stres yönetimi ve ölçek toplam puanları ilaç takibi hastane personeli tarafından yapılanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,019$, $0,049$, $0,041$ ve $0,042$).

Yürürken destek kullanmayanların bazen ya da sürekli destek kullananlara göre fiziksel aktivite puanları post-hoc testlerde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,024$ ve $p<0,001$). Sigara içme durumu ise sağlıklı yaşam davranış biçimlerini etkilememektedir.

Tablo 4.13- Sağlık durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam puan
Kronik hastalığı							
<i>Yok</i>	11,5 ± 2,8	15,2 ± 3,9	21,6 ± 2,0	24,8 ± 5,5	21,5 ± 5,2	20,7 ± 3,6	115,3 ± 16,4
<i>Var</i>	14,2 ± 3,9	12,6 ± 3,6	20,9 ± 2,3	24,1 ± 4,1	21,9 ± 3,9	20,5 ± 3,1	114,3 ± 13,0
p	0,003	0,006	0,188	0,210	0,910	0,649	0,660
İlaç takibini yapan kişi							
<i>Kendisi</i>	14,2 ± 3,9	12,8 ± 3,6	20,9 ± 2,3	24,6 ± 4,2	22,3 ± 3,9	20,9 ± 3,1	115,7 ± 13,0
<i>Huzurevi personeli</i>	14,2 ± 3,9	11,8 ± 3,7	21,0 ± 2,5	22,6 ± 3,7	20,7 ± 3,8	19,3 ± 3,1	109,6 ± 12,3
p	0,991	0,123	0,448	0,019	0,049	0,041	0,042
Sigara;							
<i>Hiç içmemiş</i>	14,4 ± 4,1	12,3 ± 3,3	20,7 ± 2,4	24,4 ± 4,4	21,8 ± 3,9	20,1 ± 3,4	113,8 ± 12,8
<i>Bırakmış</i>	13,0 ± 3,2	13,5 ± 4,4	21,1 ± 2,0	24,9 ± 3,0	23,1 ± 2,9	21,2 ± 2,7	116,8 ± 10,0
<i>İçiyor</i>	13,4 ± 4,0	13,3 ± 3,4	21,2 ± 1,8	23,2 ± 4,9	20,9 ± 4,9	20,5 ± 3,0	112,6 ± 15,5
p	0,247	0,348	0,222	0,529	0,227	0,334	0,615
Yürürken destek kullanım durumu							
<i>Hiç</i>	13,8 ± 3,9	13,9 ± 3,6	21,1 ± 2,5	24,7 ± 4,5	22,0 ± 4,2	20,6 ± 3,0	116,0 ± 13,8
<i>Bazen</i>	13,9 ± 2,9	11,9 ± 4,8	21,2 ± 2,1	24,0 ± 3,4	21,3 ± 3,6	20,7 ± 3,6	113,1 ± 11,9
<i>Her zaman</i>	13,9 ± 4,4	10,8 ± 2,4	20,5 ± 1,7	23,2 ± 4,2	22,0 ± 4,2	20,2 ± 3,5	110,7 ± 13,2
p	0,855	0,000	0,420	0,364	0,673	0,901	0,146

4.3. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NSP)

Katılımcıların en iyi profile sahip oldukları alt boyutlar ağrı ve enerji, en kötüsü ise uyku olmuştur. NSP'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,791 bulunmuştur. Alt boyutların ise güvenilirlik katsayıları 0,410 ile 0,774 arasında değişmektedir (Tablo 4.14). Sosyal izolasyon boyutundaki “insanlara yük olduğumu düşünüyorum” maddesi çıkarıldığında Cronbach alfa değerinin 0,568’e yükseldiği görülmüştür. Bu madde ile birlikte “kendimi yalnız hissediyorum” ifadesi de çıkarıldığında Cronbach alfa 0,625’e yükselmiştir.

Tablo 4.14- Nottingham Sağlık Profili Ölçeği ortalama puanları ve ölçeğin güvenirligi.

	<i>Ortalama ± ss</i>	<i>Cronbach alfa</i>
Ölçek alt boyutları		
<i>Ağrı</i>	9,0 ± 15,5	0,774
<i>Duygusal reaksiyon</i>	10,6 ± 14,1	0,643
<i>Sosyal izolasyon</i>	18,8 ± 19,7	0,410
<i>Fiziksel aktivite</i>	16,1 ± 16,9	0,685
<i>Enerji</i>	9,0 ± 21,4	0,602
<i>Uyku</i>	19,2 ± 27,6	0,697
Ölçek toplam	82,6 ± 70,8	0,791

*ss: standart sapma

NSP alt ölçeklerinin ve toplam puanlarının korelasyonlarına bakılmıştır (Tablo 4.15). Toplam puan ile tüm alt ölçekler arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Toplam puanın en yüksek korelasyonu duygusal reaksiyon ile (orta derecede), en düşüğü ise ağrı iledir (zayıf-orta derecede).

Alt ölçeklerin kendi aralarında karşılaştırıldığında en yüksek pozitif korelasyonlar ağrı ile fiziksel aktivite ve duygusal reaksiyon ile enerji arasındadır, orta derecede ilişkilidirler. Diğerler anlamlı ($p<0,05$) ilişkiye sahip olanlardan sadece ağrı ve duygusal reaksiyonlar arasında çok zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Diğerleri zayıf-orta derecede pozitif ilişkiye sahiptir.

Tablo 4.15- Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt ölçekleri puanlarının korelasyonu.

		<i>Duygusal reaksiyon</i>	<i>Sosyal izolasyon</i>	<i>Fiziksel aktivite</i>	<i>Enerji</i>	<i>Uyku</i>	<i>Toplam NSP</i>
<i>Ağrı</i>	r	0,195	-0,035	0,547	0,383	-0,021	0,394
	p	0,033	0,701	<0,001	<0,001	0,822	<0,001
<i>Duygusal reaksiyon</i>	r		0,363	0,138	0,500	0,256	0,634
	p		<0,001	0,132	<0,001	0,005	<0,001
<i>Sosyal izolasyon</i>	r			-0,066	0,293	0,267	0,568
	p			0,473	0,001	0,003	<0,001
<i>Fiziksel aktivite</i>	r				0,291	-0,033	0,429
	p				0,001	0,721	<0,001
<i>Enerji</i>	r					0,131	0,607
	p					0,153	<0,001
<i>Uyku</i>	r						0,608
	p						<0,001

*r: korelasyon katsayısı

4.3.1. Değişkenlerin NSP'ye etkisi

Konaklanan ortamın sağlık profiline etkisi analiz edilmiştir (Tablo 4.16). Yapılan post-hoc analizlerinde Zeytinburnu Semiha Şakir'de konaklayan kişilerin Beylikdüzü, Prof. Dr. Fahrettin Kerim Nilüfer Gökay ve İzzet Baysal'dakilere göre sosyal olarak daha izole olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,007$, $0,002$ ve $0,002$). Odada kalan kişi sayısının ise sağlık profillerine etkisi bulunamamıştır.

Tablo 4.16- Konaklanan ortama göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Ağrı	Duygusal reaksiyon	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji	Uyku	Toplam puan
Kaldığı kurum							
Zeytinburnu Semiha Şakir	8,9 ± 14,4	9,7 ± 10,5	31,7 ± 20,3	10,6 ± 14,6	11,5 ± 24,7	13,7 ± 20,9	86,0 ± 63,8
Kartal-Maltepe Beylikdüzü	9,8 ± 18,8	11,4 ± 14,7	20,9 ± 20,3	18,4 ± 18,8	8,1 ± 18,7	18,0 ± 26,3	86,6 ± 80,2
Prof. Dr. Fahrettin Kerim Nilüfer Gökay	10,7 ± 14,6	6,7 ± 12,6	9,1 ± 11,2	20,4 ± 18,2	8,1 ± 22,9	17,1 ± 28,1	71,9 ± 62,4
İzzet Baysal	6,7 ± 9,8	12,0 ± 16,87	10,4 ± 15,3	12,6 ± 11,0	5,1 ± 12,4	26,1 ± 34,6	72,8 ± 56,4
<i>p</i>	0,962	0,723	0,000	0,232	0,922	0,617	0,901
Odası kaç kişilik?							
Tek	10,4 ± 15,1	10,1 ± 13,2	17,6 ± 19,6	15,4 ± 15,0	14,1 ± 29,4	22,1 ± 31,0	89,6 ± 71,1
Çift	8,7 ± 15,8	11,0 ± 14,5	19,1 ± 19,9	16,3 ± 17,7	7,4 ± 18,1	18,4 ± 26,7	81,0 ± 71,3
<i>p</i>	0,228	0,839	0,784	0,937	0,363	0,737	0,553

Sağlık profillerinin kategorik demografik özelliklerden ve sosyal aktivitelere katılım durumundan etkilenip etkilenmediğini bulmak için analizler yapılmıştır (Tablo 4.17). Buna göre fiziksel aktivite profili kadınlarda erkeklere göre daha kötüdür ($p=0,037$). Hayatının çoğunu İstanbul'da geçirmeyenler İstanbul'da geçirenlere göre sosyal olarak daha izoledirler ($p=0,047$).

Duygusal reaksiyonların, enerji ve toplam sağlık profilinin sosyal aktivitelere katılmayanlarda bazen katılanlara göre daha kötü olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,037$, $0,029$ ve $0,003$).

Huzurevinde arkadaşı olmayanların duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon, enerji ve toplam sağlık profillerinin arkadaşı olanlara göre daha kötü olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,004$, $<0,001$, $0,050$ ve $0,010$).

Eğitimin, meslek beceri seviyesinin, gelir durumunun, medeni durumun ve çocuk varlığının ise sağlık profili üzerine etkisi bulunamamıştır.

Tablo 4.17- Kategorik demografik değişkenlere göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Ağrı	Duygusal reaksiyon	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji	Uyku	Toplam puan
Cinsiyet							
<i>Kadın</i>	12,4 ± 20,3	12,9 ± 17,3	17,7 ± 21,1	20,5 ± 18,7	10,3 ± 22,1	20,5 ± 27,7	94,3 ± 83,7
<i>Erkek</i>	6,7 ± 10,7	9,1 ± 11,4	19,5 ± 18,9	13,1 ± 15,0	8,1 ± 21,1	18,3 ± 27,6	74,7 ± 60,0
p	0,437	0,531	0,549	0,037	0,536	0,631	0,309
Eğitim							
<i>Okur yazar değil</i>	19,4 ± 29,9	17,4 ± 20,2	26,7 ± 24,4	23,4 ± 19,3	22,0 ± 32,2	21,2 ± 28,2	130,0 ± 110,7
<i>Okuryazar</i>	8,1 ± 12,5	17,9 ± 14,5	20,9 ± 26,0	17,1 ± 12,6	24,9 ± 38,9	20,0 ± 30,3	108,8 ± 87,8
<i>İlkokul</i>	6,8 ± 13,0	9,3 ± 13,1	20,3 ± 18,0	14,6 ± 16,0	5,0 ± 12,5	18,6 ± 23,8	74,6 ± 52,5
<i>Ortaokul</i>	10,8 ± 16,0	11,2 ± 15,0	18,8 ± 15,8	14,8 ± 15,4	6,4 ± 12,2	18,2 ± 32,1	80,2 ± 51,5
<i>Lise</i>	7,9 ± 14,9	10,4 ± 14,0	17,8 ± 20,5	14,7 ± 18,6	9,3 ± 24,7	22,2 ± 32,1	82,2 ± 81,5
<i>Lisans ve üzeri</i>	7,6 ± 10,4	3,9 ± 8,0	9,5 ± 16,5	16,9 ± 15,8	1,6 ± 6,2	14,2 ± 19,2	53,6 ± 40,7
p	0,822	0,146	0,307	0,802	0,227	0,984	0,356
Hayatının çoğunluğunu geçirdiği yer							
<i>İstanbul</i>	9,1 ± 16,0	11,0 ± 14,8	17,0 ± 18,6	16,6 ± 16,6	8,7 ± 21,8	19,0 ± 28,0	81,3 ± 72,0
<i>İstanbul dışı</i>	8,2 ± 12,2	7,3 ± 8,4	28,7 ± 23,0	13,4 ± 19,3	9,0 ± 19,3	21,8 ± 25,5	88,3 ± 65,8
p	0,928	0,611	0,047	0,358	0,809	0,386	0,522
Mesleği							
<i>3 ve 4. Beceri düzeyleri</i>	8,3 ± 11,7	6,6 ± 10,6	14,7 ± 20,3	18,0 ± 17,3	7,3 ± 17,7	24,0 ± 30,6	78,8 ± 60,8
<i>2. beceri düzeyi</i>	7,9 ± 14,2	10,1 ± 13,0	21,7 ± 19,6	13,9 ± 16,4	9,3 ± 23,2	17,0 ± 27,5	79,9 ± 70,6
<i>1. beceri düzeyi</i>	9,5 ± 17,2	15,2 ± 17,9	13,7 ± 14,6	16,2 ± 15,8	7,2 ± 19,3	16,9 ± 23,5	78,6 ± 8,6
<i>Çalışmamış</i>	16,3 ± 25,8	16,7 ± 18,6	22,7 ± 24,9	22,2 ± 20,1	14,6 ± 25,9	21,8 ± 27,7	114,3 ± 110,0
p	0,773	0,215	0,190	0,571	0,825	0,647	0,922
Gelir durumu							
<i>Yok</i>	4,7 ± 11,9	11,6 ± 14,1	14,6 ± 20,7	18,2 ± 15,5	8,2 ± 16,2	26,0 ± 35,9	83,2 ± 69,7
<i>Emekli maaşı</i>	9,7 ± 16,0	10,8 ± 14,4	19,2 ± 19,7	16,3 ± 17,2	9,5 ± 22,3	18,1 ± 27,2	83,6 ± 72,4
<i>Emekli maaşı + ek gelir</i>	2,3 ± 3,2	6,1 ± 5,6	16,1 ± 22,1	6,4 ± 9,6	0	29,5 ± 20,7	60,5 ± 34,0
p	0,395	0,924	0,645	0,310	0,554	0,291	0,904
Medeni durum							
<i>Evli</i>	6,0 ± 10,8	8,9 ± 15,5	18,3 ± 17,2	10,9 ± 12,0	7,2 ± 24,0	18,5 ± 23,6	69,7 ± 54,1
<i>Bekâr</i>	8,3 ± 14,5	9,3 ± 11,8	19,7 ± 24,6	17,2 ± 17,5	9,5 ± 19,0	12,1 ± 24,9	76,1 ± 75,2
<i>Eşi vefat etmiş</i>	12,8 ± 19,8	12,9 ± 15,6	21,0 ± 20,9	19,7 ± 19,7	11,8 ± 22,3	19,5 ± 27,5	97,7 ± 83,6
<i>Boşanmış</i>	5,8 ± 9,2	9,3 ± 12,3	15,4 ± 16,9	12,5 ± 13,3	5,7 ± 20,6	20,8 ± 29,6	69,5 ± 52,6
p	0,572	0,583	0,679	0,319	0,224	0,453	0,421
Çocuğu;							
<i>Yok</i>	10,0 ± 16,7	7,8 ± 11,2	15,0 ± 22,8	17,5 ± 18,4	11,0 ± 23,5	13,9 ± 22,6	75,2 ± 72,7
<i>Var</i>	8,7 ± 15,1	11,5 ± 14,9	20,0 ± 18,6	15,6 ± 16,5	8,3 ± 20,9	20,9 ± 28,9	84,9 ± 70,4
p	0,790	0,265	0,078	0,737	0,406	0,222	0,255
Sosyal aktivitelere/ gezilere katılım durumu							
<i>Katılmıyor</i>	14,9 ± 22,6	16,1 ± 18,0	25,7 ± 20,2	21,7 ± 22,5	15,4 ± 26,7	22,0 ± 28,7	115,8 ± 80,0
<i>Bazen katılıyor</i>	6,4 ± 13,3	5,2 ± 13,0	12,2 ± 15,4	13,3 ± 11,9	1,6 ± 7,7	15,3 ± 27,3	53,9 ± 56,2
<i>Genelde katılıyor</i>	6,7 ± 13,8	9,3 ± 11,4	20,6 ± 21,5	14,8 ± 17,2	6,2 ± 16,6	17,3 ± 25,2	75,0 ± 69,3
p	0,406	0,039	0,059	0,612	0,031	0,544	0,004
Huzurevinde arkadaşı;							
<i>Yok</i>	14,5 ± 24,9	18,8 ± 16,5	38,4 ± 22,4	21,2 ± 22,1	22,5 ± 33,9	26,4 ± 26,5	141,6 ± 107,5
<i>Var</i>	7,8 ± 12,5	8,7 ± 12,5	15,7 ± 16,9	16,0 ± 15,1	7,7 ± 18,7	18,1 ± 28,2	74,0 ± 53,7
p	0,658	0,004	<0,001	0,514	0,050	0,129	0,010

