



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

**KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

NURCAN ÇALIŞKAN
ORCID: 0000-0003-2718-0526

Danışman
PROF. DR. FİLİZ HİSAR
ORCID: 0000-0003-0640-0091

Konya – 2023

ÖN SÖZ (TEŞEKKÜR)

Tez çalışmam boyunca değerli tavsiyeleri, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sabırla beni destekleyen kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Filiz HİSAR'a emeklerinden dolayı şükranlarımı sunuyorum.

Çalışma verilerimin toplanması noktasında bana destek olan tüm İbni Sina Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına teşekkür ediyorum.

Hayatım boyunca beni büyük fedakarlıklarla yetiştiren ve beni her konuda destekleyen kıymetli babam ve annem Sadık ŞAİR ve Yeter ŞAİR'e teşekkür ediyorum. Ayrıca bana çalışmalarımdaya destek veren, yanımda olan kardeşlerim Gülcan ve Özcan ŞAİR ile kuzenim Sevcan ŞAİR'e teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans tezime başladığım günden itibaren bana her türlü konuda destek veren, benden sevgi ve anlayışlarını eksik etmeyen maddi manevi en büyük destekçim olan sevgili eşim Göktuğ ÇALIŞKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Eşimin, kardeşlerimin ve tüm ailemin duaları, her çalışma ve başarımda manevi bir imza olarak yer almaktadır. Bu dönemin tüm sıkıntılara birlikte göğüs gerdik, birlikte yorulduk, birlikte bitirdik.

Ayrıca tez döneminin yoğunluğu nedeniyle kendilerine yeterince zaman ayıramadığım, ancak ilgilerini her zaman hissettiğim tüm arkadaşlarıma, hocalarıma ve yakın arkadaşlarıma, dua ve desteklerini arkamda hissettiğim tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak Türkiye Cumhuriyeti'ne ve onun kurucu lideri Mustafa Kemal Atatürk'e sonsuz şükran ve saygılarımı sunmaktan onur duyuyorum.

Nurcan ÇALIŞKAN

Nisan 2023

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ (TEŞEKKÜR)	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİL VE GRAFİKLER LİST.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları	4
2.2. Yaşlılık Döneminin Genel Özellikleri	5
2.2.1. Psikolojik değişiklikler	5
2.2.2. Fiziksel değişiklikler	5
2.2.3. Sosyal ve ekonomik değişiklikler	6
2.3. Yaşlılık Dönemleri	7
2.3.1. Genç-yaşlı dönemi	7
2.3.2. Orta-yaşlı (ileri yaşlı) dönemi	7
2.3.3. Geç-Yaşlı (en ileri yaşlı) dönemi	8
2.4. Yaşlılık Türleri	8
2.4.1. Kronolojik yaşlanma	8
2.4.2. Biyolojik yaşlanma	9
2.4.3. Psikolojik yaşlanma	9
2.4.4. Sosyolojik yaşlanma	10
2.5. Yaşlılık Teorileri	10
2.5.1. Yaşamdaki geri çekilme teorisi	10
2.5.2. Aktivite teorisi	11
2.5.3. Süreklilik teorisi	12
2.5.4. Rol kaybetme teorisi	12
2.5.5. Değiş-Tokuş teorisi	13
2.5.6. Kişi-çevre-uyum teorisi	14
2.6. Nüfusun Yaşlanması ve Toplumsal Boyutları	14

2.7. Kavramsal Çerçeve	14
2.7.1. Demografik dönüşüm	15
2.7.2. Doğurganlık düzeyleri	16
2.7.3. Ölüm oranları	18
2.7.4. Doğumda beklenen yaşam süresi	18
2.7.5. Yaşlı bağımlılık oranı	20
2.8. Dünyada Yaşlı Nüfus	21
2.9. Türkiye’de Yaşlı Nüfus	23
2.10. Yaşam Doyumu Kavramı	24
2.10.1. Yaşam doyumunun önemi	25
2.10.2. Yaşam doyumu teorileri	26
2.10.3. Yaşam doyumunu etkileyen faktörler	27
2.11. Yaşam Doyumu ile ilgili Yapılan Çalışmalar	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Evreni	34
3.4. Araştırmanın Örnekleme	34
3.5. Araştırmanın Örnek Seçimi	35
3.5.1. Araştırmaya alınma kriterleri	35
3.5.2. Dahil edilmeme kriterleri	36
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	36
3.6.1. Sosyo-demografik anket formu	36
3.6.2. Yaşam doyumu ölçeği	36
3.7. Verilerin Toplanması	37
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.8.1. Bağımlı değişkenler	37
3.8.2. Bağımsız değişkenler	37
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	37
4. BULGULAR	39
4.1. Katılımcılara İlişkin Özellikler	39
4.2. Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalığa Göre Dağılımları	40

4.3. Katılımcıların Kronik Rahatsızlık ve Dinçlik Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	41
4.4. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Ortalama, Standart Sapma, Maks-Min, Çarpıklık-Basıklık Değerleri	42
4.5. Katılımcıların Yaşam Doyumu Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	42
4.6. Katılımcıların Yaş ve Kullandıkları İlaç Sayısının En Düşük ve En Yüksek Değerleri, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	45
4.7. Yaş ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki	46
4.8. Yaşam doyumu ile Kullanılan İlaç Sayısı Arasındaki İlişki	46
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER	63
Ek 1- Etik Kurul Raporu ve İl Sağlık Müdürlüğü İzni	63
Ek 2- Ölçek İzinleri	67
Ek 3- Yazılı Onam Formu	68
Ek 4- Sosyo-Demografik Anket Formu	68
Ek 5- Yaşam Doyumu Ölçeği	70

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Nurcan ÇALIŞKAN**'ın “**Kırsal Bölgede Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya- 03/04/2023

Tez Danışmanı	Prof. Dr. Filiz HİSAR Necmettin Erbakan Üniversitesi/Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	İmza
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Dilek CİNGİL Necmettin Erbakan Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	İmza
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Yasemin GÜMÜŞ ŞEKERCİ Selçuk Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	İmza

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 26/04/2023 tarih ve 09/15 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Kırsal Bölgede Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi başlıklı tez çalışmamın toplam **83** sayfalık kısmına ilişkin, 13.03.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%14** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. 03/04/2023

Nurcan ÇALIŞKAN

Prof. Dr. Filiz HİSAR

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

03/04/2023

Nurcan ÇALIŞKAN



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YBO: Yaşlı Bağımlılığı Oranı



TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcılara ilişkin özellikler	39
Tablo 4.2. Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa göre dağılımları	40
Tablo 4.3. Katılımcıların kronik rahatsızlık ve dinçlik durumlarının cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 4.4. Yaşam doyumu ölçeğinin ortalama, standart sapma, maks-min, çarpıklık-basıklık değerleri	42
Tablo 4.5. Katılımcıların yaşam doyumu ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması	43
Tablo 4.6. Katılımcıların yaş ve ilaç sayısının en düşük ve en yüksek değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık ve basıklık değerleri	46
Tablo 4.7. Yaş ile yaşam doyumu ilişkisi	46
Tablo 4.8. Yaşam doyumu ile ilaç sayısı arasındaki ilişki.....	46

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.7.1. Demografik Dönüşüm Aşamaları	15
Grafik 2.7.2.1. 1950-2021 Yılları Arası Doğum Oranları	17
Grafik 2.7.2.2. 1950-2021 Yılları Arası Türkiye Toplam Doğurganlık Oranı	17
Grafik 2.7.4.1. Avrupa Birliği Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Erkek)	19
Grafik 2.7.4.2. Avrupa Birliği Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Kadın)	19
Grafik 2.8. Dünyada En Çok ve En Az Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkeler	22
Grafik 2.9.1. 1935 Yılı İtibariyle Türkiye’de Yaş Gruplarının Nüfus İçindeki Oranı ...	23
Grafik 2.9.2. 1935, 1975 ve 2021 Yılları Türkiye Nüfus Piramidi	24
Şekil 3.4.1. G-Power Örneklem Analizi 1	35
Şekil 3.4.2. G-Power Örneklem Analizi 2	35

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi

KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nurcan ÇALIŞKAN

Konya-2023

Bu araştırma, kırsal bölgede yaşayan yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Tokat ili Erbaa ilçe merkezinde yer alan İbni Sina Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise evrendeki birey sayısının bilinmediği durumda kullanılan formül ile belirlenmiş ve araştırma İbni Sina Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 335 yaşlı bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen anket formu ve yaşam doyumu ölçekleri üzerinden araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Elde edilen veriler; yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlenmiştir. Yaş, cinsiyet, kronik rahatsızlıklar, spor yapma durumu, kötü alışkanlık durumu gibi özellikler ile yaşam doyumunu ilişkilendirmede Ki-kare testi, Pearson testi, *t* testi, Tukey çoklu karşılaştırma analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi, çok yönlü ANOVA ve korelasyon analizi yapılmıştır. Bu çalışmanın örneklemini yaş ortalaması 71.89 (± 5.56) olan 147'si (%43,9) kadın ve 188'i (%56,1) erkek olmak üzere 335 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%52,8, $n = 177$) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir. 191 (%57) gelirin giderinden az olduğunu iletmiştir. Katılımcılardan 252'si (%75,2) evli, 83'ü (24,8) bekarıdır. Bunlardan 24'ü (%7,2) çalışmakta, 311'i (%92,8) ise çalışmamaktadır.

Yapılan araştırma sonucunda yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 17.12 ± 4.52 olup sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşmalar olduğu görülmüştür. Bu çalışma bağlamında erkeklerin yaşam doyumu puanlarının kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($t = -2.58, p < .01$); kronik hastalığı olmayan katılımcıların yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($t = -3.076, p < .01$); spor yapan katılımcıların yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($t = 2.587, p < .01$); erkeklerin kendini dinç hissetme oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($\chi^2 = 8.27, p < .01$); kadınlardaki kronik rahatsızlık oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($\chi^2 = 7.47, p < .01$) ve erkeklerin spor yapma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($\chi^2 = 8.58, p < .01$) neticelerine varılmıştır. Sonuç olarak Tokat ili Erbaa ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yüksek düzeyde bir yaşam doyumu ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda yaşlı bireylerde kronik rahatsızlık durumu yüksek olduğu ve kronik rahatsızlığı olanların yaşam doyumu daha düşük olduğu için bireylerin hastalıkları ile ilgili semptomlarını azaltıcı, hastalığa uyum sağlayıcı hemşirelik bakımlarının düzenlenmesi bireyin yaşam doyumu düzeyinin artması yönünde katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yaşam Doyumu, Yaşlanma, Yaşlılık.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Institute of Health Sciences
Nursing Department
Public Health Nursing
Master Thesis

THE DETERMINATION OF LIFE SATISFACTION LEVELS IN ELDERLY PEOPLE LIVING IN RURAL AREAS

Nurcan ÇALIŞKAN

Konya-2023

This study was conducted to determine life satisfaction levels in elderly individuals living in rural areas. The population of the study consisted of individuals aged 65 years and over registered to Ibni Sina Family Health Centre located in Erbaa district centre of Tokat province. The sample of the research was determined by the formula used when the number of individuals in the population was unknown and the research was carried out with the participation of 335 elderly individuals registered to Ibni Sina Family Health Centre. The research data were collected by the researcher through a questionnaire form determining the sociodemographic characteristics of elderly individuals and life satisfaction scales by face-to-face interview method.

The data obtained were summarised using percentage, mean and standard deviation. Chi-square test, Pearson test, t-test, Tukey multiple comparison analysis, multiple linear regression analysis, multi-way ANOVA and correlation analysis were used to associate life satisfaction with characteristics such as age, gender, chronic diseases, sporting status, bad habits. The sample of this study consisted of 335 participants, 147 (43.9%) female and 188 (56.1%) male, with an average age of 71.89 (± 5.56). It is seen that the majority of the participants (52.8%, $n = 177$) have primary education. 191 (57%) reported that their income was less than their expenses. Of the participants, 252 (75.2%) were married and 83 (24.8%) were single. Of these, 24 (7.2%) were employed and 311 (92.8%) were not employed.

As a result of the research, the mean score of the life satisfaction scale was 17.12 ± 4.52 and it was seen that there were differences according to socio-demographic characteristics. In the context of this study, life satisfaction scores of males were significantly higher than females ($t = -2.58, p < .01$); life satisfaction scores of participants without chronic diseases were significantly higher ($t = -3.076, p < .01$); life satisfaction scores of participants doing sports were significantly higher ($t = 2.587, p < .01$); men had significantly higher rates of feeling vigorous ($\chi^2 = 8.27, p < .01$); women had significantly higher rates of chronic diseases ($\chi^2 = 7.47, p < .01$) and men had significantly higher rates of doing sports ($\chi^2 = 8.58, p < .01$). As a result, it was determined that there were significant relationships between a high level of life satisfaction and socio-demographic characteristics in individuals aged 65 and over living in Erbaa district of Tokat province. In this context, since the chronic disease status is high in elderly individuals and the life satisfaction of those with chronic diseases is lower, organising nursing care that reduces the symptoms of individuals related to their diseases and adapting to the disease will contribute to increasing the life satisfaction level of the individual.

Key Words: Nursing, Life Satisfaction, Aging, Old Age.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığın tanımını çevresel koşullara uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması şeklinde yaparken; bilim ise tüm canlılarda görülen, bütün fonksiyonlarda azalmaya sebep olan, süreklilik arz eden evrensel bir süreç ve organizmada geriye dönüşü olmayan fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin bütünü şeklinde tanımlamaktadır (Koldaş, 2017; WHO, 2015). Yaşlanma genel olarak kişiye bağlı şekilde değişiklik göstermekle beraber toplumun düşünce ve değer yargıları da yaşlı ve yaşlılık kavramlarını şekillendirmektedir. Bu nedenle yaşlılığın biyolojik bir olgu olmasının yanı sıra toplum ve kültürle de bağlantılı olduğunu söyleyebiliriz. Toplum ve kültürlerin de zamana ve topluma göre farklılıklar arz etmesinden dolayı yaşlılık kavramının akılda canlandırdığı olguda da değişiklikler göstermektedir (Demirtaş ve ark., 2017).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınların çalışma hayatına katılması, evlilik yaşının artması, hastalıkların tedavisinin artması, doğumda ve yaşlılıkta yaşam sürelerinin uzaması yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Ülkemizde 65 ve üzeri yaş grubunda bulunan insanların sayısı 2016'da 6 651 503 iken bu rakam beş yıl içinde %24 artarak 2021'de 8 245 124 kişi olmuştur (TÜİK, 2022b). Yaşlı nüfus oranı 2015'te %8,3 iken 2021'de bu oran %1,4 artarak %9,7'e yükselmiştir (TÜİK, 2022a). Gelecek nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfus oranı 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040'ta %16,3, 2060'ta %22,6 son olarak 2080'te %25,6 olması beklenmektedir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Çalışma çağındaki (15-64 yaş) her yüz kişiye düşen yaşlı sayısına Yaşlı Bağımlılık Oranı (YBO) denir. Ülkemizde bu oran 2021 yılında %14,3'e yükselmiştir (TÜİK, 2022a). Toplam nüfus içinde genç nüfus oranının azalması ve yaşlı nüfus oranının artmasıyla ülkenin genç nüfus yapısına sahip olma özelliğini kaybetmesi anlamına gelmektedir. Nüfus tahminlerine göre 2025 yılında YBO %16,4, 2030 için %19,6, 2040 için %25,3 ve 2080 yılında ise %43,6 olması beklenmektedir (TÜİK, 2022a).

Yaşlılarda yaşam doyumu ile belirtilen öznel iyi oluş ve yaşlılık anlamı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bir çalışmada, yaşlıların sağlıklı, aktif yaşlanmayı yalnızca sağlıklı olmak olarak görmedikleri, ruhsal iyi oluş ve kişiler arası ilişkilerin de iyi olması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (Aksu, 2020). Aynı çalışmada yaşlılar; sağlıklı yaşlanmayı işlevsel kapasiteleri, bilişsel işlevleri, hafıza, mutluluk, bağımsızlık, yaşam tarzı ve bireysel yapılar ile

duygusal ve sosyal dinamikler arasındaki dengenin sonucu olan bir süreç olarak anladıkları bulunmuştur (Aksu, 2020).