NSP ile nicel ve ordinal değişkenlerle korelasyonu incelenmiştir (Tablo 4.18). Yaş ile ağrı ve enerji profilleri arasında, istatikselsel olarak anlamlı ancak çok zayıf pozitif korelasyon (sırasıyla $r=0,230$ ve $0,217$) bulunmuştur. Yaş ile fiziksel aktivite arasında istatikselsel anlamlı ve zayıf-orta pozitif korelasyon ($r=0,307$) bulunmuştur. Fakat NSP’de puan artışı sağlık profilinin kötüleşmesine işaret ettiğinden, yaştaki artış ilgili sağlık profillerinde kötüleşmeyle bağlantılıdır.

Huzurevinde kalış süresi ile uyku profili arasında, meslek beceri düzeyi ile duygusal reaksiyonları arasında ise istatikselsel olarak anlamlı ancak çok zayıf negatif korelasyon (sırasıyla $r=-0,211$ ve $-0,194$) bulunmuştur. Yani huzurevinde kalış süresi ve meslek beceri düzeyi arttıkça ilgili sağlık profili iyileşmektedir.

Tablo 4.18- Nicel ve ordinal değişkenlerin Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puanları ile korelasyonu.

	Ağrı	Duygusal reaksiyon	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji	Uyku	Toplam puan
Yaş							
Korelasyon katsayısı	0,230	0,029	0,001	0,307	0,217	-0,041	0,161
<i>p</i>	0,012	0,754	0,990	0,001	0,018	0,655	0,080
Çocuk sayısı							
Korelasyon katsayısı	0,026	0,174	0,156	-0,029	0,041	0,144	0,163
<i>p</i>	0,778	0,058	0,091	0,751	0,655	0,119	0,077
Huzurevinde kalış süresi							
Korelasyon katsayısı	0,123	-0,073	0,002	0,107	-0,038	-0,211	-0,044
<i>p</i>	0,183	0,429	0,979	0,246	0,679	0,021	0,632
Eğitim							
Korelasyon katsayısı	-0,016	-0,187	-0,189	-0,042	-0,175	-0,021	-0,183
<i>p</i>	0,864	0,041	0,039	0,653	0,058	0,824	0,047
Meslek beceri düzeyi							
Korelasyon katsayısı	-0,017	-0,194	-0,063	0,005	-0,044	0,048	-0,039
<i>p</i>	0,852	0,034	0,495	0,959	0,631	0,600	0,669
Kronik hastalık sayısı							
Korelasyon katsayısı	0,185	0,178	-0,073	0,196	0,181	-0,053	0,101
<i>p</i>	0,068	0,079	0,472	0,053	0,074	0,601	0,324

Katılımcıların sağlık durumunun NSP puanlarına etkisi incelenmiştir (Tablo 4.19). Kronik hastalığı olan kişilerin ağrı profillerinin ve fiziksel aktivitelerinin kronik hastalığı olmayan kişilerden daha kötü olduğunu bulunmuştur (sırasıyla p=0,009 ve 0,002). Kişinin ilaç takibini kendisinin ya da huzurevi personelinin yapması ise sağlık profilini etkilememektedir.

Yapılan post-hoc analizlerde hiç sigara içmemiş kişilerin içenlere göre ağrı profillerinin ve fiziksel aktivitelerinin (sırasıyla p=0,032 ve 0,008), sigarayı bırakanlara göre enerji profillerinin (p=0,034) daha kötü olduğu bulunmuştur.

Yürürken destek kullanmayanların ağrı profillerinin (p<0,001), duygusal reaksiyonlarının (p=0,019), fiziksel aktivitelerinin (p<0,001), enerji profillerinin (p=0,003) ve toplam Nottingham sağlık profillerinin (p=0,003) her zaman destek kullananlara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Bazen destek kullananların ağrı profillerinin her zaman destek kullananlardan daha iyi (p=0,016), fiziksel aktivitelerinin ise hiç destek kullanmayanlardan daha kötü (p=0,008) olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.19- Sağlık durumuna göre Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Ağrı	Duygusal reaksiyon	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji	Uyku	Toplam puan
Kronik hastalığı							
<i>Yok</i>	1,5 ± 4,4	7,2 ± 9,7	20,4 ± 20,6	6,5 ± 14,4	13,8 ± 28,7	17,7 ± 30,0	67,1 ± 72,7
<i>Var</i>	10,2 ± 16,3	11,2 ± 14,7	18,5 ± 19,7	17,6 ± 16,8	8,2 ± 20,1	19,4 ± 27,3	85,1 ± 70,5
p	0,009	0,390	0,763	0,002	0,486	0,560	0,142
İlaç takibini yapan kişi							
<i>Kendisi</i>	9,4 ± 15,0	10,3 ± 14,2	17,6 ± 18,3	17,4 ± 17,1	7,2 ± 19,5	21,2 ± 29,0	83,0 ± 69,1
<i>Huzurevi personeli</i>	12,9 ± 20,1	14,2 ± 16,0	21,6 ± 23,9	18,5 ± 16,3	11,3 ± 22,0	13,5 ± 20,1	92,0 ± 75,9
p	0,729	0,295	0,677	0,464	0,278	0,382	0,473
Sigara;							
<i>Hiç içmemiş</i>	14,0 ± 20,0	12,7 ± 16,2	16,3 ± 20,7	21,1 ± 18,9	13,2 ± 24,0	19,7 ± 26,3	96,9 ± 87,0
<i>Bırakmış</i>	6,5 ± 12,1	7,5 ± 13,0	14,1 ± 12,0	15,8 ± 14,9	1,4 ± 5,7	18,7 ± 29,8	64,0 ± 47,1
<i>İçiyor</i>	3,8 ± 6,5	11,0 ± 12,4	22,4 ± 20,8	8,6 ± 10,8	9,0 ± 25,4	21,4 ± 29,4	76,1 ± 62,2
p	0,019	0,196	0,287	0,011	0,039	0,795	0,371
Yürürken destek kullanım durumu							
<i>Hiç</i>	5,4 ± 11,8	8,1 ± 11,9	18,9 ± 18,8	9,3 ± 10,7	4,2 ± 15,3	19,7 ± 27,9	65,6 ± 54,5
<i>Bazen</i>	7,2 ± 12,0	10,6 ± 15,3	16,6 ± 20,1	19,8 ± 13,2	10,6 ± 15,9	21,2 ± 34,4	85,9 ± 58,5
<i>Her zaman</i>	19,8 ± 20,7	17,5 ± 17,0	19,5 ± 22,5	32,6 ± 20,6	21,3 ± 31,8	16,7 ± 23,2	127,5 ± 95,0
p	0,000	0,023	0,812	0,000	0,002	0,977	0,004

4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Nottingham Sağlık Profili

Ölçeğinin karşılaştırılması

SYBD-II ve NSP puan korelasyonları Tablo 4.20’de verilmiştir. Buna göre orta derecede anlamlı negatif korelasyona sahip olanlar;

- kişilerarası ilişkiler ile duygusal reaksiyonlar ($r=-0,603$),
- kişilerarası ilişkiler ile toplam NSP ($r=-0,602$),
- toplam SYBD-II ile toplam NSP ($r=-0,544$),
- sağlık sorumluluğu ile sosyal izolasyondur ($p=-0,538$).

Zayıf-orta derecede anlamlı negatif korelasyona sahip olanlar;

- stres yönetimi ile toplam NSP ($r=0,491$),
- kişilerarası ilişkiler ile sosyal izolasyon ($r=-0,471$)
- stres yönetimi ile duygusal reaksiyon ($r=-0,466$),
- toplam SYBD-II ile duygusal reaksiyon ($r=-0,466$),
- sağlık sorumluluğu ile duygusal reaksiyonlar ($r=-0,440$),
- stres yönetimi ile sosyal izolasyon ($r=-0,439$),
- stres yönetimi ile enerji profili ($r=-0,434$),
- sağlık sorumluluğu ile toplam NSP ($r=-0,431$),
- toplam SYBD-II ile enerji profili ($r=-0,431$),
- kişiler arası ilişkiler ile uyku ($r=-0,409$),
- toplam SYBD-II ile sosyal izolasyon ($r=-0,404$),
- kişilerarası ilişkiler ile enerji ($r=-0,391$),
- manevi gelişim ile fiziksel aktivite ($r=-0,382$),
- sağlık sorumluluğu ile enerji profili ($r=-0,333$),
- manevi gelişim ile toplam NSP ($r=-0,305$),
- manevi gelişim ile ağrı profilidir ($r=-0,270$).

İstatistiksel olarak anlamlı ama çok zayıf negatif korelasyona sahip olanlar ise;

- manevi gelişim ile enerji profili ($r=-0,241$)
- toplam SYBD-II ile uyku ($r=0,230$),
- manevi gelişim ile duygusal reaksiyondur ($r=-0,205$).

Tablo 4.20- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ile Nottingham Sağlık Profili Ölçeklerinin korelasyonu.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II		Nottingham Sağlık Profili						
		<i>Ağrı</i>	<i>Duygusal reaksiyon</i>	<i>Sosyal izolasyon</i>	<i>Fiziksel aktivite</i>	<i>Enerji</i>	<i>Uyku</i>	<i>Toplam NSP</i>
<i>Sağlık sorumluluğu</i>	r	0,054	-0,440	-0,538	0,065	-0,333	-0,175	-0,431
	p	0,555	<0,001	<0,001	0,483	<0,001	0,056	<0,001
<i>Fiziksel aktivite</i>	r	-0,115	-0,117	0,033	-0,132	-0,116	-0,051	-0,138
	p	0,209	0,201	0,718	0,150	0,206	0,582	0,133
<i>Beslenme</i>	r	0,161	0,138	0,046	0,077	-0,014	-0,144	0,014
	p	0,080	0,132	0,622	0,406	0,875	0,117	0,882
<i>Manevi gelişim</i>	r	-0,270	-0,205	-0,165	-0,382	-0,241	0,043	-0,305
	p	0,003	0,025	0,072	<0,001	0,008	0,644	0,001
<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	r	-0,069	-0,603	-0,471	-0,039	-0,391	-0,409	-0,602
	p	0,454	<0,001	<0,001	0,671	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Stres yönetimi</i>	r	-0,111	-0,466	-0,439	-0,116	-0,434	-0,124	-0,491
	p	0,229	<0,001	<0,001	0,205	<0,001	0,178	<0,001
<i>Toplam SYBD-II</i>	r	-0,061	-0,466	-0,404	-0,136	-0,431	-0,230	-0,544
	p	0,506	<0,001	<0,001	0,138	<0,001	0,011	<0,001

*r: korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Yaşlı popülasyonun artması, doğumların azalması sonucu bağımlı nüfus oranı artmaya başlamıştır. Bununla birlikte hastalık çeşitlerinde de değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişimler sağlıklı yaşlanma, yaşlı sağlığı gibi kavramları gündeme getirmiştir [16]. Yaşlı nüfusun bakımında eskiye göre daha çok yer kaplamaya başlayan huzurevleri gibi kurumsal yapılarda sağlıklı yaşlanmanın ne kadar uygulanabildiğinin belirlenmesi gereklidir [4]. Ayrıca eksiklerin, ihtiyaçların neler olduğunun belirlenmesi de önem taşımaktadır. Çalışmamız huzurevindeki kişilerin, sağlıklarını olumlu etkileyebilecek davranışlarının nelerden etkilendiği hakkında fikir sahibi olmamızı sağlamaktadır.

5.1.1. Demografi

Dünyada kadınlar erkeklere göre daha uzun doğumda beklenen yaşam süresine sahiptir. Bu nedenle huzurevi popülasyonunda kadın oranının daha fazla olması beklenebilir. Zaten Türkiye dışındaki ülkelerde de dağılımın bu şekilde olduğu görülmüştür [98, 99].

Türkiye’de ise durum dünyanın tersidir. Çalışmamızın yapıldığı 5 huzurevinde kalan toplam erkek sayısı kadınlardan daha fazladır. Doğu Karadeniz Bölgesindeki huzurevlerinde cinsiyete göre tabakalı örnekleme ile ve İç Ege Bölgesinde 3 ilde yapılan çalışmalarda da erkek sayısının kadınlara göre oldukça fazla olduğu görülmüştür [100, 101]. Bu sonuç; huzurevine gelmeden önce çocuklarıyla yaşayanların genelde kadın olması [102], çalışmamızdaki evli veya boşanmış olup eşi halen çocuklarıyla yaşayan katılımcıların hepsinin erkek olması ve bazı katılımcılar tarafından dile getirilen “*erkeğin kadın gibi eve sığmaması*” durumunu destekler niteliktedir.

TÜİK 2019 verilerine göre İstanbul'un yaş dağılımı örnekleminizle benzer değildir ($p<0,001$). İstanbul'da 60 yaş ve üzerinde yaş arttıkça nüfus azalmaktadır (Tablo 5.1) [103]. Çalışmamızın örnekleminde ise yaş azaldıkça ve arttıkça kişi sayısı azalmaktadır (Tablo 4.1). İleri yaşlarda nüfus azaldığı için huzurevine gelen kişi sayısının da azalması tahmin edilebilir bir durumdur. Ancak yine de 90 ve üzeri yaş grubu örnekleminizde İstanbul nüfusuna göre daha yüksek oranda temsil edilmektedir ($p<0,001$). İleri yaşlarda kişinin kendine ya da başkasının kişiye bakması daha da zorlaşacağı için 90 ve üzeri yaş grubunda huzurevinde kalmayı tercih edenlerin oranı, diğer yaş gruplarına göre daha fazla olmuş olabilir.

Tablo 5.1- İstanbul 60 yaş ve üzeri nüfus dağılımı, 2019. [103]

<i>Yaş</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde (%)</i>
60-69	978.438	59,2
70-79	466.206	28,2
80-89	178.155	10,8
90+	29.175	1,8

İstanbul nüfusunda 60-69 yaş arası nüfusun daha ileri yaş gruplarından kalabalık olmasına karşılık, kişilerin henüz huzurevine gitmeye ihtiyaç duymamış olmaları muhtemeldir. Zaten huzurevi geliş nedenleri arasında genelde eskiden birlikte yaşadığı kişileri kaybetmekten kaynaklı yalnızlık hissi, hastalıkları nedeniyle kendine bakamamak gibi genelde daha ileri yaşlarda ortaya çıkması beklenen sorunlar yer almaktadır. Bu nedenle huzurevlerinde 60 yaşa yakın kişilerin daha az bulunması beklenen bir durumdur. Huzurevlerinde yapılan başka çalışmalarda da katılımcı sayılarının, yaş arttıkça ve azaldıkça azaldığı görülmüştür [100, 104-107].

TÜİK 2019 verilerine göre İstanbul'daki 60 yaş ve üzeri kişilerde eğitim durumu bilinen kadınların %17,1'inin, erkeklerin %2,7'sinin okuma yazması yoktur. Kadınların %28,2'si, erkeklerin %7,0'si hiç okula gitmemiştir. Lise ve üzeri eğitimi bitirmiş kişiler ise kadınların %20,7'si, erkeklerin %33,5'idir [108]. Çalışmamıza katılan kadınların ise %41,7'si lise ve üzeri eğitim almıştır ve İstanbul popülasyonundan istatistiksel olarak farklı bir dağılım göstermektedir ($p<0,001$). Bunun çalışmamızda eğitim seviyeleri sorgulanırken mezuniyet koşulunun aranmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Örnekleminizdeki diğer grupların dağılımları (Tablo 4.1) İstanbul popülasyonu ile benzerdir ($p>0,05$).

Literatürde huzurevinde yapılan çalışmalarda yaşlıların eğitim seviyeleri oldukça farklıdır. Katılımcıların çoğunluğu ilkökul eğitimi almış olmakla birlikte [100, 102, 104, 106, 107, 109-113], bazı çalışmalarda okuma yazma bilmeyenlerin %40'ı [110, 111, 114-116], bazılarında okula gitmemiş olanların %60'ı [107, 114-116] geçmiş olması dikkat çekicidir. Bazılarında ise lise ve üzeri eğitim görmüş olan kişiler %20'nin üzerine çıkmıştır [100, 102, 104, 109, 117]. İncelendiğinde bu farklılıklar çalışmanın yapıldığı yıl ya da bölgeden kaynaklanmamaktadır. Ancak Marmara Bölgesindeki çalışmalarda okuma yazması olmayanların oranının %10 ve altında kaldığı fark edilmiştir [102, 112, 113, 117].

Huzurevinde yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamızda olduğu gibi huzurevi sakinlerinin çoğunlukla dul (eşi vefat etmiş/ boşanmış) olduğu, huzurevine gelmeden önce eşleriyle veya tek başlarına kendi evlerinde ve huzurevinin bulunduğu ilde yaşadıkları, çocuklarının olduğu, çocuklarıyla görüşmeye devam ettikleri ve huzurevinin bulunduğu ilde bir yakınlarının olduğu görülmüştür [100, 102, 104-106, 109, 111, 114, 116-122]. Görüldüğü gibi kişiler genelde eşleri ile ayrıldıktan ya da eşleri vefat ettikten sonraki dönemde huzurevine gelmiş gibi görünseler de kimsesiz değillerdir. Yani aslında toplumumuzdaki genel görüş olan huzurevlerinin kimsesizlerin gittiği yer olduğu fikri pek de doğru değildir [123]. Kişileri huzurevine getiren nedenlerin başında terk edilmişlikten ziyade, yaşam koşullarının değişmesinden kaynaklı yalnızlık hissiyatı gelmektedir (Bölüm 4.1.4). Ancak duygusal olarak kendilerini terk edilmiş/ yalnız hissetmeye devam ettikleri de bir gerçektir [114, 117, 124, 125].

Halen sigara içmekte olan kişi oranları çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların üçte birini geçmemektedir. Huzurevlerinde kalan çoğu kişinin ise yine çalışmamıza benzer şekilde en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır [102, 109, 111, 120-122, 125-128]. Ancak huzurevi dışındaki yaşlılarla yapılan çalışmalarda en az bir kronik hastalığı olan kişi oranının daha düşük olduğu fark edilmiştir [128, 129]. Kişilerin en sık huzurevinde kalma nedenlerinden birinin de hastalıkları olduğu göz önünde bulundurulursa bu farklılık beklenen bir durumdur (Tablo 4.5).

Yürümek için destek kullanan kişi oranı değişiklik göstermekle birlikte katılımcıların dörtte birini geçmemektedir [109, 111, 128, 130]. Huzurevine kabul

şartlarından “*kendi gereksinimlerini karşılamaını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak*” maddesinden dolayı bu oranda çok yükselme görülmediği düşünülmektedir. Kendi gereksinimlerini karşılayamayan kişilerin genelde *Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine* yönlendirildiği de bilinmektedir [86].

5.1.1.1. Günlük rutinler ve aktiviteler

Nitel olarak özel bir huzurevinde yapılan çalışmada kalan kişilerin günlük aktiviteleri arasında televizyon izlemek, gezip yürüyüş yapmak, muhabbet etmek, kitap/ gazete okumak, bulmaca çözmek ve ibadet etmek bulunmuştur [117]. Bizim çalışmamızda farklı olarak ön plana çıkan aktiviteler arasında resim yapmak, bocce oynamak, müzik ile uğraşmak, tavla, iskambil, okey gibi oyunlar oynamak ve örgü örmek de vardır. Bunların hepsinin AÇSH huzurevlerinde gerçekleşen kurslar (resim, el işi, dans), aktiviteler (müzik, oyun salonları) ve müsabakalar (bocce) kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ancak başka illerde AÇSH’ye bağlı huzurevlerinde yapılan bazı çalışmalarda da İstanbul’dakilere benzer aktivitelerden bahsedilmemiştir [109, 111, 113, 114, 118, 121]. Bu durumun ilgili çalışmada aktivitelerin ayrıntılı sorgulanmamış olmasından, iller arası farklılıklardan ya da çalışmanın geçmiş tarihli olmasından kaynaklı olabileceği tahmin edilmektedir. Çünkü İstanbul’da, AÇSH’ye bağlı huzurevinde, 2008 yılında yapılan ve kişilerin aktivitelerini açık uçlu olarak sorgulayan bir çalışmada da huzurevi tarafından gerçekleştirilen benzer aktivitelerden bahsedilmektedir [131].

5.1.1.2. Huzurevinde kalma nedenleri

İzmir’de, belediyeye bağlı bir huzurevinde yapılan 100 kişilik çalışmada huzurevinde kalma nedeni olarak en çok belirtilenler gelecekte bakım ihtiyacı olacağını düşünmek, yalnızlık, kimseye yük olmak istememek, ekonomik yetersizlikler, güvenlik ihtiyacı ve aile içi sorunlar olmuştur [104]. Bizim çalışmamızda da benzer nedenler belirtilmiştir. Ancak ilgili çalışmada şıkların yaşlılar için hatırlatıcı olarak kullanılmasının cevapların yoğunluğunun araştırmamızla farklı olmasına yol açtığını düşündürmektedir. Hatırlatıcı kullanılmasına ve ilgili huzurevine kabul şartlarının AÇSH’ye bağlı huzurevleriyle benzer olmasına rağmen [132] sağlık

durumunu neden olarak gösteren kişi sayısının az olması ise dikkat çekicidir. Halbuki çalışmamızda neden olarak en çok gösterilenler arasında kişilerin hastalıkları nedeniyle iş yapamaz, kendilerine bakamaz hale gelmeleri vardır.

Huzurevinde kalma nedeni açık uçlu olarak sorulmayan başka çalışmalarda da neden olarak yalnızlık, başkasına yük olmama, ekonomik nedenler, ileride bakıma ihtiyacı olacağı düşüncesi yer almakta iken sağlık etkeni neden olarak az bulunmakta ya da bulunmamaktadır [102, 104, 113, 124]. Bu durumun soruların yanıtlanması sırasında şıklara bağlı kalınmasından kaynaklı olma ihtimali vardır. Zira nedeni açık uçlu olarak sorulan çalışmamızda ve nitel bir araştırmada sağlık nedeniyle mecburen huzurevine gelişten sıkça bahsedilmektedir. Aynı çalışmada çoğu kişi başkası tarafından buraya yerleştirildiklerini ve imkanları olsa huzurevinde kalmaya devam etmeyeceklerini de belirtmiştir. Bunun yanında çalışmamızdaki gibi eşine bakmadığı için buraya geldiğini belirtenler de vardır [117]. Bahsi geçen nedenlerin çoğunun temelinde çekirdek aile yapısına yönelimden kaynaklı kendine yetememe ve yalnızlık kaygısının olduğu görülmektedir.

Araştırmaların çoğunda görülmüştür ki kişileri huzurevine getiren genelde herhangi bir nedenden kaynaklı mecburiyet hissidir. Hizmetlerden memnun olsalar bile özgürlüklerini kısıtlayan, kuralları olan kurumsal bir yerde kalmak çoğunun ilk tercihi değildir, koşullar böyle gerektirmiştir. Yine de çoğu için iyi ki huzurevleri vardır, onlara kapı olmuştur [104, 106, 117, 131, 133-135].

5.1.1.3. Huzurevi ile ilgili düşünceler

Huzurevinde kalan kişiler literatürde olduğu gibi çalışmamızda da genelde kaldıkları yerden memnun olduklarını belirtmiştir [102, 104, 111, 117]. Çalışmamızda huzurevinin yemekleri, bakımı, maddi kolaylıkları ile ilgili yorum yapan genelde erkekler; çalışanları, ortamı ve düzeni ile ilgili yorum yapanlar ise kadınlar olmuştur. Benzer ifadeler nitel bir çalışmada da rastlanmış, huzurevini kadınların düzen, ortam, huzur gibi daha manevi yönleriyle tanımlarken erkeklerin yemek, bakım gibi huzurevinin daha işlevsel olanaklarından bahsettikleri belirtilmiştir [117].

Kişilerin en sık şikâyet ettikleri konular kurumdaki diğer kişilerin davranışları ya da tek kişilik oda sayısının az olması olmuştur. Diğer kişilerden kaynaklı rahatsızlık nedeniyle ya da dedikodu olur çekincesiyle etrafla iletişimini olabildiğince azaltan,

oda arkadaşıyla olan sıkıntılar nedeniyle huzuru, uyku düzeni bozulan yaşlılar dahi bulunmaktadır. Bununla birlikte yaşlılarıyla birlikte olmaktan mutlu olan kişiler de mevcuttur. Benzer durumlara literatürde de rastlanmıştır, bazılarında kişiler bu şikayetlerinin nedenini bir yaştan sonra ortama uyum sağlamanın, huy değiştirmenin zorluğuna yormuştur. Bazı çalışmalarda huzurevinde kalmasının yakınlarının/kendisinin koşullarından kaynaklandığını ve başka seçeneği olmadığını düşünen kişilerin huzurevi koşullarına adaptasyon süreçlerinin daha hızlı olduğu da görülmüştür [104, 117, 119].

Yurtdışındaki çalışmalarda ise durum biraz daha farklıdır. Huzurevindeki kişiler çocukları ya da yakınlarıyla pek görüşmediklerinden bahsetmiş ve kurumu terk edildikleri yer gibi hissettiklerini dile getirmişlerdir. Bunun dışında Türkiye'ye benzer şekilde kurumdaki diğer kişiler sık şikâyet edilenler konularından olmuştur [136-138].

Çalışmamızda olduğu gibi literatürde de huzurevinde kalan kişiler kuruma gelmeden önce huzurevi ile ilgili genelde negatif düşüncelere sahiptir [104, 117]. Huzurevinde kalmayan kişilerden ise özellikle yaşı ileri olanlar, maddi gücüne güvenenler ve geleneksel aile yapısının daha yaygın olduğu doğu bölgelerde yaşayanlar bu negatif duygularını daha sert ve net bir dille ifade etmişler, evlatları suçlamışlardır [4, 134] . İfadeleri henüz huzurevini deneyimlememelerinden kaynaklı sert olabileceği düşünülmektedir, zira kişiler kurumlarda kalmaya başladıktan sonra fikirlerinin değiştiğini belirtmiştir. Bununla birlikte bu net bakış açılarından dolayı huzurevinde kalmıyor olma ihtimalleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Kültürümüzün huzurevine bakış açısının da kişilerin tepkilerini etkilemiş olması muhtemeldir [123].

TÜİK yaşlıların yaklaşık %80'inin ileride huzurevine gitmeyi düşünmediklerini açıklamıştır [139]. Nitekim sadece yaşlılar değil, Nevşehir'de henüz yaşlılıkları hakkında daha rahat düşünmeleri beklenen 775 gençle (90'lı yıllarda doğan) yapılan çalışmada da geçlerin yaklaşık %80'i ileride huzurevinde kalmak istemediğini söylemiştir [140]. Lise çağındaki gençler ise her ne kadar huzurevlerinde bakımın daha profesyonel ve kurumların yaşlılar için bir sosyalleşme ortamı olduğunu düşünseler de ileride ebeveynlerini huzurevine göndermeyi düşünmediklerini, kendilerinin de huzurevinde kalmak istemeyeceklerini ifade etmişlerdir [141].

5.1.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Beslenme alt grubu hariç SYBD-II'nin diğer gruplarının Cronbach alfa kat sayısı ile ölçülen güvenilebilirlikleri iyi bulunmuştur (Tablo 4.8). Beslenme grubunda ise güvenilirliği azaltan ifadeler çıkarılsa bile Cronbach alfa 0,520'nin üzerine çıkmamıştır. Bu durumun ölçekte geçen porsiyon ifadesinin tekabül ettiği miktarın net belirtilmemiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sorulara verilen yanıtların tek görüşmeci tarafından değerlendirilmesinin bu belirsizliği azalttığı ancak bunun da yeterli olmadığı tahmin edilmektedir.

Katılımcıların SYBD-II'nin alt grubu olan 6 faktörden psikolojik sonuçları daha yoğun olanlar olarak gruplandırabileceğimiz manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi; sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktiviteye göre daha iyi durumdadır. Beslenme ise çoğu zaman huzurevinde çıkan yemeklerle yapıldığı için kişilerin tercihlerine bağlılığı azalmıştır. Bu nedenle ortalamada kalan bir davranış biçimi olduğu tahmin edilmektedir (Tablo 4.8). Bu durumun çalışmamızda görüldüğü gibi kişilerin beslenme durumlarının demografik, sosyal ya da ekonomik faktörlerden daha az etkilenmesine de neden olduğu tahmin edilmektedir. Zira kurum dışında gerçekleştirilen çalışmalarda beslenmenin özellikle eğitim ve gelir durumundan etkilendiği görülmektedir [142-144].