Yaşam doyumunu belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantıdaki doyum anlaşılabilir ve yaş, kişilik özellikleri ve aile ortamından etkilenmektedir (Özsungur, 2019). Yaşam doyumunu birçok şey etkilemektedir. Yaşam doyumunu etkileyen temel bazı faktörler şöyle sıralanabilir: aktif olmak, fiziksel ve ruhsal olarak sağlam olmak, açık fikirli olmak, kendi hayatının kontrolünü kendi elinde hissetmek, özgürlük, evli olmak, ailesi ve arkadaşları ile iyi ilişkiler içerisinde bulunmak, güvenilir bir bölgede yaşamak, pozitif bireysel kimlik, sosyal çevrenin geniş olmasıdır (Dağlı ve Baysal, 2016).

Yaşam doyumunun en önemli belirleyicilerinden biri de sosyal ilişkilerdir. Sosyal ilişkiler ve sosyal destek aynı zamanda sağlığın korunması ve sürdürülmesinde koruyucu bir mekanizma oluşturmaktadır (Kaçan Softa ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda yaşlıların çocuklarını görme sıklıkları ve akrabalarını görme sıklıkları arttıkça sosyal destek algı puanları da artış göstermektedir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, yaşlıların algıladıkları sosyal desteğin artmasının onların yaşam doyumunu üzerinde olumlu katkısı olduğunu ortaya koyması bakımından önemlidir (Aydın Boylu ve Günay, 2018).

Kırsal kesim ise az sayıda ev veya diğer binaların bulunduğu ve çok fazla insanın olmadığı açık bir arazi parçası olarak tanımlanabilir. Kırsal kesimlerde genel olarak nüfus yoğunluğu düşük olup birincil endüstri tarımdır. Birçok insan çiftçilik veya hayvancılık yapmaktadır. Mezralar, köyler, kasabalar ve diğer küçük yerleşim yerleri kırsal alanların içinde veya bu alanlarla çevrilidir. Kırsal kesimlerdeki sağlık hizmetlerinin gelişmişliği yaşam doyumunu yakından ilgilendirmektedir. Türkiye Sağlık İstatistikleri incelendiğinde, yaşlı nüfusta daha yüksek oranda görülen hipertansiyon, obezite, diyabet, sağlık problemlerinin kırsalda daha fazla olduğu görülmektedir (TÜİK, 2022a). Bu durum hem kırsal nüfusun demografik yapısı hem de kırsalda sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamama ile açıklanabilir.

Kırsal alanda sağlık bakım engelleri; sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması, sağlık hizmetlerine erişim engelleri, sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin eksikliği, telefon hizmetlerinin yetersizliği, ulaşım araçları, telefon hizmetlerine ve sosyal yardım hizmetlerine erişememe, hava koşulları, tahmin edilemeyen seyahat, sağlık hizmetleri ile ilgili prosedürler, sağlık personelinin kırsaldan gelen bireylerin gereksinimlerini anlamaması ve onlara karşı tavırları, dil ve kültürel engellerdir. Ülkemizde kırsal alan sağlık hizmetleri, genel olarak aile sağlığı

merkezlerince yürütölmektedir. Yaşlı nüfusun yoğunluğu ve bu grubun kompleks sağlık bakım gereksinimleri kırsal alanda görev yapan hemşirelerin daha yetkin olmalarını gerektirmektedir (Demir Avcı ve Gözüm, 2018).

Yaşam doyumu ile ilgili programların hazırlanması ve desteklenmesi ileri yaşlardaki insanların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, öznel iyi oluşlarının ve yaşamdan memnuniyetlerinin artırılması adına çok önemlidir. Bu noktada yaşam doyumu hususunda literatürümüzde bazı çalışmalar bulunmaktadır ancak bu çalışmaların muhtevasının farklı şekillerde olması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bu durumda yaşlı sağlığı ile ilgili bilgilerin eksikliği söz konusudur. Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yeteri kadar bilinmemesi de yaşam kalitesi ve memnuniyetinin artırılması ile ilgili politikaların nasıl ve hangi yönde desteklenmesi gerektiği konusunda sorun oluşturmaktadır. Bu çalışmada Tokat/Erbaa ilçesindeki yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi ve sağlığı geliştirmede, bakım uygulamalarında yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı kırsal bölgede yaşayan yaşlılarda yaşam doyumu düzeylerini belirlemektir.

Araştırma Soruları

1. Kırsal bölgede yaşayan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Kırsal bölgede yaşayan yaşlıların yaşam doyumu düzeyleri nasıldır?
3. Kırsal bölgede yaşayan yaşlıların sosyo-demografik özellikleriyle yaşam doyumu düzeyleri arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Dünyadaki her canlı doğar, zamanla büyüyüp gelişir ve yaşlanarak ölür. Yaşlanma, ilk olarak anatomik ve fizyolojik bir olay olup toplumsal yaşamda ve kişisel faaliyet veya enerjide de görülebilen bir dönemdir (WHO, 2015). Biyolojik düzeyde, yaşlanma, zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücrel hasarın birikmesinin etkisinden kaynaklanır (WHO, 2015). Bu, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya, artan bir hastalık riskine ve nihayetinde ölüme yol açar. İnsanlar yaşlandıkça, aynı anda birkaç koşulla karşılaşma olasılıkları daha yüksektir. İleri yaştaki yaygın durumlar arasında işitme kaybı, katarakt ve kırma kusurları, sırt ve boyun ağrısı ve osteoartrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, depresyon ve bunama bulunur.

Yaşlanma genel olarak kişiye bağlı şekilde değişiklik göstermekle beraber toplumun düşünce ve değer yargıları da yaşlı ve yaşlılık kavramlarını şekillendirmektedir (Koldaş, 2017). Bu nedenle yaşlılığın biyolojik bir olgu olmasının yanı sıra toplum ve kültürle de bağlantılı olduğunu ifade edebiliriz. Yaşlılık ve yaşlanma arasındaki ilişki birbirine yakındır, onları ayırt etmek için, yaşlanmanın bir süreç olduğu, yaşlılığın ise bir durum olduğu ifade edilebilir. Yaşlanma geri döndürülemez bir süreçtir. Yaşlanmayı, bir insan vücudunun belirli hücrelerin dejenerasyonu ile sonuçlanan, hayati fonksiyonların zayıflamasına ve yavaşlamasına ve fiziksel, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olan bir dizi dönüşüm geçirmesi süreci olarak da tanımlayabiliriz.

DSÖ, yaşlılığın tanımını çevresel koşullara uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması şeklinde yaparken; bilim ise tüm canlılarda görülen, bütün fonksiyonlarda azalmaya sebep olan, süreklilik arz eden evrensel bir süreç olarak ve organizmada geriye dönüşü olmayan fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin bütünü şeklinde tanımlamaktadır (Koldaş, 2017; WHO, 2015).

DSÖ'ye göre yaşlılık evresi 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmekteyken, Birleşmiş Milletler (BM) 60 yaş ve üzerini esas almaktadır. Fakat yapılan çalışma ve araştırmalarda DSÖ'nün kriterleri dikkate alınmaktadır (WHO, 1998; Sözen, 2014).

2.2. Yaşlılık Döneminin Genel Özellikleri

Yaşlılık döneminde yaşlı bireylerde yaş aldıkça birtakım değişimler meydana gelir. Bunlar genel olarak psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik değişimlerden ibaret olup yaşlı bireyin hayatını etkilemektedir. Bu değişimler sırasıyla anlatılacaktır.

2.2.1. Psikolojik değişiklikler

Birçok biyolojik, sosyal ve psikolojik faktör ruh sağlığını etkiler. Yaşlı insanlar strese, özerklik kaybına (hareket kabiliyetinde azalma, kronik ağrı, kırılabilirlik) ve/veya fiziksel veya zihinsel problemlere, uzun süreli bakıma maruz kalabilir (Demirbaş, 2018). Bu faktörler izolasyona, bağımsızlık kaybına, yalnızlığa ve psikolojik sıkıntıya yol açabilir. Ruh sağlığı fiziksel sağlığı etkiler ve bunun tersi de geçerlidir. Fiziksel sağlık sorunları olan yaşlı insanların, sağlıklı insanlardan daha sık depresyona girme olasılığı daha yüksektir (Demirbaş, 2018). Yaşlı yetişkinler de fiziksel veya psikolojik travma ve bazen ciddi ve kalıcı psikolojik sonuçlarla (kurumlarda veya evde) istismara karşı savunmasızdır (Ağar, 2020; Kersu ve Alparslan, 2020).

Dünya çapında 60 yaş ve üzeri yetişkinlerin %15'inden fazlası zihinsel veya nörolojik bir sağlık bozukluğundan mustarıdır ve 60 yaşın üzerindeki bireylerdeki engelliliklerin %6,6'sı psikolojik veya nörolojik bozukluklara bağlanmaktadır (WHO, 2017; Naghavi, 2019). En sık görülen bozukluklar demans ve depresyondur. Anksiyete ve depresyon hastalıkları ise yaşlı bireylerde birlikte bulunmakta, bu da tanıyı zorlaştırmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan yaşlıların %13'ünde depresyon; depresif hastaların %36'sında da anksiyete bozukluğu bulunmaktadır (WHO, 2015).

2.2.2. Fiziksel değişiklikler

Bireyler yaş aldıkça fiziksel anlamda çeşitli değişimler yaşarlar. Bunlar vücut, cilt, saç, kas kaybı, boy ve kilo değişimleri gibi hususlardan oluşur (Ağar, 2020). Yaşlı bireylerde ise bu durum daha hızlı ve zorlu bir süreç halinde olmaktadır.

Herkesin vücut şekli yaşlandıkça doğal olarak değişir. ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi'ne göre, 30 yaşından sonra insanlar yağsız dokuları kaybetmeye eğilimlidir ve kas, karaciğer, böbrek ve diğer organların bazı hücreleri kaybolur (ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi, 2014; Ağar, 2020). Doku kaybı vücudunuzdaki su miktarını azaltır, kemikler minerallerinin bir kısmını kaybedebilir ve daha az yoğun hale gelebilir. Vücut yağ miktarı 30 yaşından sonra istikrarlı bir

şekilde artar ve yaşlı bireyler, genç oldukları zamana kıyasla neredeyse üçte bir oranında daha fazla yağa sahip olabilir. Yağ dokusu, iç organlar da dahil olmak üzere vücudun merkezine doğru birikir.

Yaşla birlikte cilt ise daha ince, daha az elastik hale gelir, yağ kaybeder ve artık dolgun ve pürüzsüz görünmez (National Institute on Aging, 2015). Damarlar ve kemikler daha kolay görülebilir ve çizikler, kesikler ve çarpmaların iyileşmesi daha uzun sürebilir. Güneşe maruz kalan yıllar kırışıklıklara, kuruluğa, yaşlılık lekelerine ve kansere neden olabilir.

Sarkopeni ya da diğer adıyla kas kaybı ise, yaşlanmanın doğal bir parçası olarak kas dokusunun kaybedilmesidir. Kas kaybı en çok erkeklerde fark edilir ve fiziksel olarak aktif olmayan kişiler, 30 yaşından sonra her on yılda bir kas kütlelerinin %3 ila %5'ini kaybedebilir (Ağar, 2020; Webmd, 2016). Sarkopeni tipik olarak 75 yaştan sonra daha da hızlanır. Kas kaybını tetikleyen faktörler arasında beyinden kaslara hareket etmeye başlamak için sinyal göndermekten sorumlu sinir hücrelerinde azalma, proteini enerjiye dönüştürme yeteneği ve yeterli kas kütlelerini sürdürmek için yeterli kalori veya protein alamama gibi durumlar vardır (Ağar, 2020).

Bir diğer fiziksel değişim ise kilo ve boyda gerçekleşir (Bölükbaşı, 2020; Yerli, 2017). Yaşlandıkça kısalma eğilimi tüm ırklarda ve her iki cinsiyette de görülür. Boy kaybı, kemikler, kaslar ve eklemlerdeki yaşlanma değişiklikleri ile ilgilidir (ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi, 2014). İnsanlar genellikle 40 yaşından sonra her 10 yılda bir yaklaşık yarım inç kaybeder ve boy kaybı 70 yaşından sonra daha da hızlanır. Yaşlanmayla birlikte toplamda 1 ila 3 inç boy kaybı olur (Bölükbaşı, 2020; Yerli, 2017).

2.2.3. Sosyal ve ekonomik değişiklikler

Yaşlanan bireylerde fiziki ve ruhsal farklılıklar meydana gelmekte ve buna ek olarak ekonomik ve sosyal anlamda da bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Seedsman, 2017). Yaşlı bireyler genel olarak emekli olduğu için gelirlerinde düşüş yaşanmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireyler yaşları ilerledikçe daha az üretmekte ve daha az gelir elde etmektedirler. Emeklilik ile birlikte yaşanan bu gelir seviyesinin azalması yaşlılık döneminde ekonomik ve dolaylı olarak sosyal sıkıntılara da yol açmaktadır (Seedsman, 2017). Yaşlılık döneminde sosyal rol ve statülerde kayıplar olabilmekte ve bu durum bireyi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Emeklilikte bireyin çevresiyle ilişkilerinde de sınırlamalar yaşanabilmekte ve birey kendini boşlukta hissedebilmektedir (Kaptan, 2013; Tuna ve Tenlik, 2017).

2.3. Yaşlılık Dönemleri

Yaşlılık, yaşa bağlı olarak sınıflara ayrılmaktadır. Buna göre genç-yaşlı, orta-yaşlı ve geç-yaşlı şeklinde 3 ayrı döneme ayrılan yaşlılıkta bu dönemler birbirinden farklı özelliklere de sahiptir. Söz konusu yaşlılık dönemleri aşağıda sırasıyla verilecektir.

2.3.1. Genç-yaşlı dönemi (65-74 yaş aralığı)

Günümüzün yaşlı grubu, önceki nesillere göre genel olarak daha mutlu ve finansal olarak daha iyi olarak tanımlanabilir. Gelişmiş dünyada, insanlar ellerinde kaynaklara sahip oldukları için altın çağa hazırlanma olasılıkları daha yüksektir. Bu yaş dönemi 65-74 yaş aralığında olduğu kabul edilmektedir.

Science Daily tarafından yayınlanan bir rapora göre, altmış yıl önce doğan yaşlıların yaşam beklentisi uzun olmasına rağmen, metabolik olarak yüz yıl önce doğanlardan daha az formda olabilmektedir (European Society of Cardiology, 2013). Genç-yaşlılarda özellikle kardiyovasküler durumlar için metabolik risk faktörü daha yüksektir. Bunun nedenlerinden biri erken dönem yaşlıları genel olarak teknoloji meraklısıdır (Anderson ve Perrin, 2017). Yaşlı grubun yaklaşık %70'inin internet bağlantısı olduğu için önceki nesillere göre daha fazla dijitalle dönüktürler (Anderson ve Perrin, 2017).

Akıllı cihazlar yaşlıları, arkadaşları ve aileleriyle yakın temas halinde tutar. Bu, alışveriş yaparken veya seyahat planları için rezervasyon yaparken hayatı daha kolay hale getirir. Hatırlatıcılar ve Google Haritalar gibi belirli mobil uygulamalar yaşlılar arasında popüler hale gelmiştir. Bununla birlikte, teknolojinin genç-yaşlılar arasında bazı olumsuz etkileri vardır. Telefon ve bilgisayar bağımlılığı zararlı olabilir. Hareketsiz yaşama ve anti-sosyal davranışlara yol açabilir.

2.3.2. Orta-yaşlı dönemi (ileri yaşlı - 75-84 yaş aralığı)

Orta-yaşlılar yaklaşık olarak 1940'lar ve 1960'lar arasında doğmuş olup 75-84 yaş aralığında oldukları kabul edilmektedir. Bağışıklama ve antibiyotik tedavisi alan ilk nesil onlardır. Hızla gelişen cerrahi tedavilere ve teşhis tekniklerine tanık oldular. Kişisel gelişime değer verirler, daha az sigara içerler ve fark yaratmayı severler.