Çalışmamızda cinsiyetten kaynaklı farklılık sadece sağlık sorumluluğu kategorisinde bulunmuştur. Buna göre kadınlarda erkeklere göre sağlık sorumluluğu daha yüksektir (Tablo 4.11). Yaşlılarda yurt dışı ya da yurt içinde yapılan çalışmalarda cinsiyetten kaynaklı farklılıktan SYBD-II'nin diğer kategoriler için de bahsedilmektedir. Kimi çalışmada kadınların kimi çalışmada erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [88, 143, 145, 146]. Türkiye'de yapılan tezlerin dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında toplam SYBD puanının genelde kadınlarda yüksek olmakla birlikte bu durumun tesadüfi olduğunu gösterilmiştir [147]. Benzer şekilde Afrikan Amerikalılarda yapılan bir çalışmada da sağlıklı yaşam davranışlarındaki cinsiyet kaynaklı oluşan farkın gelir, eğitim ve medeni duruma göre kontrol edildiğinde ortadan kalktığı görülmüştür [144].

Çalışmamızda sağlıklı davranışlarda yaştan kaynaklı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.12). Yaşlı bireylerde yapılan başka çalışmalarda da genelde davranışlar arasında yaşla değişen bir farklılığa rastlanmamıştır [142, 145, 148-151].

Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde daha genç yaştaki kişilerle yaşlı bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminin daha yaşlı kişilerde daha iyi olduğu görülmüştür. Fiziksel aktivitede ise tersi bir durum söz konusudur [152].

Literatürde sağlıklı davranışlar üzerine pozitif etkisinden en çok bahsedilen faktör yüksek eğitim seviyesi olmuştur. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin toplam SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur. Alt gruplardan beslenme ve fiziksel aktivitenin, çalışmaların çoğunda eğitim seviyesiyle birlikte iyileştiği gösterilmiştir. Eğitimle iyileşen bu alt grupları sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler takip etmektedir [142-145, 150, 153, 154]. Benzer şekilde çalışmamızda da özellikle manevi gelişim alt grubunda olmak üzere, toplam SYBD puanının eğitim seviyesi arttıkça arttığı görülmüştür (Tablo 4.12). Çalışmamızdaki beslenme ve fiziksel aktivitedeki benzerliğin ise huzurevi şartlarından kaynaklı olduğu düşünülmekle birlikte, huzurevlerinde bu iki faktörün eğitim seviyesiyle farklılık gösterdiği bulunan çalışmalar da mevcuttur [88, 148, 151].

Literatürde sağlıklı davranışlar üzerine pozitif etkisinden sık bahsedilen bir diğer faktör ise yüksek gelir seviyesi olmuştur. Toplam SYBD puanıyla birlikte, alt gruplardan özellikle beslenme ve fiziksel aktivite üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir [142-144, 150, 154]. Çalışmamızda gelir durumunun sağlıklı davranışlara etkisiyle ilgili istatistiksel anlamlı bir bulgu olmamakla birlikte, gelir seviyesi daha fazla olanların daha yüksek puanlara sahip olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.11). Ancak katılımcılarımızın gelir seviyeleri benzer olduğu için bu konuda doğru yorum yapmak pek mümkün değildir (Tablo 4.1). Huzurevi dışında 65 yaş üzeri kişilerle Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise gelir seviyesi daha yüksek kişilerin daha sağlıklı bir yaşam tarzına sahip oldukları görülmüştür [145, 153, 155].

Çalışmamızda eşi vefat eden kişilerin, eşinden boşanan kişilere göre sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). Literatürde ise karşılaştırmalar genelde evli olanlar ve olmayanlar arasında yapılmış ve genelde sağlıklı yaşam davranışları açısından benzer bulunmuşlardır [88, 148, 151, 153]. Yapılan bir meta analizde de medeni durum kaynaklı farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya konmuştur [147].

Çalışmamızda çocuğu olanların, olmayanlara göre fiziksel olarak daha aktif olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). Literatürde benzer bir duruma rastlamak bir yana çok farklı sonuçlarla karşılaşmıştır [143, 146, 153]. Üstelik yapılan bir meta analizde çocuğu olanların SYBD puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak bu meta analize dahil edilen çalışmalarda yaşlı popülasyonda yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu, çoğunluğun henüz bakım gerektiren yaşta çocuğu olan grupları içerdiği görülmüştür [147].

Kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu, olmayanların ise fiziksel aktivitesi araştırmamızda daha iyi bulunmuştur (Tablo 4.13). Sağlık sorumluluğunun kronik hastalık olma durumuna göre farklılık gösterdiği huzurevinde yapılan bir başka çalışmada daha gösterilmiştir [151]. Ancak toplam SYBD puanı kronik hastalığı olan yaşlılarda genelde daha düşük bulunmuştur [145, 153].

Çalışmamızda sigara kullanımının sağlıklı yaşam davranışları üzerine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.13). Ancak literatürde sigarayı bırakmış olan kişilerin daha yüksek SYBD puanlarına sahip olduğu görülmüştür [146, 148].

Huzurevinde kalan ve kalmayan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda ise huzurevinde kalan kişilerde genelde daha kötü sağlıklı yaşam davranışlarına rastlanmıştır [156, 157].

5.1.3. Sağlık profilleri

Sosyal izolasyon alt grubu hariç NSP'nin diğer alt gruplarının Cronbach alfa kat sayısı ile ölçülen güvenilebilirlikleri iyi bulunmuştur (Tablo 4.14). 5 maddeden oluşan sosyal izolasyon alt grubundan "*insanlara yük olduğumu düşünüyorum*" ve "*kendimi yalnız hissediyorum*" ifadelerinin çıkarılması üzerine Cronbach alfa değerinin yükseldiği görülmüştür. Bu ifadelerin huzurevinde kalıyor olmaktan kaynaklı olarak kişiler arasında benzerlik gösterdiği, bu nedenle ölçeğin diğer maddeleri ile korelasyonlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Zira tüm maddelerin ortalama değerlerine bakıldığında diğer 3 maddenin ortalamaları birbirine benzer iken (2,26, 2,52 ve 2,93), "*insanlara yük olduğumu düşünüyorum*" ifadesininki 10,51, "*kendimi yalnız hissediyorum*" ifadesininki ise 0,55 olmak üzere iki uçta bulunmuştur.

Araştırmamızda NSP alt boyutlarından tüm katılımcılar arasında en iyi ağrı ve enerji, en kötü uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite bulunmuştur (Tablo 4.14). Halbuki yaşlılarda yapılan çalışmalarda genelde en kötü sonuç veren alt boyutun enerji olduğu, en iyinin ise genelde sosyal izolasyon olduğu görülmüştür [158-162]. Ancak bu çalışmaların hiçbiri huzurevinde yapılmamıştır ve çalışmamızdaki sosyal izolasyondaki düşüklüğün kişilerin kendi çevrelerinden uzakta bir kurumda kalıyor olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Enerjinin literatüre göre daha iyi sonuç vermesi ise çalışmaya katılan kişilerin seçiminden kaynaklı olabileceği tahmin edilmektedir. Çünkü kişiler ortak alanda bulunan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dolayısıyla muhtemelen daha dışa dönük kişilerdir.

Çalışmamızda NSP'nin tüm alt boyutları ve genel sağlık durumu kadınlarda daha kötü olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlılık sadece fiziksel aktivitede görülmüştür (Tablo 4.17). Yaşlılarda yapılan çalışmalarda NSP ile ölçülen sağlık profillerinde erkeklerin daha kötü sonuçlar aldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır [159, 160, 163-166].

Yaş ile ağrının arttığı, fiziksel aktivite ve enerjinin azaldığı görülmüştür (Tablo 4.18). Yaşlı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda da yaşın artışı ile genel sağlık profilinin kötüleştiği [160, 164, 166-168], bu kötüye gidişin çalışmamıza benzer şekilde özellikle fiziksel aktivite ve ağrı alt gruplarında gerçekleştiği görülmüştür [159, 162, 168-170].

SYBD-II'nin aksine eğitim ve gelir durumunun NSP üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür (Tablo 4.17). Ancak eğitim ile NSP'nin tüm grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bulunan korelasyonları negatif yönlüdür (Tablo 4.18). Literatürde de benzer şekilde eğitimin NSP üzerinde ya etkisinin bulunmadığı ya da sağlık profilini olumlu yönde etkilediği görülmüştür [159, 160, 162, 169-171].

Hayatının çoğunluğunu İstanbul'da geçirmeyenlerin, geçirenlere göre sosyal olarak daha izole olduğu görülmüştür (Tablo 4.17). Bu durumun İstanbul'a aşına olan kişilerin huzurevi dışındaki çevreye, şehre daha adapte olmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Kişilerin, özellikle de yaşlıların, bildikleri çevrelerde daha mutlu ve kendilerine güvenli oldukları bilinen bir durumdur [3]. Huzurevinde kalan ve kalmayan yaşlıların karşılaştırıldığı çalışmalarda da kendi evlerinde kalan kişilerin sağlık profilleri daha iyi bulunmuştur [163, 172, 173].

Türkiye'deki yaşlı popülasyonda medeni durumun sağlık profiline etkisi çalışmamızda da (Tablo 4.17), literatürde de gösterilememiştir [159, 162]. Ancak İspanya'da yaklaşık 4 bin kişi ile yapılan bir çalışmada boşanmış kişilerdeki sağlık profiline daha kötü olduğu bulunmuştur [164].

Kronik hastalık sayısı ile sağlık profilleri arasında bir bağıntı bulunamamış (Tablo 4.18), ancak hastalık varlığının özellikle ağrıyı ve fiziksel aktiviteyi kötüleştirdiği görülmüştür (Tablo 4.19). Literatürde de benzer şekilde hastalık durumunun yaşlılıkta genel sağlık profiline kötü etkisi olduğu bildirilmiştir [160, 162, 166, 174].

Hiç sigara içmemiş kişilerin ağrı, fiziksel aktivite ve enerjileri daha kötü bulunmuştur (Tablo 4.19). Özellikle fiziksel aktivite ve enerji alt gruplarındaki bu durumun sigaranın sosyalleşme aracı olarak kullanılmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sigara kullanan kişiler sağlıklarına dikkat etmedikleri gibi ağrılarını da göz ardı ediyor ya da defansif olarak yanlış beyanda bulunuyor olabilirler.

Destek kullanım sıklığı arttıkça ağrı ve fiziksel aktivite alt gruplarının kötü etkilendiği görülmüştür (Tablo 4.19). Kişilerin ağrıları kötü olduğu için destek kullanıyor olmaları tahmin edilebilir. Bununla birlikte destek kullanımından kaynaklı fiziksel aktivitede azalma da beklenen bir durumdur. Duygusal reaksiyonlar ve enerji alt gruplarındaki farklılık ise sadece sürekli destek kullananlar ile hiç destek kullanmayanlar arasında görülmüştür. Bunun yürürken sürekli destek kullanan kişilerin kendilerini yaşlılarından daha yaşlı hissetmeleri ya da kendi kendilerine yetememe duygusu gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir [175]. Genel sağlık profiline benzer şekilde Samsun'da hastaneye başvuran 150 yaşlıda da destek kullanımıyla kötüleştiği görülmüştür [160].

5.2. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Kesitsel araştırmalar hipotez test etmek amaçlı olmayıp, mevcut durumu tespit edip belirli bir zaman dilimindeki neden-sonuç ilişkisi ile ilgili fikir edinmeye yaramaktadırlar. Uygun örneklem seçimi kullanıldığında sonuçlar evrene genellenebilmektedir [176].

Çalışmamızda 3 huzurevlerinden izin alınamaması ve 1 huzurevinin deprem nedeniyle hizmetine ara vermesi sonucu tüm evrenden örneklem seçilememiştir.

Ulaşılabilen 5 huzurevinden de yaşlı odalarına girmenin yasak olması, görüşmelerin yaşlı ile özel bir odada yapılmasının bazı durumlarda uygun olmaması, listeden seçilen isimleri tanımak için araştırmacının yanına her zaman personel verilememesi ve her yaşlının dosyasında fotoğrafının olmaması gibi nedenlerle rasgele seçim yapılamamış, ortak alanda bulunan kişilerle görüşülebilmıştır. Bu da ortak alana çıkmayıp daha çok odasında vakit geçiren ya da huzurevi dışında olan yaşlıların çalışmaya katılma ihtimalini düşürmüştür. Sonuç olarak kişilerin çalışmaya katılma ihtimalleri birbirinden farklıdır ve ihtimallerin ne olduğu bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmanın İstanbul'daki huzurevlerini temsiliyeti bulunmamaktadır.

Geçmiş, ailesi vs. ile sorunu olan kişiler ilgili soruları cevaplamaktan kaçınabilmiştir. Ayrıca görüşmeler sırasında bazı kişilerin sorulara verdikleri cevapların, şimdiki zaman yerine gençliklerinde ya da daha sağlıklıyken yaptıkları şeyler üzerinden olduğu fark edilmiştir. Bu kişilerin şimdiki zaman için geçerli yanıtları sorgulanmıştır. Bu gibi nedenlere ek olarak yanıtların beyana dayalı olması cevapların doğruluğundan emin olmayı zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte araştırmacının tek kişi olması beyana dayalı biası azaltmış, ölçeklerde benzer cevaplar için benzer puanların verilmesini sağlamıştır [177].

Çalışmamızda açık uçlu sorulara verilen yanıtlar temalandırılmış, cevapları etkileyebileceği düşünülen bazı demografik bilgilerle temalar karşılaştırılmıştır. Her katılımcıya temalar tek tek sorulmamış, kişiler ilk akıllarına gelenleri söylemiş, araştırmacı tarafından yönlendirilmemiştir. Bu durumda aslında yaptıkları ama görüşme sırasında unuttukları aktiviteler, şikayetler, memnuniyetler vb. olabilmesi kaçınılmazdır. Nitekim yanıtların literatürde daha yüksek frekansa sahip olmasının nedeninin bu olması da muhtemeldir [104, 117]. Dolayısıyla katılımcıların söylemedikleri şeyleri aslında yapmıyorlar gibi nitelendirmek yanlış olacaktır.

BOH'ların önlenmesinde sağlıklı yaşam davranışlarının etkisi oldukça büyüktür. Ancak bu sağlıklı alışkanlıkların doğumdan itibaren hayatımızda olması, yaşamın sadece bir bölümüyle sınırlı kalmaması sıkça vurgulanan bir gerçektir [29]. Hafıza faktörü nedeniyle çalışmamızda kişilerin geçmiş alışkanlıkları ile ilgili bilgiler toplanamamıştır. Bu nedenle geçmişlerinin şu anki alışkanlıklarına ve sağlık durumlarına ne derece etki ettiği bilinmemektedir. Literatürde yaşlılar üzerinde

yapılan çalışmalardaki farklılıkların da geçmişlerinin belirsizliğinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Çalışmada Karşılaşılan Zorluklar

İstanbul İl AÇSH Müdürlüğü'ne 31.07.2019'da huzurevlerinden veri toplama izni için gerekli yazılar gönderilmiştir. İzin süreci evraklarda istenilen değişikliklerle birlikte 11.11.2019'da sonlanmıştır.