Genç-yaşlılardan farklı olarak, orta-yaşlı grup bir iş-yaşam dengesi kurmaya daha karardır. Bu sayede sağlığa yatırım yapmışlar ve hem fiziksel hem de zihinsel esenliği ön planda

tutabilmişlerdir. Artan kronik hastalık riskine rağmen, bebek patlamaları, organik gıdalar ve en yeni arabalar gibi güncel trendleri nasıl takip edeceklerini biliyorlar.

Bu grup bazı günlük egzersizlere katılabilir ancak yüksek etkili antrenmanlara katılamaz. Günlük aktiviteler bahçecilikten yogaya kadar değişebilir. Genç-yaşlı gibi, bu yaş grubu da teknolojiye bağımlıdır (Anderson ve Perrin, 2017). Bakıcıların yardımına ihtiyaç duyabilirler, ancak bağımsız kararlar vermeyi tercih ederler. 2050 yılına kadar bakım sağlayıcıların yardımı ihtiyacı olan yaşlılara oranının düşmesinin çok muhtemel olduğu tahmin ediliyor (Ribeiro ve ark., 2021). Bu, uyku süresinin azalması ve uyku kaygısı gibi olumsuz etkileri olabilecek teknolojik aletlerin kullanımına bağlanabilir. Ayrıca, orta-yaşlılar tarafından yapılan aşırı televizyon izleme, artan obezite, yalnızlık ve depresyon riski ile ilişkilidir. Ek olarak metabolizmayı yavaşlatır ve görüşü bozarak sindirim sorunlarına ve diğer sorunlara yol açar (Gorn ve Claxton, 1985).

2.3.3. Geç-yaşlı dönemi (en ileri yaşlı - 85 yaş sonrası)

Geç-yaşlıların 85 yaş ve üzerinde oldukları kabul edilmektedir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017). Bunlar internet ve televizyonun cazibesi olmadan büyüyen yaşlılardır. İnternet ve hızlı küreselleşmeden etkilenmemişlerdir. Bu yaşam tarzı, dışarıda yemek yiyerek harika zaman geçirebilen günümüzün yaşlılarından çok farklıdır. 85 yaş ve üzeri bu bireyler, aileleri ya da bakım kuruluşlarının desteğini oldukça ihtiyaç duymaktadır (Aslan ve Hoccoğlu, 2017).

2.4. Yaşlılık Türleri

Bazı insanlar yaşlanmayı sadece bir zihin durumu olarak görürken, diğerleri zihnin ve vücudun zaman içinde doğal olarak nasıl değiştiğine bakar. Daha geniş anlamda, yaşlanma dört farklı ve sıklıkla ilişkili kategoriye ayrılabilir: kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyolojik yaşlanma. İşte bu dört farklı yaşlanma türüyle ilgili neler olduğuna ve yaşlı bir sevilen kişinin yaşlanırken optimal zihinsel ve fiziksel sağlığı korumak için her biriyle ilgili sorunları ele almasına yardımcı olmak için neler yapılabileceğine daha yakından bir bakış sunmaktadır.

2.4.1. Kronolojik yaşlanma

Kronolojik yaş olarak da bilinen fizyolojik yaş tanımı, bir kişinin hayatta kaldığı süredir (Yazıcı, 2014). Yetişkinler tipik olarak doğumdan itibaren kronolojik yaşı ifade eder. Hayattaki

çoğu dönüm noktası, ulaşılabilecekleri kronolojik yaşa göre not edilir. Gençler genellikle çift haneli yaşlarda veya en azından 10 yaşında olmayı dört gözle beklerler. Bununla birlikte, bu dönüm noktası belirteçleri yalnızca fizyolojik yaşa dayanmaktadır. Pek çok insan, bu kronolojik yaş dönüm noktasına ulaştıklarında psikolojik veya sosyal olarak bunları yapacak kadar olgun değildir. Bu nedenle, bireyin eldeki görevi güvenli bir şekilde yerine getirme yeteneğine sahip olmasını sağlamak velilerin, hükümetlerin ve işverenlerin sorumluluğundadır.

2.4.2. Biyolojik yaşlanma

Fizyolojik yaş olarak da adlandırılan biyolojik yaş, beslenme, egzersiz ve uyku alışkanlıkları gibi birçok yaşam tarzı faktörünü dikkate alır (Güler, 1998). Bu yaşlanma türü çoğu insanın aşına olduğu yaşlanma türüdür, çünkü insan vücudunun zaman içinde doğal olarak değiştiği çeşitli yolları ifade eder (Güler, 1998). Örneğin, yaşla ilişkili bağışıklık sistemi değişiklikleri, enfeksiyonlar ve virüslerle savaşmayı zorlaştırır. Biyolojik yaşlanma ayrıca sindirim sistemini, omurgayı, eklemleri, hayati organları ve hareket ile günlük işleyişe yardımcı olan diğer kısımları da etkileyebilir. İşitme, görme ve ağız sağlığı da biyolojik sorunlardan etkilenebilir.

Biyolojik yaşlanmanın arkasındaki temel fikir, yaşlanmanın, vücuttaki çeşitli hücelere ve dokulara yavaş yavaş hasar biriktirirken gerçekleşmesidir (Arpacı, 2005). Kronolojik yaş bir faktör olsa da kronolojik yaşınızla aynı biyolojik yaşa sahip olmayabilirsiniz. Örneğin, 28 yaşında, egzersiz yapmayan, yalnızca yüksek yağlı yiyecekler yiyen ve son 10 yıldır günde beş paket sigara içen bir erkekseniz, biyolojik yaşınız büyük olasılıkla 28 yıldan fazla olacaktır (Arpacı, 2005).

2.4.3. Psikolojik yaşlanma

Bu yaşlanma türü büyük ölçüde davranışla ilgilidir, ancak aynı zamanda genel algı ve yakın çevreye verilen tepkileri de içerir. Psikolojik yaşlanma, beyindeki değişikliklerle ve bazı durumlarda, problem çözmeyi, duyguları ve durumlara verilen öznel tepkileri etkileyebilecek psikolojik sorunlar veya bilişsel yeteneklerdeki değişikliklerle ilgilidir (Ceylan, 2015).

Yaşlanmanın psikolojik yönleriyle ilgili ikinci bir genel ifade, kişiliğin sonraki yaşamda derin değişikliklere uğramadığıdır; çoğu kişilik özelliği, benlik kavramı ve benlik saygısı orta yaştan itibaren oldukça sabit kalır (Ceylan, 2015). Gelişimsel zorluklar ve fırsatlar yaşam boyunca farklılık gösterse de insanların değişime uyum sağlamak, bir benlik duygusunu geliştirmek ve güçlendirmek, tam insan potansiyelini gerçekleştirmeye yönelik çalışmak için kullandıkları

stratejiler yetişkinlik boyunca uygulanır. Zamanın basit geçişi, nadiren bu temel kişilik yapıları ve stratejilerinde temel değişiklikler gerektirir veya bunlara neden olur.

Önemli ölçüde fiziksel işlev kaybı kaçınılmaz veya evrensel olmadığı gibi, bellek ve diğer bilişsel beceriler de yaşla birlikte sabit kalabilir veya hatta gelişebilir. Demans prevalansı üzerine yapılan bir araştırma, 71-79 yaşları arasındaki kişilerin %5'inde bunama olduğunu gösterirken, 90 yaş ve üzerindeki %37,4'ünde bunama vardır (Plassman ve ark., 2007). 2022 yılı itibariyle dünya genelinde yaklaşık 55 milyon kişi demans hastası olup bunların %60'ından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2022). Neredeyse her ülkede yaşlı nüfusun oranı arttığından, bu sayının 2030 yılında 78 milyona, 2050 yılında ise 139 milyona yükselmesi beklenmektedir (WHO, 2022).

2.4.4. Sosyolojik yaşlanma

Sosyal yaşlanma, sosyal alışkanlıkların ve davranışların zaman içinde nasıl değiştiğini ifade eder (Ak, 2016). Aynı zamanda bireyin bir bütün olarak toplumla ve kendi yaş grubundaki insanlarla ilgili rolünü de içerir. Bu tür yaşlanma, kısmen, bir bireyin sosyal normlara dayalı olarak diğerleriyle etkileşimlerinde nasıl davranması beklendiğiyle ölçülür.

Sosyal katılım için mevcut fırsatlardan psikolojik sorunlara ve yaşa bağlı bilişsel değişikliklere kadar, sosyal yaşlanmayı etkileyebilecek birçok faktör vardır. Gri saçlar, kırışıklıklar, daha uzun tepki süresi ve hatta kısa süreli hafıza kaybı, yalnızca içinde yaşadığımız sosyal dünyanın bu özellikleri anlamlı olarak tanımlamış olması nedeniyle önemlidir. Yaşlanmanın sosyal anlamının çoğu, yaşlanmanın fiziksel ve zihinsel yetenekler üzerindeki etkileri hakkındaki yanlış inançlara bağlıdır. Çoğu insan için yaşlanma, çoğunu telafi ettiğimiz ve günlük yaşamlarımız üzerinde çok az etkisi olan kademeli bir değişim sürecidir (Ak, 2016).

2.5. Yaşlılık Teorileri

2.5.1. Yaşamdan geri çekilme teorisi

Yaşamdan çekilme teorisi (Cumming ve Henry, 1961), başarılı yaşlanmanın, aktif yaşamdan ayrılma sürecini kabul etme ve isteme anlamına geldiğini öne sürer. Bu ayrılma toplum için işlevsel ve birey açısından faydalı, normal, tipik ve ideal olarak görülmektedir (Marshall ve Clarke, 2007). Yaşamdan çekilme teorisi, belki de bireysel ve sosyal psikolojik düzeyde yaşlanmanın en eski teorisidir. Sosyal bilimciler Elaine Cummings ve William Earle Henry, 1961'de Growing Old adlı kitaplarında bu teoriyi oluşturdular ve sundular. Teori, sosyal

bilimlerde yaşlanmaya ilk giren kişi olması ve aynı zamanda bir neslin ortaya çıkmasına neden olan önemli tartışmalara yol açmasıyla dikkat çekmiştir. Yaşamdan çekilme teorisi, sosyal bilimcilerin araştırmalarında işlevselciliğe büyük önem verdikleri bir dönemde ortaya çıktı. İşlevselcilik, kısaca toplumun işleyişi için belirli bir olgunun gerekli olduğu görüşüdür.

Sosyal yapısal değişim, bireyi çevreleyen sosyal yapıdaki üye sayısında bir azalmayı, bu üyelerle etkileşimlerin azalmasını ve sistemin amaçlarının yeniden yapılandırılmasını içeriyorsa, bir geri çekilme olarak tanımlanır. İnsanları incelemeye yönelik bu yapısal-işlevsel yaklaşım, bireyleri belirli ihtiyaçlara ve kişilik özelliklerine yönelik eğilimleri olan bir dizi rolden başka bir şey olarak görmedi. İster toplumsal taleplere, isterse fizyolojik ve psikolojik gelişimin kaçınılmaz ve evrensel baskılarına olsun, birey bu görüşte büyük ölçüde tepkiliydi (Marshall ve Clarke, 2007).

Ünlü çağdaş sosyolog Arlie Hochschild de bu teorinin eleştirilerini yayınlamıştır (Hochschild, 1976). Onun görüşüne göre, teori kusurlu zira içinde bir “kaçış maddesi” vardır, burada ayrılmayanlar sorunlu aykırı değerler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca Cummings ve Henry’yi, ayrılmanın isteyerek yapıldığına dair kanıt sağlamadıkları için de eleştirmiştir.

2.5.2. Aktivite teorisi

Aktivite teorisi, bireyler tam bir gün boyunca faaliyetlerde bulduklarında ve başarılı bir şekilde yaşlanmak için bir üretkenlik seviyesini sürdürdüklerinde ortaya çıkmaktadır (Havighurst, 1961). Aktivite teorisi temelde şunu savunmaktadır: Ne kadar çok aktivite yaparsanız, o kadar iyi yaşlanırsınız. Bu durum aynı zamanda belirli bir anlam ifade etmektedir. Herhangi bir aktivite ile meşgul olan insanlar daha mutlu, daha sağlıklı ve etraflarında olup bitenlerle daha fazla temas halinde olma eğilimindedir. Aynı şey her yaştaki insan için de geçerlidir.

Teori, gerontolog veya yaşlanma uzmanı Robert J. Havighurst tarafından 1961’de geliştirilmiş ve ilk olarak, yaşamdan geri çekilme teorisine bir yanıt olarak tasarlanmıştır. Yaşamdan geri çekilme modeli, yaşlıların ölüme her zamankinden daha yakın olduklarını fark ettikleri için toplumdan ayrılmalarının doğal olduğunu öne sürmektedir. Ancak, çalışma, evlilik, aile kurma gibi temel toplumsal rollerinden çekilmeleri, sosyal yaşam alanlarını büyük ölçüde kaybetmeleri ve dolayısıyla kriz ve moral bozukluğu yaşamaları anlamına gelir (Havighurst, 1961).

Havighurst'ün aktivite teorisi, bazılarının yaşamdan geri çekilme teorisinin karamsarlığı olarak algıladığı şeyle kasıtlı olarak çelişmektedir. Bununla birlikte, aktivite teorisinin eleştirilenleri, yaşlıların bu tür faaliyetlerde bulunmalarını engelleyen sağlık ve ekonomideki eşitsizlikleri göz ardı ettiğini belirtmektedir. Ayrıca, bazı yaşlı yetişkinler yeni zorluklarla uğraşmayı istemezler.

2.5.3. Süreklilik teorisi

Havighurst ve Atchley tarafından geliştirilen süreklilik teorisi, insanların orta yetişkinlikten yaşlılığa geçiş sırasında aynı temel değerleri, ilgileri ve davranışları sürdürme eğiliminde olduğunu ifade eder (Atchley, 1989; Havighurst, 1968). Bu durum, insanların yaşlandıkça tanıdık deneyimleri yeni deneyimlere tercih etmeye başladıklarını gösteren araştırmalarla uyumludur (Nimrod ve Kleiber, 2007). Süreklilik, iç yapılarda (örneğin kişilik, değerler) ve dış yapılarda (örneğin sosyal roller ve ilişkiler, boş zaman etkinlikleri) sergilenebilir ve kimliğin korunmasını, amacını ve kontrol duygusunu teşvik eder (Nimrod ve Kleiber, 2007). Bu faydalardan dolayı, daha yüksek bir kontrol duygusu, yaşlılarda moralin iyileşmesi ve depresif semptomların azalması ile ilişkili olduğundan, emeklilik sırasında süreklilik özellikle uyarlanabilir (Moen ve ark., 1992).

Süreklilik teorisi, yaşlanmanın çeşitli psikososyal teorilerinden biridir. Yaşamdan geri çekilme teorisi, insanların daha sonraki yaşamlarında toplumdaki çekilme eğiliminde olduklarını, genç nesillerin resmi sorumluluklarını üstlenmelerine ve kendilerine iç gözlem ve rahatlama için zaman ayırmalarına izin verdiğini belirtir. Tersine, aktivite teorisi, yaşlı insanların refahlarını korumak için yaşlandıkça toplumda aktif kalmaları gerektiğini öne sürer. Süreklilik teorisi ise insanların daha sonraki yaşamlarına girerken sosyal katılımlarında mutlak bir değişikliği tanımlamaz; daha ziyade, orta yetişkinlik döneminde aktif olan kişilerin yaşlılık döneminde aktif kalacağını ve orta yetişkinlik döneminde nispeten aktif olmayan kişilerin yaşlılık döneminde daha aktif olmayacaklarını belirtir. Başka bir deyişle, yaşlı yetişkinler, gençken sergiledikleri genel rolleri üstlenmeye devam edeceklerdir. Süreklilik teorisi, yaşlanma sürecinin herkes için aynı olmadığını kabul eden ilk psikososyal yaşlanma teorisidir (Lange ve Grossman, 2014).