Görüşmelerin kayıt altına alınmasının yasak olması, açık uçlu cevapların tam olarak kişinin ağzından çıktığı gibi sunulmasını zorlaştırmış, mümkün olduğunca ifadeler değiştirilmeden aktarılmaya çalışılmıştır.

Yaşlılardan istenilen cevapları almak oldukça güç olmuştur. Bir kısmı görüşmeyi istedikleri anılarını anlatmaya doğru yönlendirmeye çalışılmıştır. Bu nedenle bazı kişilerle 1 saati geçen görüşmeler yapılmak zorunda kalınmıştır. Bunun dışında ziyaretçilerin gelmesi, yemek saatinin yaklaşması gibi nedenle görüşmeleri yarıda bırakıp sonra devam edenler ya da aceleye getirenler de olmuştur.

5.4. Sonuç

Huzurevlerinde kalmak görüldüğü üzere kişilerin ilk tercihleri değildir. Koşullarından memnun olsalar dahi kendilerinde oluşturduğu hissiyat her zaman pozitif değildir. Buna rağmen kullanılan ölçeklerde kişileri duygusal yönden değerlendiren alt grupların puanları, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, uyku gibi alışkanlıkları değerlendiren alt gruplardan daha iyi bulunmuştur. Sigara içimi ise kişilerin %30'unda hala devam etmektedir. Anlaşıldığı gibi huzurevi yaşlılarımızda sağlıklı alışkanlıklar yönünden durum pek iç açıcı değildir.

Alışkanlıkları değiştirmek oldukça zor olduğu ve sonuçları yıllar sonra ortaya çıktığı için kronik hastalıkların önlenmesi yılmadan uğraşmayı gerektirmektedir. Alışkanlıkları değiştirmeye yönelik müdahalelerde ise kişilere yaşadıkları yerlerde ulaşmak, kurumlarda ulaşmaktan daha zordur. Bu açıdan huzurevleri avantajlı yerlerdir.

Kurumlarda sağlık hizmetlerinden özellikle koruyucu hizmetlerin kuvvetlendirilmesi ve hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması, bunun yanında sağlık danışmanlığı ve sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin verilmesi öncelikli müdahaleler

olarak gerçekleştirilebilir. Aktiviteyi arttıran etkinliklerin düzenlenmesi ve bunun için kültürümüze uygun ortamların oluşturulması, bahçe düzenlemelerinin yaşlıların yürümelerini kolaylaştıracak ve düşmelerini engelleyecek Şekilde yapılması da kişilerin hareketliliğini arttırmalarına destek olmak açısından önemli adımlar olacaktır. Ancak bu gibi müdahalelerin yaşlılar tarafından nasıl karşılanacağı ve koşulların uygunluğu da öncesinde belirlenmesi gereken kriterlerdir.



6. KAYNAKLAR

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study (GBD) 2017*. 2017, University of Washington: Seattle, WA.
2. TÜİK, *Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2019*.
3. World Health Organization, *World Report on Aging and Health*. 2015: Geneva.
4. Şenol, D. and S. Erdem, *Yaşlılık ve yaşlı kadınlarda huzurevi algısı: Nitel bir çalışma*. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2017. **7**(2): p. 31-50.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020*. 2015: Ankara.
6. Green, L.W., R.A. Hiatt, and K.S. Hoelt, *Behavioural determinants of health and disease*, in *Oxford Textbook of Global Health*, R. Detels, et al., Editors. 2015, Oxford University Press: New York, USA. p. 218-233.
7. Byles, J.E. and M.A. Tavener, *Health of older people*, in *Oxford Textbook of Global Health*, R. Detels, et al., Editors. 2015, Oxford University Press: New York, USA. p. 1408-1424.
8. Taylor, P., et al., *Growing Old in America: Expectations vs. Reality*. 2009, Pew Research Center: Washington, NY.
9. Sucu, N., *Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevi ile ilgili algıları, deneyimleri ve yaşam beklentileri: Niğde örneği*. Milli Kültür Araştırma Dergisi, 2018. **2**(2): p. 127-150.
10. Grigoryeva, I., et al., *Elderly Population in Modern Russia: Between work, education and health*. 2019, Cham, Switzerland: Springer.
11. Jin, K., *Modern Biological Theories of Aging*. Aging and Disease, 2010. **1**(2): p. 72-74.
12. Kalache, A. and I. Kieckbusch, *A global strategy for healthy ageing* World Health, 1997. **4**.
13. Kyu, H.H., et al., *Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet, 2018. **392**(10159): p. 1859-1922.
14. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, *World Population Prospects 2019*. 2019.
15. Hacettepe Üniversitesi and Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler 1968-2008*.
16. United Nations Department of Economic and Social Affairs, *World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World*. 2007: New York.
17. Grant, J., et al., *Population Implosion? Low Fertility and Policy Responses in the European Union*. RAND Corporation, 2005.
18. TÜİK, *İstatistiklerle Yaşlılar, 2019*, in *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. 2020.
19. T.C. Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*. 2013: Ankara.

20. Özdemir, A., *Doğum Kontrol Teşviklerinden En Az Üç Çocuğa: Tarihsel Süreçte Türkiye’de Antinatalist ve Pronatalist Politikaların Seyri*. Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi, 2017. **3**(3): p. 65-75.
21. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*. 2019: Ankara.
22. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *About Global Burden of Disease (GBD), Frequently asked questions*. 22.03.2020]; Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/faq>.
23. Paksoy Erbaydar, N., *Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış*. Toplum Hekimliği Bülteni, 2009. **28**(1): p. 20-25.
24. Salomon, J.A., et al., *Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study*. The Lancet, 2015. **3**(11): p. 712-723.
25. World Health Organization. *Frequently asked questions*. [cited 3.4.2020; Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>].
26. Souare, G.E. and L.S. Lyold, *The History and Demography of Aging in the United States*, in *Encyclopedia of Aging and Public Health*, S. Loue and M. Sajatovic, Editors. 2008, Springer. p. 11-22.
27. United Nations, *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002*. 2002: New York.
28. World Health Organization. *10 facts on ageing and health*. 2017 [cited 09.04.2020; Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>].
29. World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*. 2002.
30. United Nations Economic Commission for Europe, *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. 2019: Geneva.
31. United Nations Economic Commission for Europe/ European Commission, *Active Ageing Index 2014 Analytical Report*. 2015.
32. Karakuş, B., *Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu*. 2018, Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, .
33. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision*. 2018.
34. World Health Organization US National Institute of Aging, *Global Health and Aging*. 2011: Geneva.
35. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, *Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset*. 2017, United Nations: NY.
36. T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*. 2020.
37. United Nations, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. 2002: NY.
38. Centers for Disease Control and Prevention. *Healthy Places Terminology*. 15.10.2009 [cited 31.03.2020; Available from: <https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm>].
39. TÜİK, *Sosyal koruma kapsamında yardım ve maaş alan kişi sayısı, 2008-2018*.
40. Omran, A.R., *The Epidemiologic Transition Theory. A Preliminary Update*. Journal of Tropical Pediatrics, 1983. **29**.

41. Omran, A.R., *The epidemiologic transition theory revisited thirty years later*. World Health Stat Q, 1998. **51**: p. 99-119.
42. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. 2018 [cited 09.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>].
43. Martinez, R., et al., *Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality*. International Journal of Epidemiology, 2019. **48**(4): p. 1367–137.
44. World Health Organization, *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. 2014: Geneva.
45. Detels, R. and C.C. Tan, *The scope and concerns of public health*, in *Oxford Textbook of Global Health*, R. Detels, et al., Editors. 2015, Oxford University Press: New York, USA. p. 3-18.
46. Kontis, V., et al., *Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study*. The Lancet, 2014. **384**(9941): p. 427-437.
47. World Health Organization. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)*. [cited 19.04.2020; Available from: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>].
48. World Health Organization. *STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS)*. [cited 19.04.2020; Available from: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/en/>].
49. World Health Organization, *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*. 2018: Geneva.
50. World Health Organization, *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. 2013: Geneva.
51. World Health Organization. *Tobacco*. 2019 [cited 19.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>].
52. World Health Organization, *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. 2012: Geneva.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. 2014: Ankara.
54. World Health Organization. *Turkey marks progress in fight against noncommunicable diseases*. 2012 [cited 19.04.2020; Available from: https://www.who.int/features/2012/ncd_turkey/en/].
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Global Adult Tobacco Survey: Turkey 2016*. 2016.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023*. 2018.
57. World Health Organization. *E-cigarettes are harmful to health*. 2020 [cited 19.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/05-02-2020-e-cigarettes-are-harmful-to-health>].
58. World Health Organization. *Physical activity*. 2018 [cited 20.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>].
59. Guthold, R., et al., *Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants*. The Lancet Global Health, 2018. **6**(10): p. 1077-1086.

60. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS)*, Ü. S, B. M, and E. T, Editors. 2018: Ankara.
61. World Health Organization, *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. 2010: Geneva.
62. Lee, I.M., et al., *Annual deaths attributable to physical inactivity: whither the missing 2 million?* The Lancet, 2013. **381**(9871): p. 992-993.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017)*. 2013: Ankara.
64. World Health Organization. *Nutrition*. [cited 24.04.2020; Available from: <https://www.who.int/health-topics/nutrition>].
65. World Health Organization. *Healthy diet*. Available from: https://www.who.int/health-topics/healthy-diet#tab=tab_2.
66. World Health Organization. *Malnutrition*. 2018 [cited 24.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>].
67. World Health Organization. *Healthy diet*. 2018; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
68. World Health Organization. *Obesity and overweight*. 2020 [cited 24.04.2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
69. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı*. 2017 [cited 24.04.2020; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>].
70. Afshin, A., et al., *Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet, 2019. **393**(10184): p. 1958-1972.
71. World Health Organization. *Salt reduction*. 2016 [cited 24.04.2020; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>].
72. Erdem, Y., et al., *Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II*. Nutrients, 2017. **9**(933).
73. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)*. 2016: Ankara.
74. World Health Organization. *Promoting fruit and vegetable consumption around the world*. 25.04.2020]; Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/index1.html>.
75. American Heart Association. *Saturated fat*. [cited 25.04.2020; Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/fats/saturated-fats>].
76. World Health Organization. *Recommendations for preventing cardiovascular diseases*. [cited 25.04.2020; Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/5_population_nutrient/en/index12.html].
77. World Health Organization. *Recommendations for preventing diabetes*. [cited 25.04.2020; Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/5_population_nutrient/en/index8.html].
78. World Health Organization. *REPLACE trans fat*. Available from: <https://www.who.int/nutrition/topics/replace-transfat/>.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010*. 2014.
80. World Health Organization, *Guideline: sugars intake for adults and children*. 2015: Geneva.

81. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health 2018*. 2018: Geneva.
82. World Health Organization, *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. 2010: Geneva.
83. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. *Mustafa Necati Bey Öğretmen Huzurevi Kabul Koşulları*. [cited 18.06.2020; Available from: http://adilesultankasriogretmenevi.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/34/22/75034/2/icerikler/mustafa-necati-bey-ogretmen-huzurevi-kabul-kosullari_3017062.html].
84. Darülaceze Başkanlığı. *Kabul İşlemleri*. [cited 18.06.2020; Available from: <https://www.darulaceze.gov.tr/Kabulislemleri/Kabulislemleri>].
85. İstanbul Darülaceze Müdürlüğü. *Kurumsal Yapı*. [cited 18.06.2020; Available from: <https://saglik.ibb.istanbul/ibb-darulaceze/>].
86. *Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği*. 2001.
87. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Genel müdürlüğümüze bağlı huzurevleri*. 2019 [cited 31.07.2019; Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/>].
88. Kulakçı, H., et al., *Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012. **5**(2): p. 53-64.
89. TÜİK. *ISCO – 08 (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması)*. 2016; Available from: slideplayer.biz.tr/slide/8840244/.
90. Walker, S.N. and D.M. Hill-Polerecky, *Psychometric evaluation of the Health Promoting lifestyle profile 2*. 1996. 120-126.
91. Walker, S.N., K.R. Sechrist, and N.J. Pender, *The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics*. Nurs Res, 1987. **36**(2): p. 76-81.
92. Bahar, Z., et al., *Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008. **12**(1): p. 1-12.
93. Hunt, S.M., J. Mceven, and S.P. McKenna, *Measuring Health Status: A New Tool for Clinicians and Epidemiologists*. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1985: p. 185-188.
94. Kucukdeveci, A.A., et al., *The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile*. Int J Rehabil Res, 2000. **23**(1): p. 31-8.
95. Güngör, M. and Y. Bulut, *Ki-kare testi üzerine*. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 2008. **7**(1): p. 84-89.
96. Mehta, C.R. and N.R. Patel, *Exact tests*. 1996: SPSS Incorporated.
97. Kılıç, S., *Bağıntı Analizi Sonuçlarının Yorumlanması*. Journal of Mood Disorders, 2012. **2**(4): p. 191-193.
98. Kojima, G., *Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. Journal of Geriatric Physical Therapy, 2018. **41**(1): p. 42-48.
99. Shen, Y., et al., *Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia in Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-analysis*. J Am Med Dir Assoc, 2019. **20**(1): p. 5-13.

100. Tarakçı Eren, E., T. Düzenli, and M. Var, *Huzurevi sakinlerinin huzurevi bahçelerinden duydukları çevresel memnuniyet düzeyleri; Doğu Karadeniz Bölgesi örneği*. Bartın Orman Fakültesi Dergisi, 2019. **21**(2): p. 305-326.
101. Çekal, N., *Huzurevlerinde kalan yaşlıların beslenme servisi örgütünden memnuniyet durumları*. Aile ve Toplum, 2006. **3**(10): p. 43-53.
102. Artan, T. and H.S. Irmak, *Huzurevindeki yaşlıların huzurevinde yaşlanmaya ilişkin bakış açılarının değerlendirilmesi: İstanbul Bahçelievler, Zeytinburnu ve Sultangazi Huzurevi örneği*. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2018. **29**(2): p. 51-70.
103. TÜİK, *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları*. 2019.
104. Işık, C., *Huzurevi ve yaşlılık: İzmir Büyükşehir Belediyesi Zübeyde Hanım Huzurevi örneğinde*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2002, Ege Üniversitesi: İzmir.
105. Midilli Sarı, R. and A. Sağsöz, *Sürdürülebilir kent yaşamı bağlamında huzurevi konumu ve kullanıcı tercihleri*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2011. **1**(2): p. 1-14.
106. Ögüt, S., K. Ögüt Düzen, and M. Polat, *Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yerinde yaşlanma konusundaki duygu ve düşünceleri*. Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017. **4**(1): p. 522-526.
107. Kaba, Y., *Huzurevinde yaşayan bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Malatya örneği)*, in *Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı*. 2019, İnönü Üniversitesi: Malatya.
108. TÜİK, *Ulusal eğitim istatistikleri veri tabanı*. 2019.
109. Karakuş, A., H. Süzek, and M.E. Atay, *Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi*. SBE Dergisi Güz, 2003. **11**: p. 39-51.
110. Büker, N., et al., *Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2010. **1**: p. 44-53.
111. Altay, B., T. Aydın, and B. Kefeli, *Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi*. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2011. **10**(2): p. 23-33.
112. Erdoğan, Z., et al., *Use of complementary and alternative medicine methods among elderly people living in nursing homes*. Kafkas J Med Sci, 2017. **7**(1): p. 60-66.
113. Yılmaz, E., *Huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi ve demografik değişkenlerle ilişkisi*. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2017. **1**(8): p. 18-42.
114. Karagözoğlu, Ş., et al., *The self esteem, autonomy level of the elderly staying in the rest homes and the relation between two variables*. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2013. **35**: p. 152-165.
115. Kaçan Softa, H., et al., *Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2015. **1**: p. 12-21.
116. Aydın Yıldırım, T. and B. Altay, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin özbakım gücü ve yaşam doyumuna etkisi*. Gümüçhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016. **5**(2): p. 16-24.
117. Yaman, Y., *Modernleşme sürecinde yaşlı bakımı ve maneviyat: İstanbul Ünal Özel Huzurevi örneği*, in *Din Sosyolojisi Bilim Dalı*. 2020, Marmara Üniversitesi: İstanbul.
118. Ercan Şahin, N. and O.N. Emiroğlu, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014. **1**: p. 57-66.