2.5.4. Rol kaybetme teorisi

Sosyal yaşlanmada öne çıkan teorilerden biri de rol kaybetme teorisidir. Rol teorisyenleri, hayatın kontrolünü elinde bulundurmanın ve sosyal güce ve prestije sahip olmanın daha iyi

sağlıkla ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Krause ve ark., 1992). Rol teorisinin ana bileşenlerinden biri rol kaybıdır. Bu genellikle insanlar yaşlandıkça ortaya çıkar; yaşlanan bireyler aktif ebeveynler, çalışanlar ve eşler olarak rollerini kaybetmeye başlarlar. Rol kaybı yaşama durumu ise genellikle yaşam üzerinde kontrol kaybı duygularına yol açar. Ek olarak, yaşlı insanlar çoğunlukla başkalarıyla daha az temas halindedir ve bu da sosyal etkileşim miktarının azalması nedeniyle sosyal izolasyona ve sosyal ağlarının daralmasına neden olur. Söz konusu bu asosyal durum daha kötü bir sağlığa yol açabilir (Moen ve ark., 1992).

Araştırmalar, algılanan sosyal izolasyonun kan basıncının düzenlenmesi ve bağışıklık tepkileri gibi çeşitli fizyolojik işlevlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Berntson ve Cadoppo, 2000). Araştırmacılar ayrıca, her ikisi de genel refahın bileşenleri olan kontrol duygularının ve depresif semptomların kaybına yol açan rollerin kaybını teorize etmektedir (Krause ve ark., 1992). Van Willigen (2000), kontrol kaybını “güçsüzlük, izolasyon, kendine yabancılaşma, anlamsızlık ve normsuzluk” olmak üzere beş farklı kavramdan oluşan bir şekilde açıklamaktadır.

2.5.5. Değiş-tokuş teorisi

Bir değişim süreci olarak sosyal davranış, 1958’de sosyolog George Homans tarafından ortaya atılan bir kavramdır (Homans, 1958). Sosyolojik ve psikolojik bakış açılarına dayanan Homans, sosyal değişimin pekiştirme olarak görülebileceğini öne sürmektedir (Homans, 1958). Bireyler davranışlarının ödüllendirici mi yoksa maliyetli mi olduğunu tespit eder ve geçmiş etkileşim (değiş-tokuş) deneyimlerinden öğrenirler. Bu olumlu veya olumsuz davranışsal sonuçlar, istenen sonuçları elde etmek ve maliyetli olanları en aza indirmek için gelecekteki davranışları güçlendirir, söndürür veya değiştirir. Bireyler zaman içinde başkalarıyla etkileşime girdikçe, olumlu sonuçları olan sosyal değişimleri seçme ve olumsuz sonuçları en aza indirmek için ellerinden gelenin en iyisini yapma eğilimindedirler (Homans, 1958).

Sosyal değiş-tokuş teorisi, bireyler arasındaki sosyal davranış ve etkileşimlerin bir mübadele sürecinin bir sonucu olduğunu öne sürer (Homans, 1958). Bu bakış açısı, bireyler arasındaki ilişkinin, ödül ve faydaların peşinde koşma ve maliyet ile cezalardan kaçınma yoluyla oluşturulduğunu öne sürer. Araştırmalar, sosyal değiş-tokuşların yaşam boyu kritik olduğunu ve insanlar yaşlandıkça daha fazla önem kazandığını göstermektedir. ABD gibi bazı kültürler, mübadelelerde karşılıklılığın önemini vurgulamaktadır (Homans, 1958).

2.5.6. Kişi-çevre-uygunluk teorisi

1970'lerde ortaya çıkan daha geniş yaşlanma görüşünün ardından, 1980'lerin başında farklı disiplinlerden mevcut teorileri harmanlayan başka bir değişim meydana gelmiştir. Lawton'ın (1982) Kişi-Çevre-Uygunluk Teorisi, bir çevrede işlev görme kapasitesinin başarılı yaşlanmanın önemli bir yönü olduğunu ve bu işlevin ego gücünden, motor becerilerden, biyolojik sağlıktan, bilişsel kapasiteden, duyuşsal algısal kapasiteden ve çevre tarafından dayatılan dış koşullardan etkilendiğini öne sürmüştür (Lawton, 1982).

İşlevsel kapasite, yaşlı bir yetişkinin çevresine uyum sağlama yeteneğini etkilemektedir. Daha düşük seviyelerde çalışan bireyler daha az çevresel talebi tolere edebilirler. Lawton'ın (1982) teorisi, çevre ile yaşlı bir yetişkinin işlev görme yeteneği arasındaki uyum hakkında düşünmemize yardımcı olmaktadır.

Bazı yazarlar bu teoriye destek vermektedir. Wahl (2001), Lawton'ın teorisini kullanarak, yaşlanma ile çevre, ev, kurum ve yer değiştirme kararları arasındaki ilişkileri açıklamak için altı model geliştirmiştir. Yapılan çalışmada kendi kendilerinin belirlediği motivasyon stillerine sahip yaşlı yetişkinler, özgürlük ve seçim fırsatları sunan evlerde yaşadıklarında daha iyi uyum sağladılar. Daha az öz-belirleyici motivasyon stiline sahip sakinler ise yüksek kısıtlanmalı ortamlarda yaşadıklarında daha iyi uyum sağladılar (Wahl, 2001). Yazar, araştırma bulgularının yaşlılıkta kişi-çevre-uyum teorisini desteklediği sonucuna varmıştır (Wahl, 2001).

2.6. Nüfusun Yaşlanması ve Toplumsal Boyutları

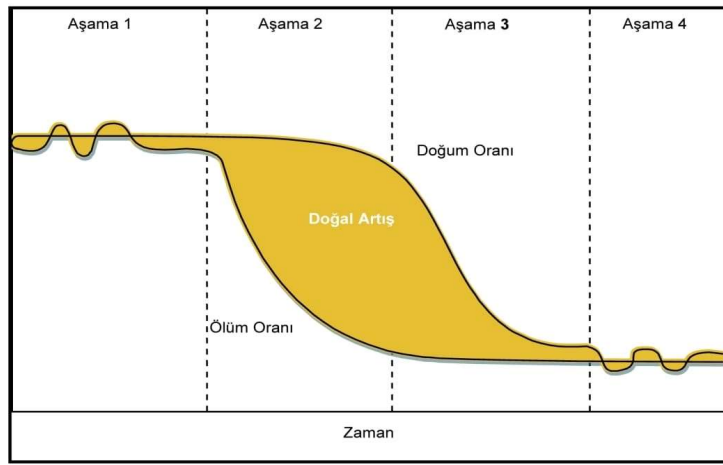
2.7. Kavramsal Çerçeve

Nüfusun yaşlanması, doğum oranındaki azalmanın ve yaşam beklentisindeki artışın bir sonucudur (Aközer ve ark., 2011). Doğum oranındaki azalma, demografik geçiş sırasında meydana gelen bir olgudur. İnsanlar artık eski zamanlara nazaran daha uzun bir yaşam sürmekte ve yaşlıların toplam nüfus içindeki payı hızla artmaktadır. 2005 ile 2050 yılları arasında dünyanın her ülkesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı artacağı tahmin edilmektedir. Dünya çapındaki yaşlıların sayısı 2030 yılına kadar iki katından fazla olacaktır. Nüfus yaşlanmasının birçok toplumsal ve politik sonuçları vardır. Nüfusun yaşlanmasının artışına yönelik olarak ortaya çıkan demografik değişim; işgücüne katılım ve tasarruf oranlarını düşürme, sağlık harcamalarını artırma ile emeklilik ve sağlık planlarını zorlama noktasında bütün devletleri etkilemeye başlamıştır (Aközer ve ark., 2011).

2.7.1. Demografik dönüşüm

Dünya genelinde bulunan demografik değişim çeşitliliğini anlamak için, küresel olarak demografik değişimin tarihini anlamak gerekir. Demografik dönüşüm, toplumlar bir demografik rejimden diğerine geçerken değişen ölüm oranı, doğurganlık ve büyüme oranlarının genelleştirilmiş bir tanımını olarak karşımıza çıkar.

Terim ilk olarak yirminci yüzyılın ortalarında Amerikalı demograf Frank W. Notestein tarafından kullanılmış, ancak o zamandan beri başka araştırmacılar tarafından detaylandırılıp genişletilmiştir (Notestein, 1983).



Grafik 2.7.1. Demografik Dönüşüm Aşamaları (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013).

Yukarıdaki grafikte de görüleceği üzere demografik geçiş dört aşamadan oluşmaktadır. Başlangıç noktası, hem ölüm oranlarının hem de doğurganlığın yüksek olduğu ve yüksek ölüm oranlarının yüksek doğum oranlarını dengelediği için nüfus artışının sıfıra yakın olduğu bir şekilde gerçekleşir (Grafik 2.7.1). Daha sonra, demografik geçişin ilk aşamasında ölüm oranı en çok küçük yaşlarda düşer ve bu durum nüfustaki çocuk oranının artmasına neden olur. Ölüm oranlarındaki düşüş, bu nedenle, yıllar boyunca devam edebilecek bir aşamada demografinin gençleşmesini sağlar. İkinci aşamada ise, doğurganlık azalmaya başlar, öyle ki nüfus artış hızı da düşer (Grafik 2.7.1). Bu ikinci aşama 40 veya 50 yıl sürebilmektedir. Doğurganlık azaldıkça, çalışma çağındaki nüfus bir bütün olarak nüfustan daha hızlı büyür ve toplam bağımlılık oranını azaltır (Notestein, 1983).

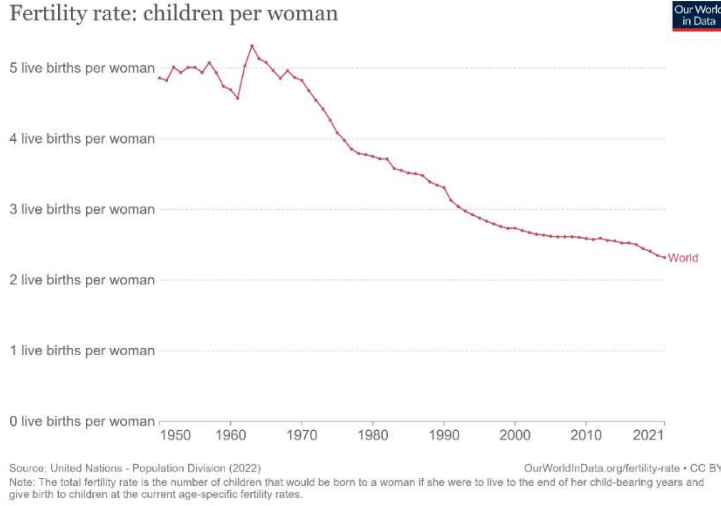
Üçüncü aşamada, hem ölüm hem de doğurganlık düşük denge seviyelerine ulaşır ve genel nüfus artışı durur ve bazen azalır. Bu üçüncü aşamada, artan yaşam süresi yaşlı nüfusta hızlı bir artışa yol açarken, düşük doğurganlık, çalışma çağındaki nüfusun büyümesini yavaşlatır. Geçişin üç

aşamasının da tamamlanmasından sonra, doğurganlık ve ölüm oranı düşük seviyelerde sabitlendiğinden nüfus artışı sifıra yakın olur (Grafik 2.7.1). Bu aşama dördüncü aşama olup nüfus sürekli olarak yükselmeye devam eder (Grafik 2.7.1). Tüm geçişin tamamlanması tipik olarak bir yüzyıldan fazla sürer ve çok daha büyük bir nüfus büyüklüğü ile sonuçlanır. Demografik geçişin 2100 yılına kadar tüm ülkelerde tamamlanması öngörülmektedir (Lee, 2003). Demografik geçişin aşamaları aynı olmasına rağmen, gelişmiş ulusların deneyimi, zamanlaması, belirleyicileri ve ekonomik değerlendirmeleri açısından gelişmekte olan dünyanın deneyiminden farklıdır.

2.7.2. Doğurganlık düzeyleri

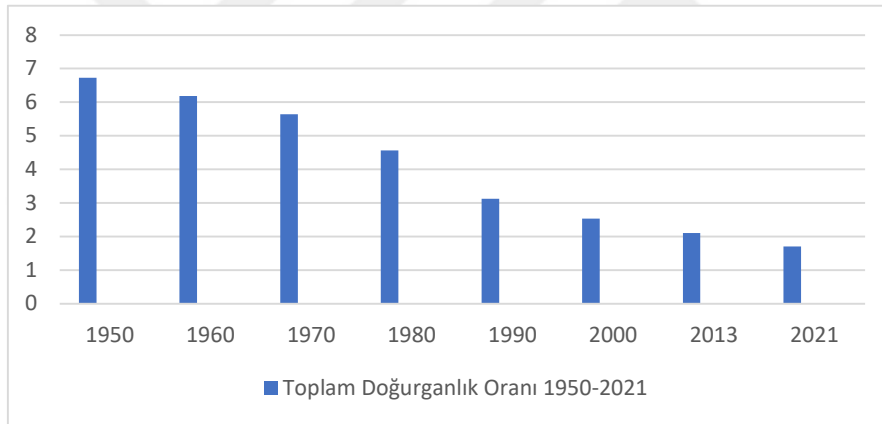
Küresel ortalama doğurganlık hızı, bugün kadın başına yaklaşık 2,42 çocuktur (TÜİK, 2022b). Son 50 yılda küresel doğurganlık oranı yarı yarıya azalmış ve toplumların modernleşmesi sürecinde, kadın başına düşen çocuk sayısı da önemli ölçüde düşmüştür (Grafik 2.7.2.1). Modern öncesi çağda doğurganlık oranı kadın başına 4,5 ila 7 çocuk arasındaydı (TÜİK, 2022b). O zamanlar genç yaştaki çok yüksek ölüm oranı, nüfus artışını düşük tutmaktaydı. Sağlık sistemleri düzeldikçe ve nüfustaki ölüm oranı azaldıkça, tipik olarak hızlı nüfus artışı ortaya çıktı. Bu hızlı nüfus artışı daha sonra doğurganlık hızının düşmesi ve kadın başına 2 çocuğa yaklaşmasıyla devam etmiştir. Geçmişte insanların bugünkünden çok daha fazla çocuğu vardı. Ancak çocuk sayısı zamanla dalgalanmalar göstermiştir. Ayrıca çocuk sayısı hususunda ülkeler arasında da bazı farklılıklar vardı, ancak tarihimizin çoğunda ortalama bir kadının en az beş çocuğu vardı. İki yüzyıl önce bu durum ABD, İngiltere, Rusya, Hindistan, Çin ve diğer birçok ülke için geçerliydi.

Demografların ebeveyn başına düşen çocuk miktarını ölçmek için kullandıkları metriğe Toplam Doğurganlık Oranı adı verilmiştir. Bu oran bir kadının mevcut yaşa özgü koşulları yaşaması durumunda, yaşamı boyunca doğacak ortalama çocuk sayısı olarak tanımlanır. 1950'den itibaren BM Nüfus Dairesi verileri aşağıda tablo halinde verilmiştir. Buradaki tablo küresel toplam doğurganlık hızı ile ilgili olarak dünya genelindeki ortalama göstermektedir. 1965 yılına kadar dünyadaki ortalama bir kadının 5'ten fazla çocuğu vardı. 1965 yılından günümüze kadar ise bu sayı yarıdan aşağıya inmiş ve dünya geneli olarak ortalama 2,5 çocuğun altında hesaplanmıştır. Düşen küresel doğurganlık hızının bir sonucu olarak, küresel nüfus artış hızı 1963'te yıllık %2,3'ten günümüzde bugün %1'in altına inmiştir (TÜİK, 2022b).



Grafik 2.7.2.1. 1950-2021 Yılları Arası Doğum Oranları (Our World In Data)

Yukarıdaki tabloya bakıldığında, 1950 yılından 1965 yılına kadar doğurganlık düzeyi benzer seviyelerde kalmış, ancak 1965 yılı sonrasında bu oran mütemadiyen azalmıştır. Günümüzde varılan noktada ise bu oran 2,42'e kadar gerilemiştir (Grafik 2.7.2.1) (TÜİK, 2022b).



Grafik 2.7.2.2. 1950-2021 Yılları Arası Türkiye’de Toplam Doğurganlık Oranı

Türkiye’de ise durum dünyadakine benzer şekilde azalma göstermiştir. 1920’li yıllarda başlayan pro-natalist politikalar çerçevesinde yükselen doğurganlık hızı 1950’li yıllara gelindiğinde en yüksek düzeye ulaşmış ve bu yıllardan itibaren azalış göstermiştir. 1950’deki oran 6,72 iken bu oran on yılda bir azalmaya devam etmiştir. 2000 yılında 2,53’e gerileyen bu oran, 2021’de ise 1,70 olmuştur (Grafik 2.7.2.2.) (TÜİK, 2022a). Türkiye’de toplam doğurganlık düzeyinin azalmasının altında sosyal, ekonomik ve kültürel değişimler bulunmaktadır. Zira sanayinin gelişmesi, eğitim düzeylerinin artması, kente göçün yükselmesi, modern tarımın yaygınlaşması, teknolojiye gelişmelerin hızlanması, evlenme yaşının artması,

gelir düzeylerindeki değişimler gibi hususlar zamanla toplam doğurganlık hızının azalmasında etkili olmuşlardır (Başkaya ve Özkılıç, 2017).

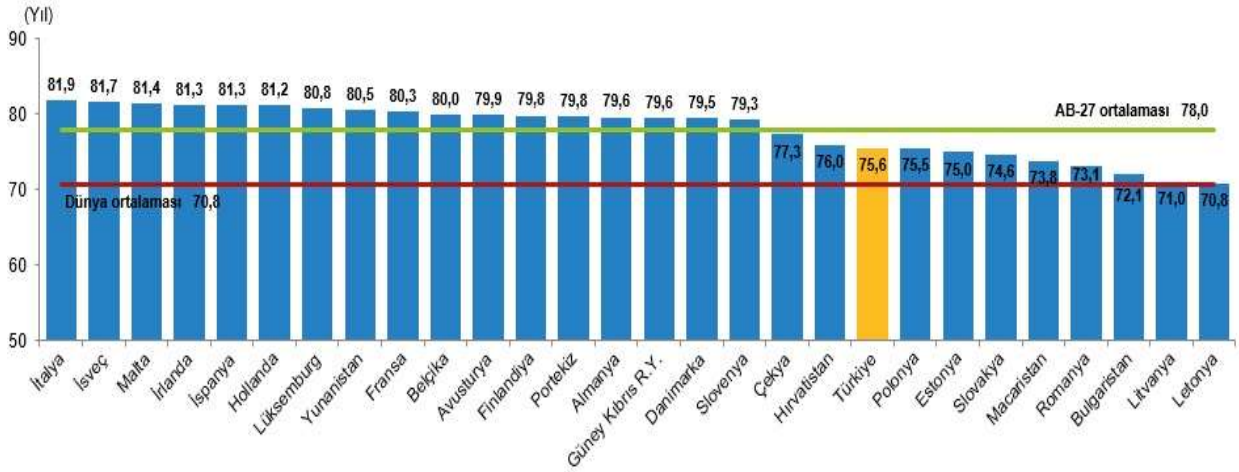
2.7.3. Ölüm oranları

Yirminci yüzyılın sonu itibariyle dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık şartları ve teknolojik ilerlemeler artmış, bireylerin eğitim seviyeleri yükselmiş ve bu durum ölüm oranlarındaki hızın azalmasını sağlamıştır. Sağlık sistemindeki teknolojik gelişmeler, devlet politikalarında yeniliklere uyum sağlama ve sağlığa daha çok bütçe ve dikkat ayırma gibi durumlar yaşam süresinin artması noktasında önemli bir rol oynamaktadır. Ölüm hızı ve ölümlerin sebepleri, devletlerin demografik dönüşüm süreci içerisinde dikkate değer bir noktada bulunmaktadır. Zira ölüm sayısının artması veya azalması devletlerin demografik yapısını değiştirebilmektedir. Bu bağlamda, ölüm hızı bir yılda her 1000 kişiye denk düşen vefat eden kişi sayısının oranıdır (TÜİK, 2022a).

Ölüm hızının yüksek veya az olması, devletlerin gelişmişliği ile de bağlantılı bilgiler ortaya koymaktadır. Buna göre gelişmişlik düzeyi düşük veya orta seviyede olan ülkelerde ölüm oranları yüksek seyretmekteyken, gelişmişlik seviyesi fazla olan ülkelerdeki ölüm oranları genel olarak daha düşük seviyelerdedir. Zira düşük ve orta seviye gelişmişliğe sahip olan ülkelerde; eğitim oranı az, sağlık şartları neredeyse yetersiz, suç oranları yüksek ve hayat standartları da düşük seviyelerdedir. Buna örnek olarak ise Afrika ve Güney Asya ülkelerini verebiliriz (Başyigit, 2019). Yüksek gelişmişliğe sahip olan ülkelere ise İsviçre, Japonya, Almanya gibi ülkeleri örnek gösteriliriz. Bu ülkelerde ise ölüm hızı daha düşüktür.

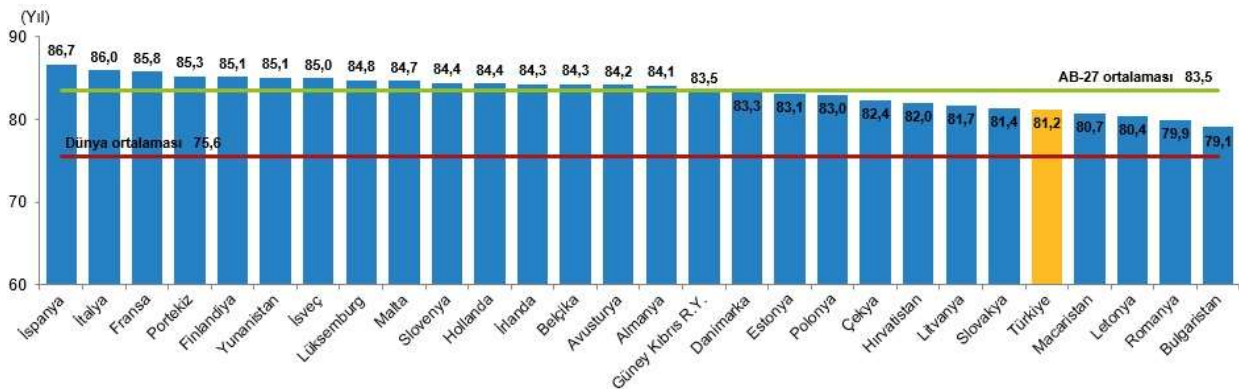
2.7.4. Doğumda beklenen yaşam süresi

Doğumda beklenen yaşam süresi, mevcut ölüm oranları değişmezse yenidoğanın ortalama olarak ne kadar yaşamayı bekleyebileceği olarak tanımlanmaktadır (Bayın, 2016). Bununla birlikte, herhangi bir doğum kohortunun yaşa özel gerçek ölüm oranı önceden bilinemez. Oranlar düşüyorsa, gerçek yaşam süreleri, mevcut ölüm oranları kullanılarak hesaplanan yaşam beklentisinden daha yüksek olacaktır. Doğumda beklenen yaşam süresi, en sık kullanılan sağlık durumu göstergelerinden biridir. Doğumda beklenen yaşam süresindeki kazanımlar, yükselen yaşam standartları, iyileştirilmiş yaşam tarzı ve daha iyi eğitimin yanı sıra kaliteli sağlık hizmetlerine daha fazla erişim gibi bir dizi faktöre bağlanabilir. Bu gösterge toplam ve cinsiyet bazında sunulmakta ve yıl olarak ölçülmektedir.



Grafik 2.7.4.1. Avrupa Birliği Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Erkek)

BM nüfus tahmin verilerine göre, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin erkekler için doğuşta beklenen yaşam süreleri yukarıda verilmiştir. Buna göre 2020-2025 döneminde erkekler için bu sürenin en yüksek olduğu ülke 81,9 ile İtalya olmuştur (TÜİK, 2022c). AB’de bu sürenin en düşük çıktığı ülke ise 70,8 ile Letonya’dır. Ayrıca Türkiye’de erkekler için doğuşta beklenen yaşam süresi ise 75,6 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2022c). AB ortalamasının 78 olarak ölçüldüğü bu tabloya göre dünya ortalaması ise 70,8 bulunmuştur. Dolayısıyla Türkiye’nin AB ortalamasından aşağı seviyede ancak dünya ortalamasından yukarıda olduğu görülmektedir (Grafik 2.7.4.1.) (TÜİK, 2022c).



Grafik 2.7.4.2. Avrupa Birliği Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Kadın)

BM nüfus tahmin verilerine göre, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin kadınlar için doğuşta beklenen yaşam süreleri yukarıda verilmiştir. Buna göre 2020-2025 döneminde kadınlar için bu sürenin en yüksek olduğu ülke 86,7 ile İspanya olmuştur (TÜİK, 2022c). AB’de bu sürenin en düşük çıktığı ülke ise 79,1 ile Bulgaristan’dır. Ayrıca Türkiye’de kadınlar için doğuşta beklenen yaşam süresi ise 81,2 olarak hesaplanmıştır. AB ortalamasının 83,5 olarak ölçüldüğü bu tabloya göre dünya ortalaması ise 75,6 bulunmuştur. Dolayısıyla Türkiye’nin AB

ortalamasına göre aşağıda ancak dünya ortalamasından yukarıda olduğu görülmektedir (Grafik 2.7.4.2) (TÜİK, 2022c).

2.7.5. Yaşlı bağımlılık oranı

YBO çalışma çağındaki (20 - 64 yaş arası) 100 kişi başına yaşlı bağımlıların (65 yaş ve üzeri kişiler) sayısı olarak tanımlanır (Metin, 2016). Bu metrik, nüfusun ileri yaşlarda artan payıyla ilişkili zımni ekonomik bağımlılığa yaklaşıyor. YBO, nüfusların yaş yapısındaki değişiklikleri izlemek için en yaygın kullanılan göstergelerden biridir. Azalan doğurganlık ve artan yaşam süresi ile birlikte, daha genç yaş gruplarının oranı azalırken, daha büyük yaş gruplarının göreceli boyutu artmaktadır. Aslında, nüfusun yaşlanmasını değerlendirmenin bir başka yolu, 20-64 yaşındaki kişilerin sayısına göre 20 yaşın altındaki kişilerin sayısı olarak tanımlanan daha genç nüfusla ilişkili bağımlılık oranını dikkate almaktır. Bu çocuk bağımlılık oranının uzun vadeli düşüşü, nüfusun yaşlanmasının bir başka göstergesidir (Tekeli ve Günsoy, 2015).

YBO'nun dünyanın tüm bölgelerinde, özellikle Doğu ve Güneydoğu Asya ile Latin Amerika ve Karayipler'de artacağı tahmin edilmektedir. 1990'lardan bu yana, bu artışın düzeyi ve hızı değişse de YBO tüm alanlarda sürekli olarak artmıştır. Küresel olarak, 2019'da 20-64 yaş arası 100 kişiye düşen 65 yaş ve üzeri 16 kişi vardı. 2050'de ise bu sayı küresel YBO'nun her 100 çalışma çağındaki kişiye karşılık 28 yaşlıya çıkması beklenmektedir (UN, 2019). Avrupa ve Kuzey Amerika'da, 2019'da 100 çalışma çağındaki kişi başına 30 yaşlı kişi vardı, bu oranın keskin bir şekilde artması ve 2050'de 49'a ulaşması bekleniyor (UN, 2019).

YBO'nun Doğu ve Güneydoğu Asya, Latin Amerika ve Karayipler, Kuzey Afrika ve Batı Asya ile Orta ve Güney Asya'da 2019 ile 2050 arasında iki katından fazla olması beklenmektedir (UN, 2019). Doğu ve Güneydoğu Asya'da YBO, 2019'da 100 çalışan başına 18 yaşlıdan 2050'de 43'e yükseleceği, Latin Amerika ve Karayipler'de 2019'da 15'ten 2050'de 33'e yükseleceği tahmin edilmektedir (UN, 2019). Kuzey Afrika ve Batı'da Asya'nın yanı sıra Orta ve Güney Asya'da da oranların 2019'da yaklaşık 10'dan 2050'de 22'ye çıkması beklenmektedir (UN, 2019)

YBO, Türkiye'de 2021'de %14,3 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2022a). Çalışma çağındaki 100 kişi başına düşen yaşlı sayısını ifade eden YBO, 2016'da %12,3 olarak hesaplanmışken bu oran 2021 yılında %14,3'e yükselmiştir (TÜİK, 2022a). TÜİK tarafından yapılan çalışmalarda elde edilen nüfus projeksiyonlarına göre, YBO, 2025'te %16,4, 2030'da %19,6, 2040'ta %25,3,

2060'ta ise %37,5 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, 2022a). Dolayısıyla Türkiye'de yaşlı bağımlılık oranının her geçen yıl arttığı ve daha da artacağı görülmektedir.

2.8. Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünyada teknolojinin gelişmesi ve beraberinde sağlık alanında yapılan gelişmelerin yaşanması, insanların refah düzeylerinin artması, hayat standartlarının yükselmesi ile doğum ve ölüm oranlarındaki azalmasını sağlamaktadır. Böylece nüfusun yaş ortalamasında da artış olmaktadır. Yaşlı nüfusu dünyadaki toplam nüfusa oranı %10'u geçmesi nüfusun yaşlandığının bir göstergesi niteliğindedir. Dünya nüfusunda ve nüfus yapısında her geçen yıl değişimler gözlenmekte ve 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum ülkeleri ve dünyayı da etkilemektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte ülkelerin ekonomileri ve sosyal güvenlik sistemleri de etkilenmektedir. Zira dünyadaki nüfusun yaklaşık bir milyarı yaşlı bireylerden oluşmaktadır. Son 20 yılda hızlı bir şekilde büyüyen dünya nüfusu, beraberinde çeşitli olumsuzlukları da getirmektedir. 1999 yılında 6 milyar olan dünya nüfusu 2022 yılında 8 milyara yaklaşmıştır.

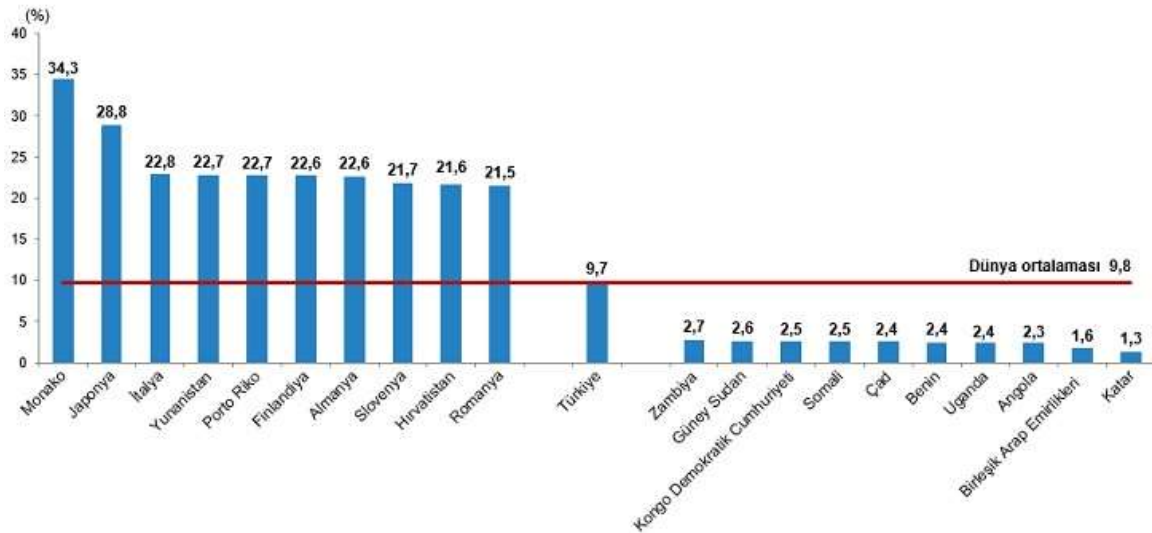
Dünyadaki nüfusun %59,33'ü Asya kıtasında, %17,51'i Afrika'da, %8,37'si Güney Amerika'da, %4,73'ü Kuzey Amerika, %0,56'sı Okyanusya'da ve %9,77'si ise Avrupa kıtasında yaşamaktadır (UN, 2019). Statista adlı istatistik kuruluşuna göre, Avrupa %19 yaşlı nüfus oranına sahip olup kıtasal olarak en fazla yaşlı nüfusa sahip kıta konumundadır (UN, 2019). Avrupa'yı %17 ile Kuzey Amerika, %9 ile Güney Amerika ve Asya ve %13 oranla Okyanusya kıtası izlemektedir (UN, 2019). Bu noktada Afrika'daki yaşlı nüfus oranı %4 olarak hesaplanmıştır.