119. Uğurlu, N., M. Bolat, and S. Erdem, *Yaşlılarda Özbakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010. **1**(2): p. 56-62.
120. Sarı, C., L. Adıgüzel, and B.C. Demirbağ, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların ağız sağlığı ve ağız bakım alışkanlıklarının değerlendirilmesi*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted), 2019. **29**(1): p. 15-23.
121. Bahar, A., H. Tutkun, and G. Sertbaş, *Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. **6**: p. 227-239.
122. Arpacı, F., Ş. Tokyürek, and N. Bilgili, *Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2015. **1**: p. 1-11.
123. Çakmakçıoğlu, G., *Yaşlıların bakım kurumlarına yerleştirilmesinde toplumun tutum ve algılarının araştırılması: Eskişehir örneği*, in *Sosyal Hizmet Ana bilim Dalı*. 2013, Yalova Üniversitesi.
124. Artan, T., *Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda aile içi istismar*. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2013. **24**(2): p. 109-122.
125. İlhan, N., et al., *Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Clin Exp Health Sci, 2016. **6**(2): p. 56-65.
126. Kırağ, N. and A. Bayık Temel, *Yaşlı bireylerde kuru göz semptomu sıklığı ve ilişkili faktörler*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016. **19**(4): p. 243-251.
127. Kuru, P., et al., *Determination of attitudes and behaviours in relation to active aging in individuals aged over 60 who are living in nursing homes*. Marmara Medical Journal, 2014. **27**: p. 144-148.
128. Kazoğlu, M., *Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi, ağrı, yorgunluk ve fiziksel uygunluk düzeylerinin karşılaştırılması*, in *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*. 2019, Başkent Üniversitesi: Ankara.
129. Aydoğan Direk, D., *Huzurevinde kalan ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumlarının incelenmesi*, in *Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı*. 2019, Ankara Üniversitesi: Ankara.
130. Mumcu Boğa, N., A. Özdelikara, and S. Ağaçdiken, *Huzurevindeki yaşlı hastalarda düşme davranışlarının belirlenmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. **4**(3): p. 360-371.
131. Sökmen, D., *Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevindeki yaşamlarına ilişkin algıları*, in *Halk Eğitimi Bilim Dalı*. 2008, Marmara Üniversitesi: İstanbul.
132. İzmir Büyükşehir Belediyesi. *Zübeyde Hanım Huzurevi*,. [cited 18.06.2020; Available from: <https://www.izmir.bel.tr/tr/ZubeydeHanimHuzurevi/62/114>].
133. Ardahan, M., *Yaşlılık ve huzurevi*. Aile ve Toplum, 2010. **5**(20): p. 25-32.
134. Ebadi Asayesh, F., *Türkiye'nin doğusunda ve batısında huzurevlerinin kıyaslanması*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2013, Atatürk Üniversitesi: Erzurum.
135. Öztop, H., A. Şener, and S. Güven, *Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri* Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008. **1**: p. 39-49.
136. Wilson, S.A., *The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions*. Journal of Advanced Nursing, 1997. **26**(5): p. 864-871.
137. Riedl, M., F. Mantovan, and C. Them, *Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity*. Nursing Research and Practice, 2013. **2013**: p. 932381.

138. Mohammadinia, N., M.A. Rezaei, and F. Atashzadeh-Shoorideh, *Elderly peoples' experiences of nursing homes in Bam city: A qualitative study*. Electron Physician, 2017. **9**(8): p. 5015-5023.
139. TÜİK, *İstatistiklerle Yaşlılar, 2016*. 2017.
140. Kurtkapan, H., *Y kuşağı gençlerin huzurevinde kalmayı tercih etme eğilimleri: Nevşehir örneği*. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2020. **15**(21): p. 535-554.
141. Yıldız, M., *Lise öğrencilerinde yaşlı ve huzurevi algısı: İstanbul örneği*, in *Sosyal Hizmet Anabilim DALı*. 2018, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi: İstanbul.
142. Sohng, K.-Y., S. Sohng, and H.-A. Yeom, *Health-promoting behaviors of elderly korean immigrants in the united states*. Public Health Nursing, 2002. **19**(4): p. 294-300.
143. Callaghan, D., *Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults*. Journal Of Community Health Nursing, 2005. **22**(3): p. 169-178.
144. Johnson, R.L., *Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans*. Public Health Nursing, 2005. **22**(2): p. 130-137.
145. Korkmaz Aslan, G., et al., *The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adults*. International Journal of Nursing Practice, 2017. **23**(6): p. e12594.
146. Kaçan Softa, H., *Sağlıklı yaşlanma bakım modeli geliştirme*, in *Hemşirelik*. 2014, İstanbul Bilim Üniversitesi: İstanbul.
147. Yılmaz Işıksan, S. and D. Güleç, *Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının demografik bilgilerle sistematik derlenmesi ve meta-analizi*. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 2018. **11**(2): p. 123-133.
148. Gönülal, A., *Yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi*, in *Halk Sağlığı Hemşireliği*. 2005, Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir.
149. Çelik, A., Ö. Kardaş Kin, and A. Karadakovan, *Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2017. **2**(3): p. 17-23.
150. Owens, L., *The relationship of health locus of control, self-efficacy, health literacy and health promoting behaviors in older adults*, in *Educational Psychology and Research*. 2006, The University of Memphis.
151. Akman İlhan, N., *Huzurevinde kalan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu*, in *Halk Sağlığı Hemşireliği*. 2003, Marmara Üniversitesi: İstanbul.
152. Becker, C.M. and W. Arnold, *Health promoting behaviors of older americans versus young and middle aged adults*. Educational Gerontology, 2004. **30**(10): p. 835-844.
153. Kaçan Softa, H., T. Bayraktar, and C. Uğuz, *Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2016. **6**: p. 1-12.
154. Cao, W.-J., et al., *Factor analysis of a health-promoting lifestyle profile (HPLP): Application to older adults in Mainland China*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012. **55**(3): p. 632-638.
155. Yılmaz, F. and Ç. Çağlayan, *Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri*. Türk Aile Hek Derg, 2016. **20**(4): p. 129-140.

156. Kim, S.-Y., et al., *Comparison of Health-Promoting Behaviors of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults in Korea*. Journal of Nursing Scholarship, 2006. **38**(1): p. 31-35.
157. Kaçan Softa, H., *Evde ve huzurevinde kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2015. **2**: p. 63-76.
158. Aksu Yıldırım, S. and Ö. Yılmaz, *Yaşlılarda nottingham sağlık profili ve sf-36 sağlık anketi benzer sonuç verir mi?* Ufku Ötesi Bilim Dergisi, 2009. **9**(1-2): p. 53-62.
159. Ordu Gokkaya, N.K., et al., *Pain and quality of life (QoL) in elderly: The Turkish experience*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012. **55**: p. 357-362.
160. Çınarlı, T., *Acil servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi*, in *Acil Tıp Hemşireliği*. 2014, Ondokuz Mayıs Üniversitesi: Samsun.
161. Kara, B., *Self-rated health and associated factors in older turkish adults with type 2 diabetes: A pilot study*. Journal of Transcultural Nursing, 2015: p. 1-8.
162. Kankaya, H. and A. Karadakovan, *Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017. **6**(4): p. 21-29.
163. Tarsuslu Şimşek, T., *Mental, mobilite ve fonksiyonel özürüllüğün yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi: karşılaştırmalı çalışma*. Turkish Journal of Geriatrics, 2011. **14**(4): p. 321-330.
164. Carrasco, P.M., et al., *Subjective Memory Complaints in healthy older adults: fewer complaints associated with depression and perceived health, more complaints also associated with lower memory performance*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2017. **70**: p. 8-37.
165. Çevik, H.E., *Huzurevinde yaşayan kronik ağrılı bireylerde mobilite, günlük aktivite düzeyi, ruhsal durum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, in *Aile Hekimliği*. 2018, Sağlık Bilimleri Üniversitesi: Adana.
166. Çınarlı, T. and Z. Koç, *Fear and risk of falling, activities of daily living, and quality of life*. Nursing Research, 2017. **66**(4): p. 330-335.
167. Yaman, H.B., *Yaşlı bireylerde bazı motorik özelliklerin yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin incelenmesi*, in *Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı*. 2015, Atatürk Üniversitesi: Erzurum.
168. Tarsuslu Şimşek, T., E. Tütün Yümin, and M. Sertel, *Aging, bodyweight, and their effects on body satisfaction and quality of life*. Iran Red Crescent Med J., 2019: p. e130-45.
169. Öztürk, A., et al., *The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011. **53**: p. 278-283.
170. Heim, N., et al., *Obesity in older adults is associated with an increased prevalence and incidence of pain*. Obesity Journal, 2008. **16**(11).
171. Montejo, P., et al., *Association of perceived health and depression with older adults' subjective memory complaints: contrasting a specific questionnaire with general complaints questions*. Eur J Ageing, 2014. **11**: p. 77-87.
172. Tütün Yümin, E., et al., *The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011. **52**: p. e180-e184.

173. Elbasan, B., et al., *Cultural adaptation of the friendship scale and health-related quality of life and functional mobility parameters of the elderly living at home and in the nursing home*. Topics in Geriatric Rehabilitation, 2013. **29**(4): p. 298-303.
174. Şanal Karahan, F. and E. Hamarta, *Geriatrik olgularda kronik hastalıkların ve polifarmasinin ölüm kaygısı ve anksiyete üzerine etkisi*. Aegean J Med Sci, 2019. **1**: p. 8-13.
175. Yeh, H.-C., *Elderly people's use of and attitudes towards assistive devices*, in *Faculty of Built Environment and Engineering*. 2009, Queensland University of Technology.
176. Tezcan, S., *Temel Epidemiyoloji*. 2017, Ankara: Hipokrat Kitabevi.
177. Hayran, O. and H. Özbek, *Sağlıkla İlgili Araştırmalarda Sık Karşılaşılan Hatalar*, in *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler*. 2017, Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul. p. 25.



7. EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi

Tarih: _____
Form no: _____

A. Sosyodemografik Bilgiler

1. Hangi kurumda kalıyorsunuz?

- Beylikdüzü
- İzzet Baysal
- Kartal-Maltepe
- Dr. Fahrettin Kerim-Nilüfer Gökay
- Zeytinburnu Semiha Şakir

2. Oda numaranız nedir?

3. Odanız kaç kişilik?

- 1
- 2
- 3
- 4

4. Yaşınız?

5. Cinsiyetiniz?

- Kadın
- Erkek

6. Hayatınızın çoğunu geçirdiğiniz yer?

İstanbul

Diğer: _____

7. Medeni durum

Evli (*ise eşi nerede?*)

Bekâr

Dul- vefat (*ise eşini ne zaman kaybetti?*)

Boşanmış

Diğer: _____

8. Eğitim düzeyi

Okuma-yazması yok

Okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

9. En uzun çalıştığınız iş?

10. Geliriniz var mı?

Evet _____

Hayır

11. Çocuğunuz var mı?

Evet

Hayır (*ise 13. soruya geçiniz*)

12. Varsa;

	a. Cinsiyeti	b. Medeni durumu	c. Yaşadığı yer	d. Görüşme durumu
1. çocuk				
2. çocuk				
3. çocuk				
4. çocuk				
5. çocuk				
6. çocuk				
7. çocuk				
8. çocuk				

13. Yürürken yardımcı alet kullanıyor musunuz?

- Sürekli
- Bazen
- Hiç

14. Sürekli ilaç almak zorunda olduğunuz hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır (ise 16. soruya geçiniz)

15. Varsa neler?

- Şeker
- Tansiyon
- Kolesterol
- Kalp hastalığı
- Tiroid
- Böbrek yetmezliği
- Kemik erimesi
- Depresyon
- Sinir hastalığı
- Alzheimer/ Unutkanlık
- KOAH
- Astım
- Diğer: _____

16. İlaç saatlerini kendiniz mi takip ediyorsunuz?

- Evet
- Hayır

17. Sigara içiyor musunuz?

- İçmiyor
- İçiyor
- Bırakmış
- Diğer: _____

18. Ne zamandır huzurevinde (başka huzurevleri de dahil) kalıyorsunuz?

19. Huzurevinden önce nerede yaşıyordunuz?

- Kendi evimde
- Çocuklarımla yanında
- Diğer: _____

20. Huzurevinde kalma sebebiniz nedir?

21. Huzurevi ile ilgili düşünceleriniz nedir?

22. Huzurevinde kalmaya başlamadan huzurevi ile ilgili ne düşünüyordunuz?

23. Günlük rutininizi biraz anlatır mısınız, gün içinde neler yapıyorsunuz?

24. Genel olarak yaptığınız aktiviteler neler?

25. Huzurevi tarafından yapılan sosyal etkinliklere (gezi, konser, tiyatro vb.) katılıyor musunuz?

- Genellikle katılıyorum
 Bazen katılıyorum
 Katılmıyorum

26. Huzurevinde yakın arkadaşlarınız var mı?

- Var
 Yok
 Diğer: _____

27. Hayata dair bir tavsiye/ nasihat verebilir misiniz?

Nottingham Sağlık Profili

Nottingham Health Profile (NHP)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şu anda sahip olduğunuz problem için Evet, olmadığınız problem için Hayır kutucuğunu işaretleyiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Emin değilseniz, şu anda en doğru olduğunu düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

Ağrı			Sosyal İzolasyon				
	Evnet	Hayır		Evnet	Hayır		
1	Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 05.83	<input type="checkbox"/> 0	1	Kendimi yalnız hissediyorum	<input type="checkbox"/> 22.01	<input type="checkbox"/> 0
2	Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 08.96	<input type="checkbox"/> 0	2	İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 19.36	<input type="checkbox"/> 0
3	Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 09.99	<input type="checkbox"/> 0	3	Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum	<input type="checkbox"/> 20.13	<input type="checkbox"/> 0
4	Oturduğum zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 10.49	<input type="checkbox"/> 0	4	İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 22.53	<input type="checkbox"/> 0
5	Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 11.22	<input type="checkbox"/> 0	5	İnsanlarla geçinmek güç geliyor	<input type="checkbox"/> 15.97	<input type="checkbox"/> 0
6	Geceleri ağrım var.	<input type="checkbox"/> 12.91	<input type="checkbox"/> 0	Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) :			
7	Dayanılmaz ağrılarım var.	<input type="checkbox"/> 19.74	<input type="checkbox"/> 0	Fiziksel Aktivite			
8	Sürekli ağrılar içindeyim	<input type="checkbox"/> 20.86	<input type="checkbox"/> 0	1	Yalnız ev içinde yürüyebilirim	<input type="checkbox"/> 11.54	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) :			2	Eğilmek benim için çok zor	<input type="checkbox"/> 10.57	<input type="checkbox"/> 0	

Duyusal Reaksiyonlar			
	Evnet	Hayır	
1	Olaylar beni zorluyor	<input type="checkbox"/> 10.47	<input type="checkbox"/> 0
2	Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum	<input type="checkbox"/> 09.31	<input type="checkbox"/> 0
3	Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum	<input type="checkbox"/> 07.22	<input type="checkbox"/> 0
4	Günler zor geçiyor	<input type="checkbox"/> 07.08	<input type="checkbox"/> 0
5	Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum	<input type="checkbox"/> 09.76	<input type="checkbox"/> 0
6	Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum	<input type="checkbox"/> 11.99	<input type="checkbox"/> 0
7	Endişelerim gece uyumama engel oluyor	<input type="checkbox"/> 13.95	<input type="checkbox"/> 0
8	Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 16.21	<input type="checkbox"/> 0
9	Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum	<input type="checkbox"/> 12.01	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) :			

Enerji			
	Evnet	Hayır	
1	Enerjim kısa sürede tükeniyor.	<input type="checkbox"/> 24.00	<input type="checkbox"/> 0
2	Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	<input type="checkbox"/> 36.80	<input type="checkbox"/> 0
3	Her zaman yorgunum	<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) :			

Uyku			
	Evnet	Hayır	
1	Uyku ilacı alıyorum	<input type="checkbox"/> 22.37	<input type="checkbox"/> 0
2	Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum	<input type="checkbox"/> 12.57	<input type="checkbox"/> 0
3	Gece uykum kaçıyor	<input type="checkbox"/> 27.36	<input type="checkbox"/> 0
4	Uyumakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 16.10	<input type="checkbox"/> 0
5	Gece uykum çok kötü	<input type="checkbox"/> 21.70	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100) :			

S. M. Hunt, J. McEwen (1985) J R Coll Gen Pract. 1985 Apr; 35(273): 185-188

1. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-600):

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2.	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5.	Yeterince uyurum.				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlı tüketirim.				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10.	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12.	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14.	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16.	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivite yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm.).				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18.	Geleceğe umutla bakarım.				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20.	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				

22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26.	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28.	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33.	Vücutumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum				

48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50.	Kahvaltı yaparım				
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				



Ek 2. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI:

Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Sağlıklı yaşlanmayı sağlamak için, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilebilmesi öncelikli adımlardandır. Çalışmamızın hedefi yaşlıların bu alışkanlıklarının ne düzeyde olduğunu ve nelerden etkilendiklerini belirlemektir. Böylelikle geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmaya İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı resmi huzurevlerinde kalmakta olan 220 yaşlının katılması planlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Size verilen anketi eksiksiz ve düşünerek tamamlamanız yeterlidir.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak yaşlıların huzurevlerindeki sağlıklı yaşam davranışlarının tespit edilmesine yardımcı olacaksınız. Böylece geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesine de katkı sağlayacaksınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Ayşe Nur Balcı Yapalak
GÖREVİ : Asistan Doktor
TELEFON : 507-291xxxx

CALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Görüşme Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 3. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlık İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

Sayı : 65047368-605.01-E.2839019

11.11.2019

Konu : Ayşenur BALCI YAPALAK (Veri
Toplama)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü İnsan Kaynakları Direktörlüğü'nün
29.08.2019 tarihli ve 6288 sayılı yazısı.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı
Anabilim Dalında görev yapmakta olan Tıpta Uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşenur BALCI
YAPALAK'ın, "Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının
Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Kuruluşumuzda yapabilmesine ilişkin alınan 04.11.2019
tarihli ve 10 sayılı Bakanlık Makam Oluru yazımız ekinde gönderilmiş olup, gerekli
kolaylığın sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmza
Arzu GÜR
İl Müdürü

Ek :

- 1 - Bakanlık Makam Oluru. (3 sayfa)
- 2 - Liste (2 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

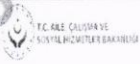
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne
(Beylikdüzü Huzurevi Yaşlı Bakım ve
Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü)

Bilgi:

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE
(İnsan Kaynakları Direktörlüğü)

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
12/...11/2019

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.



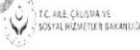
Alemdar Mah. Prof. Kazım İsmail Gürkan Cad. No:10
Cağaloğlu Fatih/İstanbul
(212)511 42 75
(212)526 44 49

Bilgi için: Sevgi ÇATALBAŞ
SÜREKLİ İŞÇİ (4/D)

İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne
(İzzet Baysal Huzurevi Yaşlı Bakım ve
Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü)
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne
(Maltepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve
Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü)
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne
(Prof. Dr. Fahrettin Kerim Niliifer Gökay
Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon
Merkezi Müdürlüğü)
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne
(Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi
Müdürlüğü)

11.11.2019 Sürekli İşçi (4/D) : Sevgi ÇATALBAŞ
11.11.2019 Şube Müdür V. : Hüsnüye NAR
11.11.2019 İl Müdür Yardımcısı : Aydın SAYIN

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.



Alendâr Mah. Prof. Kazım İsmail Gürkan Cad. No:10
Cağaloğlu Fatih/İstanbul
(212)511 42 75
(212)526 44 49

Bilgi için: Sevgi ÇATALBAŞ
SÜREKLİ İŞÇİ (4/D)



T.C.
AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 94952863-605.01-E. 10
Konu : Bilimsel Araştırma Talepleri

06/11/2019

BAKANLIK MAKAMINA

Ekli çizelgede detaylı bilgileri bulunan ve ilgili Genel Müdürlükler tarafından uygun görülen bilimsel araştırma taleplerinin, ilgili Birim koordinesinde, gözetim ve denetiminde, günlük işleyişi aksatmadan, araştırmaya katılanların kişilik hakları ve güvenlikleri gözetilerek, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, iş akışını aksatmayacak şekilde gönüllülük ve gizlilik esasları çerçevesinde, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Bakanlığımızdan izin alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile gerçekleştirilmesi hususlarını;
Olurlarınıza arz ederim.

Uygun görülse arz ederim.

.../.../2019

Ahmet ERDEM

Bakan Yardımcısı

Yavuz YAMAN
Daire Başkan V.

OLUR

.../.../2019

Zehra Zülmeht SELÇUK
Bakan



Eskişehir Yolu Sığirci Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara

İlgi işu: S.CETİN
Sos. Çal.

(312)705 57 00
(312)705 57 22

MÜDÜRLÜĞÜ/ÜNİVERSİTE	AD-SOYAD	GÖREVDEN AYRILMA NEDENLERİ	ARAŞTIRMA KONUSU	YAPILACAKI KURULUŞ/BİRİM	ULUSLARARASI AF DİRLÜK
Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı	Mahmut ÇELİK	Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığımızda Uzman Yardımcısı	Bakanlığımıza Ait Yüzümler Web Servis Altyapısının Standartlaştırılması	Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı	Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Dr. Aygünur BALÇIL YAPALAK	İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıkta Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi	Beykoz Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Şişli-Semihne Şişir-Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, İzmit-Bayındır Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Mallepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Prof. Dr. Fahrettin Kerim Niflioğlu Gökay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile Zeytinburnu Semihne Şişir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Öğretim Görevlisi Serap İNCEDAL İRGAT	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Yaşlı Bireylerde Kırılganlıkla Mücadele Edilmesinin Sorunları, Duygu Durumu, Gündelik Yaşam Aktivitesi ve Beslenme Durumunun İlişkisi	Ahmet Mete Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ve Dursun Fakih Huzurevi Müdürlüğünde	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Öğretim Görevlileri Dr. Esra USTA, Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ, Serap BAYRAM	Düzce Üniversitesi	Kurumsal Bakım Alan Yaşlıların Konstipasyon Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	Düzce Hilmi Çilneir HYBRM ile Muharrem Sancaklı Huzurevi	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Eylül ÖZKAYNAK	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi	Yaşlı Kadınların Psikolojik ve Sosyal Kırılganlıklarının Nedenlerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi	Altındağ, Etimesgut, Gölbaşı, Keçiören, Mamak ve Sincan Sosyal Hizmet Merkezleri	Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Prof. Dr. Selda AKCALI	Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı Gazetecilik Bölümü Öğretim Görevlisi	Huzur Evlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Duygularına Yeni İletişim Teknolojileri Aracılığıyla Bir Çözüm Önerisi: Dijital Aile Modeli	İzmir Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü, İzmir Zübeyde Hanım Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü, İzmir Bornova Nevvar Salih Ağören Huzurevi Müdürlüğü	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü (Araştırma ve Değerlendirme)	Yakup TÜKEL	Konya Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde Beden Eğitimi Öğretmeni / Konya Çocuk Hakları İl Yetiştirme Temsilcisi	Türkiye'deki Çocuk Hakları İl Yetiştirme Temsilcisi ve Yardımcılarının Kişilik Özelliklerinin ve Öz Yeterlilik Algularının Sosyal Girişimcilik Düzeyleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi	81 İl Müdürlüklerimiz (Araştırma 81 İl Müdürlüğümüzde bağlı olarak çalışan Çocuk Hakları İl Yetiştirme Temsilcileri ve Yardımcılarına uygulanacak)	Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü
İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	Çiğdem AKSU	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı Sosyoloji Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi	İstanbul Gaziosmanpaşa Sosyal Yardım Uygulamaları ve Çalışan Yoksulluğu	İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı Gaziosmanpaşa Sosyal Hizmet Merkezi	Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü

Ek 4. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/08/2019-13045



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Prof.Dr. Bedia ÖZYILDIRIM

30.07.2019 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi" başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.
Bilgilerinize.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Binnur TEMEL
Başkan V.

06/08/2019 Sek. V.

Bilgihan BAŞTUĞ

Adres: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul
Telefon:0 (212) 523 22 88 Faks:0 (212) 533 23 26
e-Posta: info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ: www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Bilgihan BAŞTUĞ (Elif Gamze
POLAT Vekâletiyile)
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	--

30.07.2019

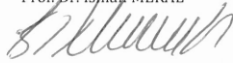
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan Caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 3238
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	egaslan@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
	Karar No: 15/286	Tarih: 30.07.2019		
Yürütücülüğünü Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM' in yaptığı "Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi" isimli çalışma Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve ilgili kurumlardan gerekli yasal izinlerin iki ay içerisinde alınması şartıyla etik açıdan uygun bulunmuştur.				

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	--

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nazmiye DÖNMEZ	Restoratif Diş Tedavisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Pelin YILDIZ	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL

Ek 5. Nasihatler

Okuryazar olmayan kişilerin tavsiyeleri şu şekildedir;

“Genç olsam neler yapardım, şimdi ele muhtacım, kıymetini bilin.” K, 82

“Birinin söylediği diğerinin eteğindedir, kalktı mı dökülür. Kendi bildiğini düşüneceksin, nasıl yapсам iyi olur diye. Kendi planını kendin yapacaksın. Başkasının yoluna gitme. Bazı arkadaş kötülüğünü ister, bazıları iyiliğini.” K, 87

“Bir düşün önce kötü mü? Ben istemezsem bana yapılıں, ben de başkasına yapamam.” K, 80

“Evde biri sinirlendi mi biri susacak, ortamın durulması için. Kin tutmayacaksın.” K, 70

Okuryazar katılımcıların tavsiyeleri şu şekildedir;

“Gençliğin kıymetini bilin. Her şeyi yerine göre yapın. Yiyin, için, bu günah bu sevap demeyin. Yaşayın, deneyimleyin.” K, 76

“Kim iyi kim kötü ayırt edemiyorsun, şimdi gençler değişik.” K, 61

“Hayatı sevin her şeyden önce. Her şeyi sevin. Ağacı, kuşu, insanları sevin. Hayat varken de yokken de güzeldir, onu görebilmek önemli. Öyle olursan mutlu olursun. Hiç karamsar olma, hayatı olduğu gibi kabul et. Özrü hiç esirgeme.” K, 75

“Olayları izleyeceksin, sabırlı olacaksın, hoşgörülü olacaksın, insanlara yardımcı olacaksın. Ama kimse kimseye insanlık dersi veremiyor.” K, 71

“Yaşamana bak, güzelliğe bak. Yaşlılara saygılı ol. Kimseyi ayıplamadım, beddua etmedim. Kendine saygın olursa seni de sayarlar, yoksa seni hiç kimse saymaz.” K, 71

“Hiçbir şeye üzülme, gençliğine bak. Fazla kendini yorma, istediğin kadar işini yap. Her şeyi kafana takma.” K, 90

“Önce sağlık, sonrası para... Az da olsa biriktir. Paran varsa itibarın çok yüksek, yoksa kimse yüzüne bakmaz.” E, 84

“Annene babana çok dikkatli bakacaksın, ölene kadar dualarını al. Seni yetiştirmiş büyütmüş, sen tam ona bakacağın sıra gidiyorsun olmaz. Sana da kim akıl verirse, kimsenin aklına gitme.” E, 80

İlkokul eğitimi alanların tavsiyeleri şu şekildedir;

“Çocuk en önemli şey, çok güzel, bak benim yok.” K, 76

“Yaşlılarınıza sahip çıkın. İyi bir yere gelin.” K, 68

“Okuyun, ayaklarınızın altına koysanız yine yükseltir.” K, 74

“Anne için en kutsal şey evlat, evlat sahibi ol mutlaka.” K, 78

“Hayata güzel bakın. Kötü olanları arkaya atın, oraya dönmeyin, unuttun.” K, 75

“Sağlık, sıhhat içinde yaşamanız.” K, 74

“Mutlu etmek istiyorsan mutlu etmeyi bileceksin. Çocukların olursa eğer büyük baskı yapma üstlerine. Ben büyük kızı görücü evlendirdim çok pişmanım. Kadın olduğunu hiç unutma. Çok da bekleme her şeyi ama kendini de doğurduğunu da oyuncak etme.” K, 80

“Hayat kendi bildiğine gidiyor, Allah sonumuzu hayır etsin.” K, 78

“Kalbinin gittiği yere kadar git hayat çok güzel yaşamasını bilene.” K, 73

“İş güvencen olsun, sigortan olsun, ele bakma. Kendi ayağının üstüne iyi bas.” K, 66