Avrupa'daki yaşlı nüfusun en yüksek olduğu ülkeler ise sırasıyla Almanya, İtalya, Fransa ve İngiltere olmuştur. Almanya 17,78 milyon yaşlı nüfusa sahipken Fransa 13,16 milyon, İtalya 13,76 milyon ve İngiltere ise 12,24 milyon yaşlı nüfus barındırmaktadır (UN, 2019). Birleşmiş Milletler (BM) kaynaklarına göre 1950 ile 2010 yılları arasında dünyadaki ortalama yaşam süresi 46'dan 68'e yükselmiş, ancak bu sayı 2020 yılına gelindiğinde 73,2 olarak hesaplanmıştır (UN, 2019). Dünya nüfusunda 65 yaş ve üzeri bireyler %10 bir orana sahipken 15 yaş ve altı grup ise %26 gibi bir orandadır (UN, 2019).

Yaşlı nüfusu dünyada en fazla olan ülke Çin'in nüfusu 1,4 milyar iken yaşlı nüfus 166 milyondur. Çin'i ise 84,9 milyon yaşlı nüfus ile Hindistan, 52,76 milyon ile ABD ve 35,58

milyon ile Japonya izlemektedir (UN, 2019). Japonya, ortalama yaşam olarak 85 yıl ile zirvede yer alırken 84,25 yıl ile İtalya onu takip etmektedir. Afrika kıtası en düşük yaşlı nüfusa sahip kıta konumunda bulunurken Orta Afrika Cumhuriyeti dünyada 54,36 yıl ile en az yaşam süresine sahip ülke olmuştur (UN, 2019).

BM nüfus verilerine göre, dünyadaki her 8 kişiden biri 60 yaşın üzerinde ve doğurganlık oranları düşmektedir (UN, 2019). Ayrıca ortalama yaşam süresi de her geçen yıl artmakta olup bu durum dünyadaki yaşlı sayısının istikrarlı bir şekilde artacağını göstermektedir. 2050 yılında dünyadaki yaşlı nüfusun 1,5 milyar olması ve yaşlı nüfusun dünya nüfusu içinde %22’lik bir paya sahip olması beklenmektedir (UN, 2019). Yaşlı nüfusun her geçen gün artması dünyadaki sağlık sistemleri, ekonomiler ve ülkelerin geleceği için önemli bir tehlike olarak da görülmektedir.



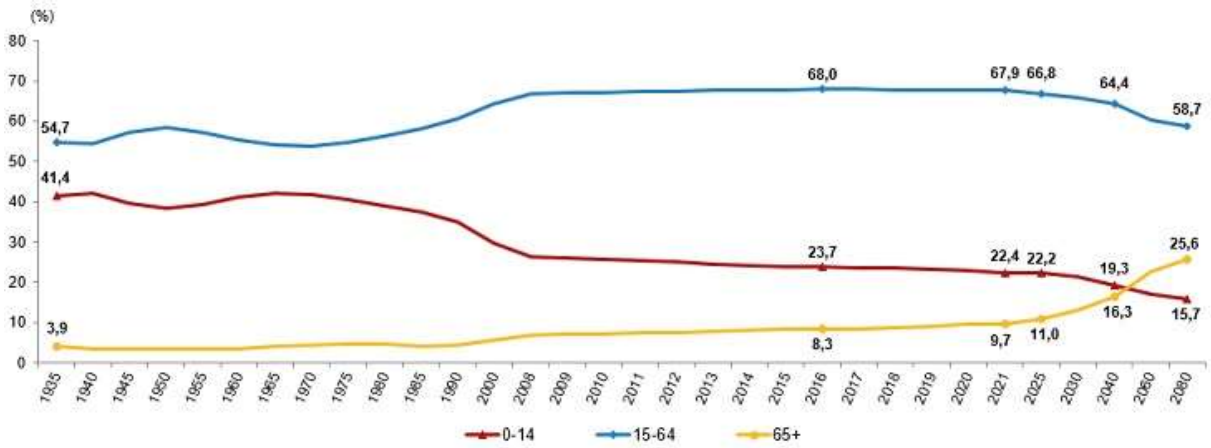
Grafik 2.8. Dünyada En Çok ve En Az Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkeler

Yukarıdaki grafiğe bakıldığında, dünyada en çok yaşlı nüfus oranı sahip 10 ülke ile en düşük yaşlı nüfusa sahip 10 ülke görülmektedir. En çok yaşlı nüfusa haiz ilk üç ülke ise Monako (%34,3), Japonya (28,8) ve İtalya (22,8) olmuştur. En az yaşlı nüfusun yaşadığı üç ülke ise Katar (1,3), Birleşik Arap Emirlikleri (1,6) ve Angola (2,3) olmuştur (TÜİK, 2022a). Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere en az yaşlı nüfusa sahip on ülkenin sekizi Afrika ülkesidir (Grafik 2.8)

2.9. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

65 yaş ve üzeri birey sayısı ülkemizde 2016 yılında 6.651.503 kişi iken 2021 yılında 8.245.124 kişi olarak bulunmuştur (TÜİK, 2022a). Böylece beş senede yaşlı birey sayısı %24 oranında artış göstermiştir. Toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı ise 2016’da %8,3 iken, 2021’de %9,7’ye yükselmiştir. 2021 yılında yapılan ölçümlerde yaşlı nüfusta erkeklerin oranı %44,3, kadınların ise %55,7 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2022a). Yaşlı nüfus oranı yapılan nüfus tahminlerine göre, 2025 yılı için %11, 2030 için %12,9, 2040 için %16,3 ve 2060 yılı için ise %22,6 olarak öngörülmüştür (TÜİK, 2022a).

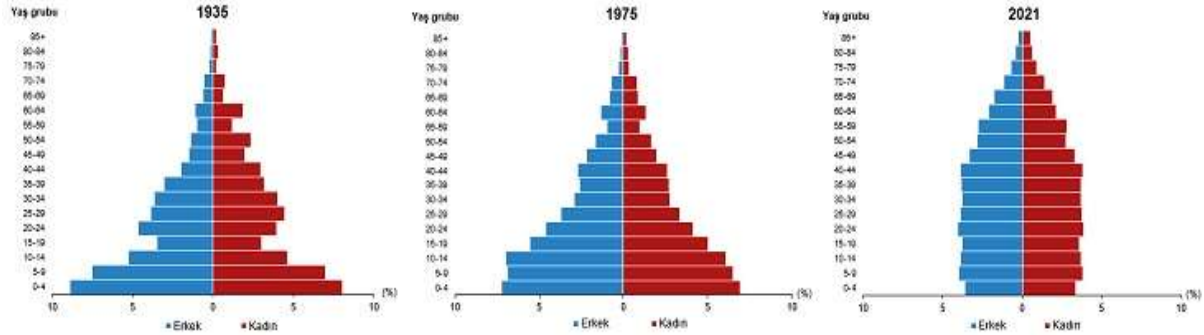
2016 yılında yaşlı nüfusun 65-74 yaş aralığının oranı %61,5, 75-84 yaş aralığının oranı %30,2 ve 85 yaş üzeri ise %8,2 bulunmuştur. 2021 yılında ise 65-74 aralığının oranı %64,7, 75-84 yaş aralığının %27,3 ve 85 yaş üzeri ise %8 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2022a). Bu durumda beş yılda yaş aralıklarının oranı 65-74 aralığında artmış diğer ikisinde ise azalmıştır.



Grafik 2.9.1. 1935 Yılı İtibariyle Türkiye’de Yaş Gruplarının Nüfus İçindeki Oranı

Toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının %10’u geçmesi nüfusun yaşlandığının göstergesi niteliğindedir. Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere 2021 yılında 9,7 olarak ölçülen bu oranın gelecek nüfus tahminlerine göre 2025’te 11’e, 2040’ta ise 16,3’e çıkacak olması Türkiye nüfusunun yaşlandığını göstermektedir (Grafik 2.9.1) (TÜİK, 2022a). Ayrıca Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireylerin sayısı diğer yaş gruplarına göre daha hızlı şekilde artmaktadır. Bu durum Türkiye’de doğurganlık oranı ile ölüm oranındaki azalma ile beraber doğuştan beklenen yaşam süresinin artması, refah düzeyinin yükselmesi ve sağlık-teknoloji alanındaki gelişmeler nüfusun

yapısında değişime sebep olmuştur. Bu kapsamda yaşlı bireylerin nüfus içindeki oranı artarken çocuk ve genç nüfusun oranı azalma göstermiştir.



Grafik 2.9.2. 1935, 1975 ve 2021 Yılları Türkiye Nüfus Piramidi

Yukarıdaki tabloda da görüleceği üzere Türkiye’de 1935 yılında çocuk, genç ve yetişkinler büyük paydaya sahipken 1975 yılında çocuk ve gençlerin oranı azalmış, 2021’de ise yaşlılarda daha çok bir artış ve çocuk-gençlerde 1975’e göre büyük bir azalış görülmektedir (Grafik 2.9.2) (TÜİK, 2022a).

2021 yılı ölçümlerinde Türkiye’de yaşlı nüfus oranı açısından en yüksek olan il %20,1 ile Sinop olmuş ve onu %19,2 ile Kastamonu ve %17,8 ile Artvin izlemiştir. Bu oranın en düşük olduğu iller ise sırasıyla Şırnak (%3,5), Hakkâri (%3,9) ve Şanlıurfa (%4) olmuştur. 2021 yılındaki bir başka ölçüme göre ise Türkiye’de toplam 25 milyon 329 bin 833 hane olduğu hesaplanmış ve bu hane sayısından 6 milyon 112 bin 760’ında yaşlı bireyler olduğu görülmüştür. Dolayısıyla toplam hanelerin %24,1’inde en az bir yaşlı birey yaşamaktadır (TÜİK, 2022a).

Eğitim açısından incelendiğinde ise 2016’da yaşlı nüfusun içinde okuryazar olmayanların oranı %20,8 iken 2020 yılında %15,6 olarak ölçülmüştür (TÜİK, 2022a). 2016’da ilkokul mezunu %43,7, ortaokul mezunu %5,6, lise mezunu %5,9 ve üniversite mezunu ise %5,8 iken 2020 yılında bu oranlar ilkokul mezunu olanlarda %46,1’e, ortaokul mezunlarında %7,9’a, lise mezunlarında %8’e ve üniversite mezunlarında ise %7,4’e yükselmiştir (TÜİK, 2022a). Yaşlı nüfus içindeki eğitim durumunun cinsiyete göre farklılıklar tespit edilmiştir Buna göre tüm eğitim düzeyi oranlarında erkekler kadınlara oranla daha yüksek olarak görülmüştür.

2.10. Yaşam Doyumu Kavramı

Yaşam doyumu kavramı olarak mutluluk ile karıştırılmaktadır. Hatta bazen mutluluk ile birbirinin yerine dahi kullanılmaktadır. Ancak iki kavram da birbirinden ayrı olarak değerlendirilmelidir. Yaşam doyumu bireyin yalnızca mevcut mutluluk seviyesini değil, aynı

zamanda bir bütün olarak yaşamını değerlendirmesi olarak görülmelidir. Yaşam doyumu aynı zamanda öznel iyi oluş şeklinde de nitelendirilmektedir (Diener, 1984). Yaşam doyumu ile ilgili araştırmacı olan Beutell, yaşam doyumunu kişinin yaşamı ile ilgili duygu ve davranışlarının genel bir değerlendirmesi olarak tanımlamaktadır (Beutell, 2006).

Yaşam doyumunun bir başka popüler tanımı, bir başka araştırmacı Ruut Veenhoven'dan gelmiştir. Ona göre yaşam doyumu, bir kişinin bir bütün olarak yaşamının genel kalitesini olumlu olarak değerlendirme derecesidir. Başka bir deyişle, kişinin yaşadığı hayatı ne kadar sevdiğidir (Veenhoven, 1996). Son olarak, Ellison ve meslektaşları ise yaşam doyumunu şu şekilde tanımlamıştır: Yaşam doyumu, nispeten tutarlı olduğu ve sosyal faktörlerden etkilendiği düşünülen altta yatan bir durumun bilişsel değerlendirmesidir (Ellison vd., 1989). Yapılan bu tanımlar arasında ufak farklılıklar bulunmaktadır ancak yine de ana fikir aynıdır. Yaşam doyumu, bireyin yaşamıyla ilgili genel duygularını ifade etmektedir.

2.10.1. Yaşam doyumunun önemi

Yaşam doyumu kişinin mutlu olması ve yaşamdan memnun olduğunu belirten bir kavramdır. Yaşam doyumuna ulaşılması veya yaşamdan memnun olması, birey için çok önemlidir. Daha fazla yaşam doyumu sadece kendimizi daha mutlu hissetmemizi ve hayattan daha çok zevk almamızı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sağlığımız ve refahımız üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir. Araştırmalar, yaşam doyumunun kronik hastalık, uyku sorunları, ağrı, obezite, sigara içme, kaygı ve fiziksel aktivite gibi sağlıkla ilgili faktörlerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (Strine ve ark., 2008). Bu ilişki ve bağlantı her iki yönde de hareket edebilir, ancak yaşam doyumu ve sağlığın orantılı olduğu bir gerçektir. Ayrıca, yaşam doyumundaki sık dalgalanmaların özellikle sağlık ve uzun ömür için zararlı olduğu gösterilmiştir (Boehm ve ark., 2015).

Bu noktada hemşirelerin yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin ve yaşam doyumlarının artırılması hususundaki rolüne değinmek yararlı olacaktır. Hemşireler, yaşlıların daha sonraki yıllarında sağlık ve fizyolojik süreçlerine ilişkin farkındalıklarını artırabilir. Burada yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun artırılması adına hemşirelik bakımı için birincil, ikincil ve üçüncül önleme uygulamalarının yapılması düşünülebilir. Buna göre birincil önleme hususu aile sağlığı merkezlerinde bilgilendirme ve hastalık oluşmaması için verilecek eğitimler şeklinde gerçekleştirilir. İkincil önleme ise hastanelerde hastalığın erken teşhisi ve tedavisi

şeklinde olur. Son olarak üçüncül önleme ise oluşan hastalıkların tedavisi ve özellikle de rehabilitasyonu olarak ele alınır. Bu süreçte hemşirelerin bireylere gerekli bilgilendirmeyi ve eğitimi vermesi, tedaviyi gerçekleştirmesi ve gerekli olduğu takdirde rehabilite süreçlerinde destek vermesi istenir.

Sonuçta yaşlılıkta ortaya çıkan bir dizi hastalık, sadece sağlık sistemi içerisinde değil, aynı zamanda daha geniş ölçekte, yani sosyal refah, eğitim, emeklilik ve emeklilik sistemi, ekonomik ve diğer sistemlerin faaliyetlerinin bir parçası olarak, özellikle yaşlı nüfusun her türlü eylemin tasarımına ve yürütülmesine dahil edilmesi açısından, yaşlılara yönelik programlı ve uygun şekilde planlanmış sağlık hizmetleri faaliyetleri ile önlenabilir. Bu noktada yaşlılar için birinci, ikinci ve üçüncü basamak koruyucu sağlık önlemlerinin uygulanması; erken, orta ve geç yaşlılık dönemindeki bireylerde çoklu hastalık sorunlarının ve fonksiyonel engelliliğin çoğunun önlenmesini mümkün kılabilir. Böylece yaşlıların yaşam kalitesinin artması sağlanabilir.