“Hayatı sev. Evvela kendini sev. Aynanın karşısına geçtin mi kendini beğen.” K, 91

“Eveti az kullanın, hayır demeye alışın. İnsanın zayıf tarafını buluyorlar, pişmanlık sonra... Aile bağları çok önemli. İnsana yatırım yapın, anne baba sevecek çocuk yetiştirin.” E, 78

“Okuyan adam olur. Ne iş olsa çalışın.” E, 79

“Çok bozuldu zaman, gençler ana babaya sahip çıkmıyor.” E, 77

“Geleceğe yatırım yapın, birikimi kadın yapar.” E, 70

“Başını kapatamasa da kapatması gerektiğini düşünen kadını Allah affeder.” E, 82

“Ekmek parası, en sevmediğin işi bile yapıyorsun.” E, 82

“Karamsar olmayın hayatta, bazı şeyleri oluruna bırakın. Sinirlenmeyin, okumaya devam edin.” E, 80

“Mutlaka okuyun, bir sanatınız olsun. Dürüst olacaksınız, açık olacaksınız, kalp kırmayacaksınız. Kimsenin işine burnunu sokmayacaksınız. Mal hırsına bürünmesinden korkarım ümmetimin demiş peygamberimiz, şimdikilerin gözünü hırs büyümüş.” E, 71

“Paran varsa arkadaşın da var. Arkadaş adamı idam da eder, her şeyi yapar. Kimseye güvenme, şimdi benle konuşuyorsun ya, bana da güvenme. Bir de haddim değil ama, gece iki rekât namazını kıl.” E, 77

“Mesleğinin iyisi olmaya bak, ne iş yapıyorsan en iyisini yapacaksın. Agresif olma, ben meslekte öğrendim. Düşünmeden konuşma. İyi dinle, ani karar verme.” E, 70

“Anne babada geçimsizlik varsa sizin aileye de sirayet eder, dikkat et.” E, 83

“Herkesin kafası var, düşünmesi lazım ellerinin arasına alıp bana neler faydalı neler zararlı diye. Şimdiki hanımlar çalışıyor diye daha büyük adımlar atıyor, halbuki bir adım erkekten geri kalsa ve kocasına hanımlık vazifesini yapsa daha huzur olur.” E, 81

“Hayatı beraber yaşayıp anlaşarak gitmeli. Aile hayatının huzurlu gitmesi en önemli zenginliktir. Anlayışlı olmak lazım, bazen susmak lazım. Böylece ortam daha az gerilir. Eşinize dargınlık gütmeyin.” E, 72

“Yalan söyleme de ne yaparsan yap, Hz. peygamber bile demiş. Her şey yalandan geliyor.” E, 75

“Gıdana dikkat edeceksin, giyimine dikkat edeceksin. Tanıştığın insanlara bir bakışta anlayacak kabiliyete sahip olacaksın. Biraz da olsa bir sıcaklık hissettinse aldanmayacaksın. Her insana güvenilmez.” E, 86

“Biz gençliğimizi yaşayamadık fakirlikten...” E, 90

“Kusursuz insan olmaz, evlilik hayatında paylaşmak lazım. Ayrılma durumunda çocuklar ya anadan ya babadan ayrı kalıyor. Rum kadınları vardı önceden. Derlerdi ki; ben kocam gelince önce yüzüne bakarım canı sikkınsa onu telkin etmeye çalışırım. Olur, kadında gün içinde çamaşırdı, bulaşıktı yorulmuştur. Erkek de buna dikkat edecek.” E, 95

“Eşle araya yalan girmeyecek. Sahip çıkacaksın çocuklarına eşine. Kıskanç olmayacaksın, dedikoduya fırsat vermeyeceksin. Kadın da erkek de aynıdır.” E, 75

“Hayatta dürüst olmak, doğru olmak, Allah’ın emirlerinden çıkmamak lazım.” E, 79

Ortaokul eğitimi alan kişilerin tavsiyeleri şöyledir;

“Allaha çok güvenin, bunu sakın hafife almayın.” K, 85

“Anne olacaksın tabii, o senin hakkın. Kocana hiç güvenme, kendini garantiye al. İnsanın en yakın olduğu anne babası.” K, 66

“Okuyun mutlaka.” E, 77

“Okuyun.” E, 69

“Sinir iyi değil, insanı çok yıpratıyor.” Erkek, 71 yaş

“Allahtan korkun, vicdanlı olun, harama uzatmayın elinizi. Evlat yetiştireceksin, onlar seni örnek alacak.” E, 69

“Arkadaşlarınızı iyi seçin, arkadaş insanı rezil de eder vezir de eder.” E, 75

“Evlenmeyin çok zor, hele kadınlar hep erkeğe hizmet ediyorlar, erkekler menfaat peşinde.” E, 84

“Kimsenin kalbini kırmayacaksın huzur içinde geçecek hayatın.” E, 68

“Biç bir şeyi kale alma. Az yemek ye, az uyu, sıhhat bulursun. Hoşgörülü ol, hayat sıkıntıya değmez. Erkeğin eşi öldü mü bitti.” E, 88

“Kendine iyi bakacaksın kızım, evlat da tatlı oluyor ama kendine bakacaksın. Ayrılıklar falan da oluyor, biz öyle görmedik ama işte...” E, 87

“İnsanların düşüncelerini umursa.” E, 67

“Bazı kırıklıklarım oldu, hanım iyi hanımdı ama bazen çok kırıcı oldu, dobra bir insandı. Ben çok içli tabiatlıyım, bazı sözler var kaç senedir hala unutamam o sözleri. Dünya üzerinde kimse kalmasa, Allah dese, barışmam.” E, 82

“Okuyabilsem iyiydi, bir iki lisan da öğrenin.” E, 81

“Gönlünün götürdüğü yere git. Mutlu olmak istiyorsan geçmişi sil, gününü yaşamaya bak, yarının ne olacağı hiç belli olmaz. Kin tutma, yoksa kendini baskı altına almış olursun.” E, 74

“Dürüst ol” E, 63

Lise eğitimi alan kişilerin tavsiyeleri şöyledir;

“Aynı meslekteki kişiyle evlenin, hastalara güler yüzlü olun.” K, 81

“Çok kafaya takmamamı önerirdim, stres hastalıkların anası. Kişilere güvenme, tanımadan. Hatta hiçbir zaman vicık vicık olma, mesafenin kuru. Asık suratlı da olmamalı, pozitif olacaksın. Bir de devamlı özür dilememek gerek.” K, 78

“Bir bayan teyze denmez, yaşlı da olsa...” K, 70

“Kadınlar çalışmaya başlayınca adamlar küçüklük duymaya başladı. Şimdi o ezikliğin öcünü alıyorlar, dövüyorlar, öldürüyorlar. Bu diziler de mahvetti. Parası çok adam, akli küçük adam... Özel okullar rezalet. Evlat sahibi olmak mükemmel ama mesuliyeti büyük.” K, 86

“Keşke dememek için yaşarken değerlerini bilin anne babanızın. Büyüklerinizin duasını alın.” K, 72

“Üzüntüyü bırakıp hayatınızı yaşayacaksınız. Fazla düşündükçe olmuyor, boş vereceksin. Ömür bitiyor çünkü, görüyoruz her gün bir tanesi gidiyor içimizden.” K, 68

“Erkeklere güvenme, illa sağlam kadın isterler. Tamamıyla bir şeylerini paylaşma, para da dahil. Verdikçe ister çünkü.” K, 78

“Hayatta kimseye güvenme, bağlanma.” K, 64

“Yerde cevahir düşürsen dönüp de bakma arkana.” K, 86

“Güler yüzlü tatlı dilli olmak insanlara Allah'ın lütfudur. Yüzdeki tebessümü satın alabilecek hiçbir maddi güç yoktur. Bir de karakter biriktirmek, o kadar önemli ki. Hayatı bomboş yaşamak değil.” K, 65

“Hiçbir şey için üzölmeye değmiyormuş, ben de yeni öğrendim.” K, 61

“Aba da bir kebe de bir giyene, güzel de bir çirkin de bir sevene, yağlı da bir yavan da bir yiyene. Allah’ın verdiği şükredin. Başarının iki anahtarı vardır birisi çok çalışmak, ikincisi sabır. Sabır olmazsa hiçbir şey olmaz.” K, 89

“Tabii ki gerildiğimiz zamanlar oldu ama hayat yaşanacak...” K, 83

“Aile en önemli şey.” Erkek, 70 yaş

“Sinirlendim mi kendimi tutamıyorum, en güzeli sabırlı olmak.” E, 68

“Kendinize yapılmasını istemediğiniz bir şeyi başkasına yapmayın. Aklınla ve kalbinle harekete et olayların üstüne giderken. Aklını vahye teslim et.” E, 62

“Sağlığınıza iyi bakın, ileride o kendini gösteriyor. Soğuktan korunun. Yediğiniz içtiğiniz çok önemli, kendinizi huzurlu etmeye çalışın.” E, 65

“Bir seferle bir şey olmaz demeyin, hayat bir seferle başlıyor. Sigara olsun, aşk olsun hepsi.” E, 82

“Şimdiki gençler bir alem. Eskiden büyüğe saygı duyarlardı, ayağa kalkarlardı, düğme iliklerdi.” E, 81

“Evli değilsen evlen, bir tane çocuk yapın, ona bakın birlikte.” E, 74

“Yaşadığın kadar yaşlı, görüldüğün kadar genç olacaksın.” E, 74

“Hastalarla nasıl iyi olurum ona bakacaksınız, sabrı öğrenmeniz lazım.” E, 75

“İyilik yap denize at balık bilmezse Halik bilir.” E, 77

“Hayat böyle devam edin, güler yüzlü, akıllı, iyi konuşan.” E, 62

“Kimse kimseye fayda vermez. Az yiyeceksin, az uyuyacaksın. Çoğu ahmaklıktır. Mütevazi olacaksın.” E, 92

“Çocuk kesinlikle yapma. Bak 3 tane var bende, ne hayrı var bana. Hiçbir yararı yok bana. Kimisi üzülüyor yok diye bir de.” E, 61

“Herkesi sevin, sevgi güzel bir şey. Sevmek sevilmek güzel şey.” E, 78

“Gençliğinizin kıymetini bilin. Ailenize bağlı olun. Çocuk hasreti çektim en çok ben.” E, 69

“Hiç kimseye güvenme, eskiden vardı şimdi kalmadı güvence. Adam yardım ediyor kötü anlıyorlar. En yakın dostun da kitap olsun. Kardeştir, bacıdır geçici onlar.” E, 70

“Ne olursa olsun sağlam dur, kararlı dur. İşte de evlilikte de bu böyledir.” E, 80

“Kaynanayı yapmacık da olsa avcunun içine al. Onu aldığı zaman mutluluğun doruğuna ulaşırsın. Anneler evlatlarını kıskanır, kimsenin ondan daha çok sevmesine müsaade etmez. Ama sen onu ele geçirirsen öz evladı olarak kabul eder seni. Güvenir görün ama kimseye aslında güvenme.” E, 76

“Sevmediklerinle gönül avutma, hasrete yolcuuyum beni unutma.” E, 76

“Aklın varsa hiç doğma. Dünyaya bir gaye için geliyoruz, onu arayıp bulmak lazım.” E, 81

“Eşine sadık olmanı isterim. Ama bu demek değildir ki bir tokat vurdum diğerini çevir. Hakkını koru ama saygılı ol. Titiz ol, temiz ol, tertipli ol. Bütün yuvanın yıkılması bu.” E, 78

“Hayata güler yüzlü ol, sohbet et.” E, 91

Lisans ve üzeri eğitim alan kişilerin tavsiyeleri şu şekildedir;

“Önce başını aç, sonra oku, mutlaka oku. Zaten laboratuvarlara böyle almazlar seni. Allah'ın hep yanında olduğunu bil, ama her şey için de ona gitme, bir sürü işi var onun da. Ölümden korkma. Kocana bir şey yaptırmak istediğinde mutlu anını kolla.” K, 83

“Kendi ayaklarının üstünde durabilmek önemli...” K, 70

“Gençliğin kıymetini bil. Yaşlanınca paran oluyor yapamıyorsun. Gençken de paran olmuyor. O dengeyi kurmak kazım. Bir ev bir arabadan fazlasını istemeyip hayatı pas geçmemek lazım. Bir İngiliz sözü vardır; insanlar gençken para kazanıp yaşlanınca da sağlıklarını geri almak için harcarlarmış. Güneşi eksik etmeyin. Özel araba sizi tembelleğe alıştırıyor. Sağlıklı olmak istiyorsanız fiziksel tembellek yapmamak lazım. Satranç ve briç öğrenin, yaşam koşulları Alzheimer'ı çok arttırdı, bunlar beyni çalıştırıyor. Beyin de olumsuzlukları kabul etmemeye başlıyor. Mal mülk için para biriktirmeyin, yaşlılık için kenara koyun.” K, 62

“Hayatta annen baban dışında kimseye güvenme. Babam anneme tapardı ama çapkınlıklarından öldük. Ondan evlenemedim zaten, onları idare edeceğim diye. Güven çok önemli ama işte hep sen güvenen oluyorsun.” K, 73

“Her şeyi boş ver. Baktın hoşlanmadığın bir tez sunuyor biri, hemen uzaklaş oradan. Her şeyi savunmaya cevap vermeye kalksan yaşanmaz. Herkesi de idare ediyorum.” K, 80

“Hayat hiçbir şeyi kafaya takmaya değmiyor. Ben hiç takmam mesela, hep mutluyum. Ne olursa olsun hayat kendiliğinden gidiyor, üzüntü yanına kar kalıyor.” K, 66

“Çok kıskandım kocamı en güzel senelerim öyle geçti, şimdi olsa yapmazdım.” K, 83

“Keşke geleceğimi garantiye alsaydım...” E, 74

“Ne olursa olsun okuyun, okumaktan zarar gelmez.” E, 71

“Mesleğinizi çok severek yapın. Mesleki ilişkilerinizde profesyonel olun, özel hayatınızı anlatmayın. İnsanlarla ilişkilerinize dikkat edin sömürülmeyin.” E, 67

“İnsanları seveceksin, nasıl insan olursa olsun. Tüm hayatını o sevgi üzerine kuracaksın.” E, 79

“Bilgi çok önemli, donanımlı olun. Sosyoloji, psikoloji, felsefe bilin. Bir damla suda boğulurken sen, bir gün okyanuslar boğulur sende.” E, 69

“Çabuk sinirlenmemenizi sabırlı olmanızı tavsiye ederim. Bir işe başladığınız zaman önce kendinize güvenmenizi tavsiye ederim.” E, 71

“Eğer mutlu olmak istiyorsan uyaroğlu olmayacaksın, bencil olacaksın.” E, 68

“Geçmişini asla aramam, bir daha geri gelmez. Geçmişini düşünmemek için ileride ne yapacağını düşün, geçmişten sadece ders al. Gençlik o kadar hızlı geçiyor ki anlamıyorsun. Yaşlılıkta anlıyorsun nasıl geçmiş.” E, 83