2.10.2. Yaşam doyumu teorileri

Yukarıdan aşağıya (özellik) ve aşağıdan yukarıya (durum) teorileri

Aşağıdan yukarıya teorisi, kişinin yaşamı boyunca, önce birkaç olumlu ve olumsuz anı biriktirdiğini, ardından öznel iyi oluşunu bu birikim temelinde değerlendirdiğini öne sürmektedir (Diener ve Ryan, 2009). Özellikle dış etkenlere ve gelir, sosyoekonomik durum gibi demografik etkenlere dayalı olarak ne kadar olumlu anılar biriktirirse, yaşamını o kadar doyumlu olarak yorumlamaktadır. Olumlu yaşam olayları öznel iyi oluşunu artırır ve olumsuz yaşam olayları ise azaltır. Özellikle yaş geçişlerinde insanların mutluluk düzeyleri etkilenmektedir (Gomez ve ark., 2009).

Bununla birlikte, Rodgers (1976), yaş, cinsiyet, gelir, etnik kimlik gibi demografik değişkenlerin, refahtaki varyansın %2 ila %15'ini oluşturduğunu bulmuştur (Diener, 2003; Diener ve ark., 1999). Ayrıca aynı olay aynı şekilde ve aynı derecede insanı yönlendirmez. Bu nedenle bireysel faktörler, iyi oluş deneyimlerinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu tutarsızlıklar, araştırmacıların iyi oluş konusunda ikinci bir açıklama önermesini sağlamakta olup bu da yukarıdan aşağıya teorisidir.

Yukarıdan aşağıya teorisi, bir kişinin aynı durumsal ipuçlarını diğer bireylere göre daha olumlu ve daha mutlu yorumlayabileceğini ve bunun da iyi oluşun artmasıyla sonuçlandığını iddia

etmektedir (Diener ve Ryan, 2009). Bu teoride bireyleri etkileyen hususlar, bireyin kendisi ile ilgili faktörlerdir. Kısaca, aşağıdan yukarıya teorisi, mutlu olmanın dış etkenlerden türetilen mutlu anıların toplanmasının bir sonucu olduğunu öne sürerken; yukarıdan aşağıya teorisi, mutlu olmanın özellik faktörlerinden türetilen nesnel olaylara olumlu tepki verme yeteneğinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir (Durayappah, 2011).

Belli bir noktaya erişme (telic) teorisi

Yaşam doyumu teorilerinden telic teorisi ya da diğer adıyla belli bir noktaya erişme teorisi, bireylerin bir hedefe ulaştığında veya belirli bir görevi başardığında mutluluğun hissedildiğini öne sürmektedir. Mutluluk, bir arzunun yerine getirilmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Diener ve Ryan, 2009). Telic teorisi, Ree teorilerinden oluşmakta olup bunlar beğenme, ihtiyaç duymak ve istemektir. Beğenme teorisi veya Hedonik mutluluk, hazzı en üst düzeye çıkarmaya ve acıyı en aza indirmeye odaklanmaktadır. İhtiyaç teorisi, Maslow'un mutlu olmak için belirttiği gibi her insanın ihtiyaçlar hiyerarşisini yerine getirmesi gerektiğini öne sürmektedir (Durayappah, 2011). Temel evrensel ihtiyaçlar karşılanmadıkça, diğerleri kolayca tatmin edilemez ve bu da mutsuzlukla sonuçlanır. Sonuncusu olan İstemek teorisi ise bir şeyin arzusunun, bir arzunun kendisinin yerine getirilmesinden daha fazla mutluluğa yol açtığını ve çoğu hazzın hedefe ulaşma yolundaki ilerlemeden geldiğini savunmaktadır (Diener ve Ryan, 2009; Durayappah, 2011).

Yargı teorisi

Yargı teorisine göre birey yaşadığı durumları veya olayları başka kişi ya da olaylar ile kıyaslama yapar. Bu kıyas neticesinde birey eğer yaşadığı durumun karşılaştığı duruma göre daha iyi olduğunu düşünüyorsa bu noktada yaşam doyumu ortaya çıkmaktadır (Bozbaş, 2019). Bu teoriye göre bireyin kullandığı ölçüler ön plana çıkmaktadır. Birey kendini neye veya kime göre kıyas ediyorsa ölçü o olarak düşünülmektedir. Ancak bireyin yaptığı kıyaslama onun zihinsel sağlığını da etkilemektedir. Bu anlamda en çok dikkat edilmesi gereken husus değişkenler olup bireyin yaşam doyumunun artması veya azalmasına neden olmaktadır. Bunun nedeni ise insanların aynı şartlara sahip olamamalarıdır (Özel, 2015).

2.10.3. Yaşam doyumunu etkileyen faktörler

Yaşam doyumuna etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler yaşlıların yaşam doyumlarına doğrudan veya dolaylı olarak etki etmektedirler. Teorik anlamda yaşam

doyumunu etkileyen bu faktörler; etkinliklere katılım, bireyin yaşamındaki rol değişimleri, cinsiyet, yaş, emeklilik, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık durumu, medeni durum ve aileden oluşmaktadır (Şener ve ark., 2007).

Etkinliklere katılım

Boş zaman, bireyin zorunlu olarak yapmış olduğu faaliyetlerinin dışında, zevkli hobiler ve sporlara ayrılan zaman olarak tanımlanabilir. Birey yaşlılığa adım attığında zorunlu faaliyetleri doğal olarak azalacaktır. Böylece bir zaman kayması olacak ve boş zamanı daha da artacaktır. Bu noktada aktivite düzeyi ile psikolojik refah düzeyi arasında bir ilişki bulunmuştur (Markides ve Martin, 1979). Örneğin yapılan bir araştırmaya göre serbest zaman etkinliklerine katılım düzeyinin yaşam doyumunu büyük ölçüde olumlu etkilediği belirtilmektedir (Şener ve ark., 2007). Bir başka çalışmada da benzer şekilde etkinliklere katılımın yaşam doyumunu yükselttiği bulunmuştur (Warr ve ark., 2004).

Rol değişimi

Her toplumda bir kültürün belirli yaş gruplarına yüklediği rol beklentileri bulunmaktadır. Bireyin bu rolleri algılaması ve değerlendirmesi onun kimliğini meydana getirmektedir. Bu kişiliğin toplumda olumlu algılanması, yaşam doyumunun ve dolayısıyla başarılı yaşlanmasının temel koşuludur. Yaşlılıkta bireyin çalışma ve aile yaşamında, ayrıca toplumdaki diğer konumlarında meydana gelen değişimler, yerini ebeveyn, eş ya da arkadaş olma gibi rollerin değişmesine ve bireyin bazı rolleri kaybetmesine yol açmaktadır. Otorite, saygınlık ve üretkenlik ile birlikte söz konusu rol kaybının yeri kolayca doldurulamamaktadır. Bunun sonucunda ortaya çıkan bazı çelişkiler bireyin duygularını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da yaşam doyumunu olumsuz anlamda etkileyebilir (Campbell, 1981).

Cinsiyet

Yaşam doyumunu ile cinsiyet arasındaki ilişki birçok araştırmanın odak noktası olmuştur. Ancak bu çalışmaların bulguları farklılık göstermektedir. Bir araştırmaya göre, kadınlar erkeklere nazaran daha fazla olumsuz duygu ifade etmektedir ancak buna rağmen kadınların yaşamdan daha fazla memnun olduklarını belirtmektedir (Cameron, 1975). Bir başka çalışmada ise cinsiyet ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin ya zayıf olduğu ya da yaşam standardının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Palmore ve Kivett, 1977). Bir diğer çalışmada da kadınların yaşam doyumunun en önemli belirleyicileri yaş, maddi sıkıntı ve

depresyon iken; eğitim ve maddi sıkıntı erkekler için yaşam doyumunun en önemli belirleyicileridir (Chou ve Chi, 1999).

Sağlık

Sağlık, yaşam kalitesine katkıda bulunan en önemli faktörlerden biridir. DSÖ, sağlığı hastalık ve sakatlığın olmamasının yanında bir bütün olarak ruhen, bedenen ve sosyal olarak da iyi durumda olmak şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin sağlığın vazgeçilmez parçaları olduğunun altını çizmektedir. Birçok çalışma bu durumu ortaya koymaktadır. Pinquart (2001), çalışmasında bireyin ifade ettiği fiziksel sağlık durumu ile psikolojik refah arasında yakın bir ilişki olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde bir başka çalışmada, algılanan sağlık ve yaşam doyumunu arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Palmore ve Kivett, 1977). Son olarak Markides ve Martin'in (1979) çalışması da sağlık ve aktivite düzeylerinin yaşam doyumunun en önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir.

Bilişsel beceriler

Yaşlı bireyi etkileyen yaşlılıkla birlikte en belirgin bilişsel değişiklikler öğrenme yeteneği, genel ve pratik zekâ, hafıza, görsel algıdır (Coni ve ark., 1992). Yaşlıların bilişsel becerilerinin ve psikolojik durumlarının değişimi üzerine çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları, bilişsel becerileri açısından birden fazla değişim türü olduğunu göstermektedir. Örneğin bazı araştırmacılar, yaşamın sonraki döneminin zihnin tamamen çöktüğü dönem olmadığını, tam tersine çağa paralel olarak artan kolektif zekanın tam olarak ortaya çıktığı gerçeğini ortaya koymuşlardır (Güven ve Şener, 2011). Öte yandan, bazı araştırmalar ise birey yaşlandıkça hafıza, dil, konsantrasyon ve diğer becerilerin işlevsel olarak azaldığını ve yaratıcılığın zihinsel olarak korunmasına rağmen yaratıcılık gerektiren ürünler vermenin daha zor olduğunu göstermektedir (Onur, 2000).

Medeni hal

Medeni durum, yaşlıların yaşam doyumlarını gençlerin yaşam doyumlarından daha fazla etkilemektedir. Genel olarak evlilerin yaşam doyumları bekarların yaşam doyumlarından daha yüksektir (Mannell ve Dupuis, 1996).

Eğitim seviyesi

Eğitim ve dış faktörler yaşam doyumunu etkileyen bir diğer faktör türüdür (Meeks ve Murrell, 2001). Eğitim, bireye yaşamı boyunca sağlıklı bir yaşlanma ve yaşam doyumunu için avantaj sağlamaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe birey dış etkenlerden daha az etkilenmekte ve zamanla, yaşam doyumunu düzeyi yükselmektedir. Yapılan iki farklı çalışma da bu gerçeği desteklemekte ve eğitimin yaşam doyumunu olumlu etkilediğini göstermektedir (Glass & Jolly, 1997; Wong, 2003).

Ekonomik koşullar

Yaşlılıkta yaşam doyumunu etkileyen faktörlerden biri de ekonomik durumdur. Kişiler yaşlandığında rol ve statü kaybı ile birlikte sosyal güvenlik hizmetlerinin yetersizliği ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu yetersizlik yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini de düşürmektedir. Sonuç olarak bu eksiklik sağlık ve barınma koşullarını, aktivitelerini ve kimlik temsillerini olumsuz etkilediği için yaşam doyum düzeylerini de azaltmaktadır (Campbell, 1981).

Yaş

Yaşam doyumunu etkileyen faktörlerden bir diğeri de yaştır (Chen, 2001). Bazı çalışmalarda mutluluk ve yaş arasındaki ilişkinin zayıf olduğu, bazılarında ise sağlık ve gelir gibi değişkenler kontrol altına alındığında yaş ile yaşam doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğu fark edilmiştir (Chen, 2001). Bunlarla birlikte, yaşlıların refahının gençlerin refahı kadar veya ondan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin bir çalışmada yaşlıların yaşam doyumunun diğer yaş gruplarının yaşam doyumlarından daha yüksek olduğu sonucu paylaşılmıştır (Campbell, 1981).

Sosyal ilişkiler

Yaşlılıkta yaşam doyumunu etkileyen faktörlerden biri de sosyal ilişkilerdir. Bazı sosyal kurumlara göre yaşlanma, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak dış dünyadan uzaklaşması ve kendi hayatına odaklanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Elbette tüm yaşlılar dış dünyadan ekilmezler. İlgilerini toplumdan uzaklaştırmayan ya da biraz uzaklaştıran yaşlıların yaşam doyumları ile sağlık ve ruh hallerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (şener ve ark., 2007).

Emeklilik

Emeklilik, bir çalışma sürecinin sonunu ve kamusal yaşamdan kopuşu vurgulamaktadır. Geleneksel bir tanıma göre emeklilik, işin ve işle ilgili faaliyetlerin devredilmesi durumudur. Emeklilik, birey için yeni bir toplumsal konum niteliğindedir, zira emekliliğe geçen birey, alıştığı düzeni kolayca sürdüremez. Çevresiyle ilişkilerinde ve rollerinde değişiklikler yaşamaya başlar. Bu şekilde emeklilik üzüntüyle karşılanabilir. Cinsiyetler arası karşılaştırmalarda erkeğin bu üzüntüyü kadına göre daha fazla yaşadığı söylenmektedir. Araştırmalar, emeklilikten sonra kadının hayatında çok fazla değişiklik olmadığına dikkat çekmiştir, zira erkeklerin aksine kadınların özellikle ev ve aileye ilişkin sorumlulukları 65 yaşından sonra fazla değişmeden devam etmektedir (Mannell ve Dupuis, 1996).

2.11. Yaşam Doyumu ile ilgili Yapılmış Çalışmalar

Yaşam doyumu hususunda Türkiye’de ve yurt dışında yapılmış bazı çalışmalar mevcuttur. İlk olarak Öner tarafından 2014 yılında yapılan çalışma ile başlayabiliriz. Bu çalışmada Öner huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam doyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütmüştür. Huzurevinde kalan 117 yaşlı bireyle yaptığı çalışmada; medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, yaşamın geçtiği yer, eğitim durumu, sosyal etkinliklere katılma, yaş grupları, huzurevine gelmeden önce kiminle yaşadığı, sosyal güvence, huzurevinde kalma nedeni, ziyaretçisinin olup olmadığı ile Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Ancak bir hastalığı olup olmaması, fiziksel engel durumu, yaşını değerlendirme durumu, huzurevindeki hizmetten memnun olma derecesi ve aylık geliri ile YDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bir diğer çalışma, Cemile Kütmeç Yılmaz tarafından 2020 yılında yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için yapılmıştır. 190 yaşlı bireyle yapılan söz konusu araştırma sonucunda yaşlı bireylerde başarılı yaşlanma durumu ile yerinde yaşlanma memnuniyet derecesi ve yaşam doyumu arasında pozitif ve orta derecede bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerin yaşlılıkla ilgili memnun olma durumu artış gösterdikçe başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu düzeyleri de artmaktadır.

Başka bir çalışma da Şahin tarafından 2019 yılında internet kullanımının yaşam doyumu, demografik özellikler, sosyal destek ve umutsuzluk seviyeleriyle ilişkilerinin incelenmesi için yapılmıştır. Buna göre 188 yaşlı bireyle yapılan çalışmada internet kullanımının yaşam

doyumunu ve sosyal destek seviyesi ile pozitif bir ilişkisi olduğu, umutsuzluk seviyeleriyle negatif bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kaçan Softa ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yürütülen bir başka çalışmada ise yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi gayesi güdülmüştür. Huzurevindeki 50 yaşlı bireyle yapılan bu çalışma sonucunda kadınların, eğitim seviyesi düşük olanların, koroner arter adlı hastalığa sahip olanların ve sıkıntılı durumlarda yalnız kalma düşüncesini haiz olanların yaşam doyumunu puanları düşük bulunmuştur. Ancak bu faktörlerle yaşam doyumunu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Fernandez-Ballesteros'un 2002 yılında İspanya'da gerçekleştirdiği bir başka çalışmada ise bu ülkedeki yaşlı bireylerin yaşam doyumlarının etkilendiği bazı faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre her on yaşlı bireyden dokuzunun çevresindeki insanlarla (torun, çocuk, akraba ve arkadaş gibi) görüşme sıklığı arttıkça yaşam doyumları da arttığı tespit edilmiştir.

Pinto ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Brezilya ülkesinin yedi farklı şehrinde yaşlı bireylerde yaşam doyumunun olumsuz ruhsal ve fiziksel şartlarla ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir. 2164 yaşlı bireyle yürütülen bu çalışma sonucuna göre yaşam doyumunun bu iki faktörle ilişkili olduğu; ruhsal ve fiziksel anlamda iyi şartlara sahip yaşlı bireylerin YDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Erol ve arkadaşları ise 2016 yılında yaptıkları araştırmada kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan yaşlı bireyler arasında yaşam doyumunu ve yalnızlık seviyelerinde bir fark olup olmadığını ele almıştır. Bu çalışma neticesinde kırsal alanda yaşayan yaşlı bireylerin kentte yaşayanlara kıyasla yaşam doyumunu puanlarının daha yüksek olduğu, buna karşı kentteki yaşlı bireylerin yalnızlık seviyelerinin ise kırsaldakilere nazaran anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kırsal ve kentsel alandaki yaşlı bireyler arasında yaşam doyumunu, kronik hastalık, çocuk sayısı ve yardımcı araç kullanımı hususları konularında anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Birinci ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise huzurevinde kalan yaşlıların yaşam doyumlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. 76 yaşlı bireyle gerçekleştirilen çalışmada, yaşlıların yaşam doyumları orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca yaşlıların kronik rahatsızlıkları azaldıkça, eğitim seviyeleri ve fiziksel iyilik düzeyleri ise arttıkça yaşam doyumunu puanlarının yükseldiği saptanmıştır.

Erci ve arkadaşları tarafından 2017 yılından yapılan başka bir çalışmada yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisini incelenmiştir. 320 yaşlı bireyle yapılan bu çalışmanın neticesine göre yaşam doyumunu ile özbakım gücü ve özbakım gücü ile umut arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Üzar-Özçetin ile Ercan-Şahin tarafından 2020 yılında 265 yaşlı bireyle gerçekleştirilen bir araştırmada huzurevinde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin yaşam doyumunu ve umutsuzluk seviyelerini belirlemek amaçlanmıştır. Söz konusu çalışmanın sonucunda eğitim seviyeleri, yaş, huzurevinde kalınan zaman, medeni hal, pişmanlıklar, huzurevinden memnun olup olmama ile umutsuzluk seviyesi ve yaşam doyumunu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Tokat ili Erbaa ilçe merkezinde bulunan Erbaa İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Söz konusu aile sağlığı merkezinin seçilmesinde web sitesinin bulunması, telefonda ve yüz yüze görüşmelerde olumlu geri dönüşlerin alınması etkili olmuştur. İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezi'nde 5 aile hekimi, 5 aile sağlığı birim ebe ve hemşiresi, 1 ilk ve acil yardım teknikeri, 1 sekreter ve 1 temizlik personeli olmak üzere toplam 13 personeli bulunmaktadır. Kurumlara kayıtlı yaşlıların periyodik sağlık kontrolleri ve tedavileri kurum tarafından yapılmakta ve gerek görüldüğünde hastaneye sevkleri sağlanmaktadır Kurum çalışanları tarafından gezici/mobil sağlık hizmeti verilerek yaşlı, engelli vb. durumlardaki kayıtlı bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamak teşhis, tedavi ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Ayrıca söz konusu kurum, kendisine bağlı olan köylere de belirli günlerde giderek aşılama, evde bakım, genel muayene gibi sağlık hizmetleri vermektedir.

Yoğunluklu geçim faaliyetinin tarım olduğu, seyrek nüfuslu ve geniş doğal çevreye sahip yerler genel olarak kırsal alan kabul edilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018). Tokat'ın Erbaa şehri toplam nüfusu 99.815 kişidir, 1111 km² yüzölçümüne sahiptir ve kilometrekarede 90 kişi yaşamaktadır (Erbaa Belediyesi, 2020; TÜİK, 2022c). Bu popülasyon bölgeleri ve köyleri içerir. Erbaa ilçesi, kırsal alan tanımına uygundur. Bu bölge, kırsal alanların nüfus, eğitim, ulaşım ve sosyal yaşam açısından özelliklerini içermektedir.

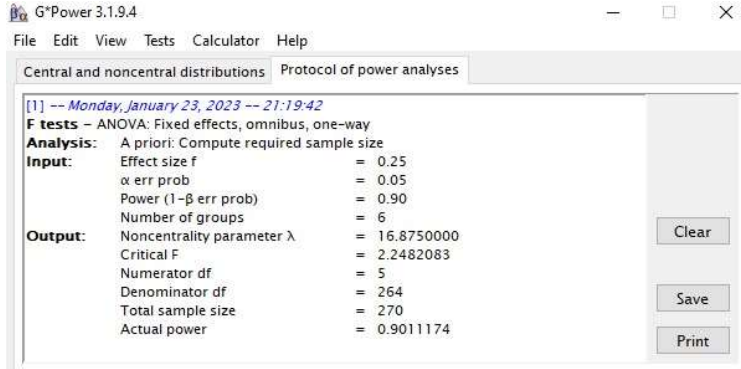
3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Erbaa İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş üstü bireyler oluşturmuştur.

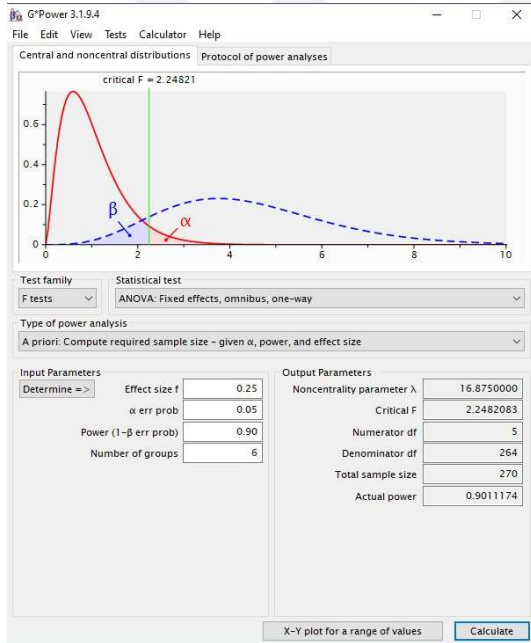
3.4. Araştırmanın Örnekleme

Bu çalışmanın amacı, kırsal bölgede yaşayan yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda yürütülecek analizler için örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmış olup programın önerdiği orta düzey etki büyüklüğü referans alınmıştır. Hesaplama sonucunda, 0.25 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payı ve % 95 güven aralığında, 0.90 güç için hesaplanan en düşük örneklem büyüklüğü 270 kişi olarak

belirlenmiş, araştırmada 335 kişiye ulaşılmıştır. (Grafik, Şekil, Ekran görüntüsü artık neyse ona göre buraya numara ekle).



Şekil 3.4.1. G-Power Örneklem Analizi 1



Şekil 3.4.2. G-Power Örneklem Analizi 2

3.5. Araştırmanın Örnek Seçimi

Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5.1. Araştırmaya alınma kriterleri

Araştırma kapsamına,

- Çalışmayı kabul eden 65 yaş ve üzerinde bireylerden oluşmaktadır.
- Türkçe konuşabilen,

- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Soruları anlayabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Araştırmaya katılım için kendisinden ve yakınından izin alınan hastalar dâhil edilmiştir.

3.5.2. Dâhil edilmeme kriterleri

Araştırma kapsamına,

- Fiziksel hareketliliğini kısıtlayan bir hastalığı olan
- İşitsel, bilişsel, algısal sorunu olan (Alzheimer, demans)
- Nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler dâhil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler araştırmacı tarafından 1 Kasım 2021- 1 Haziran 2022 tarihleri arasında, Sosyo-demografik Anket Formu ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hasta ve yakını araştırma ve amacı hakkında bilgilendirilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile görüşmeler 08:30- 18:00 saatleri arasında yapılmış olup, bu görüşmeler yüz yüze yapılarak ortalama 15 dakika sürmüştür. Veri toplama formunun uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla, araştırmanın gerçekleştirileceği aile sağlığı merkezinde örneklem ile ilgili olarak 10 kişiye ön uygulama yapılmış ve ön uygulama sonunda formda düzeltme gerekmemiş ve bu kişilerden alınan cevaplar da verilerimize dâhil edilmiştir.

3.6.1. Sosyo-demografik anket formu (Ek-3)

Bu formda, araştırmacı tarafından oluşturulan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bireylerin dinçlik durumu, var olan kronik hastalıklar, kullanılan ilaç sayısı, spor yapma durumu, sağlığını nasıl algıladığı ve kötü alışkanlığı olup olmadığı gibi sorular yer almıştır.

3.6.2. Yaşam doyumu ölçeği (Ek-5)

Bu ölçek Diener ve diğerleri (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek tek faktör altında 5 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar 5 maddeden her birine ne kadar katıldıklarını veya katılmadıklarını 5 tamamen katılıyorum ve 1 kesinlikle katılmıyorum arasında değişen 5 puanlık bir ölçek kullanarak belirtirler. Ölçek aşağıdaki ifadelerden oluşmaktadır; “Hayatım çoğu yönden idealime yakın”, “hayatımın koşulları mükemmel”, “Hayatımdan memnunum”,

“şu ana kadar hayatta istediğim önemli şeyleri elde ettim” ve “Eğer ben hayatımı yeniden yaşayabilirdim, neredeyse hiçbir şeyi değiştirmezdim.” Ölçek puanı 5 ile 25 arasında değişir ve daha yüksek puanlar yaşamdan daha fazla tatmin olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılığı 0.88 ve test tekrar test güvenirliliği 0.97’dir (Dağlı ve Baysal, 2016).

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, 1 Kasım 2021-1 Haziran 2022 tarihleri aile sağlığı merkezine kayıtlı yaşlı bireylerin başvuru sıralarına göre gelme durumu esas alınarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örneklem tekniği kullanılarak toplanmıştır. Formlar ve ölçekler, hastaların muayenesi öncesi veya sonrasında bekleme salonunda yüz yüze görüşme şeklinde ve hastalara sorulup cevap alınarak doldurulmuştur.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Yaşam Doyumu Ölçeği puanı

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, aktif olarak çalışma durumu, kaldığı yer, aylık geliri, kronik hastalık varlığı, spor yapma durumu, dinçlik durumu, kullanılan ilaç sayısı, sağlığını nasıl algıladığı ve kötü alışkanlığı olup olmadığı.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 15-89 sayılı 03.11.2021 tarihli etik kurul onayı ile araştırmanın yapılacağı kurumdan ve ilgili sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılardan da sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Kullanılan ölçeklerin sahiplerinden de ayrıca izin alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezine başvuran yaşlılar alınmıştır. Bu nedenle çalışma sadece bu Aile Sağlığı Merkezi’ne genellenebilir.

3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Bireylerin farklı değişkenler açısından sıklıkları, oranları, ortalama ve standart sapmaları betimsel istatistikler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için en yüksek değerler, en düşük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanırken, kategorik değişkenler içinse sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Verinin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığını test

etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar veri setinin normal dağılım sayılıtısını karşıladığını göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki grubun olduğu karşılaştırmalarda, bağımsız gruplar için t testi, üç ve daha fazla grubun olduğu karşılaştırmalarda ise tek yönlü ANOVA (analiz sonucunun anlamlı olduğu durumlarda Tukey çoklu karşılaştırma analizi) analizleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Grupların farklı değişkenler açısından dağılım oranları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Ki-kare analizi ile sınanmıştır. Bütün sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada verilerin analizleri SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Özellikler

Katılımcılara ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 4.1’de yer almaktadır. Bu çalışmanın örneklemini yaşları 65 ile 93 ($71,89 \pm 5,56$) arasında değişen 147’si (% 43,9) kadın ve 188’i (% 56,1) erkek olmak üzere 335 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 52,8, n = 177) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir. 191 (% 57) gelirinin giderinden az olduğunu iletmiştir. Katılımcılardan 252’si (%75,2) evli, 83’ü (24,8) bekârdır. Katılımcıların 24’ü (% 7,2) çalışmakta, 311’i (% 92,8) ise çalışmamaktadır. 59 katılımcı (% 17,6) herhangi bir aile desteği almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (% 48,7, n = 163) sağlığını orta düzeyde iyi olarak tanımlamıştır.

Tablo 4.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	147	43.9
Erkek	188	56.1
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	115	34.3
İlköğretim	177	52.8
Lise ve Üstü	43	12.9
Gelir Durumu		
Geliri Giderinden Çok	6	1.8
Geliri Giderine Denk	138	41.2
Geliri Giderinden Az	191	57.0
Medeni Durum		
Evli	252	75.2
Bekâr	83	24.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	24	7.2
Çalışmıyor	311	92.8
Aile Desteği Alma Durumu		
Esinin Desteği	213	63.6
Çocuklarının Desteği	63	18.8
Desteği Yok	59	17.6
Sağlığını Nasıl Algıladığı		
İyi	92	27.5
Orta	163	48.7
Kötü	80	23.8
Toplam	335	100.0

4.2. Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalığa göre Dağılımları

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa göre dağılımları Tablo 4.2’de yer almaktadır. Katılımcıların 290’ının (% 86,3) kronik bir hastalığa sahip olduğu görülmektedir. En yüksek oranlarda görülen hastalıklar hipertansiyon (%56,1, n = 188), diyabet (%34,9, n = 117) ve kolesteroldür (%26, n = 87). En düşük oranlarda görülen hastalıklar ise Parkinson (%1,8, n = 6), böbrek yetmezliği (%1,5, n = 5) ve katarakttır (%0,6, n= 2). Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı ortalaması $1,89 \pm 1,18$ ’dir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalığa göre Dağılımları

Kronik Hastalık	n	%
Evet	290	86.3
Hayır	45	13.7
Kronik Hastalıklar*		
Hipertansiyon	188	56.1
Diyabet	117	34.9
Kolesterol	87	26.0
Prostat	30	9.0
Hipotansiyon	1	0.3
Koroner Arter Tıkanıklığı	71	21.2
Romatizma	28	8.4
Osteoporoz	25	7.5
Tiroit Bozukluğu	22	6.6
Astım-Bronşit	21	6.3
KOAH	13	3.9
Kanser	9	2.7
Kalp Yetmezliği	9	2.7
Parkinson	6	1.8
Böbrek Yetmezliği	5	1.5
Katarakt	2	0.6
Toplam Hastalık Sayısı*		
0	45	13.4
1	90	26.9
2	85	25.4
3	87	26.0
4	28	8.4

*Katılımcıların bir kısmı birden fazla sayıda kronik hastalığa sahiptir.

4.3. Katılımcıların Kronik Rahatsızlık ve Dinçlik Oranlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların kronik rahatsızlık, dinçlik ve spor yapma oranlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.3'te yer almaktadır. Katılımcıların kronik rahatsızlık, dinçlik ve spor yapma durumlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Ki-kare analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, kadınlardaki kronik rahatsızlık oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($\chi^2=7,47$, $p<.01$). Erkeklerin kendini dinç hissetme oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($\chi^2=8,27$, $p<.01$). Erkeklerin spor yapma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($\chi^2=8,58$, $p<.01$).

Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Rahatsızlık, Dinçlik ve Spor Yapma Oranlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Cinsiyet				
		Kadın	Erkek	Total		
Kronik Hastalık	Evet	n	135	153	288	$\chi^2=7,474$
		%	91.8	81.4	86.0	.006
	Hayır	n	12	35	47	
		%	8.2	18.6	14.0	
Dinçlik	Evet	n	86	138	224	$\chi^2=8.267$
		%	58.5	73.4	66.9	.004
	Hayır	n	61	50	111	
		%	41.5	26.6	33.1	
Spor Yapma	Evet	n	18	47	65	$\chi^2=8.582$
		%	12.2	25.0	19.4	.003
	Hayır	n	129	141	270	
		%	87.8	75.0	80.6	

4.4. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Ortalama, Standart Sapma, Maks-Min, Çarpıklık-Basıklık Değerleri

Araştırmanın temel analizlerine geçmeden önce Yaşam Doyumu Ölçeğinin normallik sayılığını karşılayıp karşılamadığını incelemek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plotlar incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin normallik sayılığını karşıladığını göstermektedir. Yaşam Doyumu Ölçeği'nin madde sayısı, max-min değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Madde Sayısı, Max-Min Değerleri, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ve Cronbach Alfa Değeri

Değişkenler	Madde Sayısı	Alınabilecek Min-Max Değerler	Bu Çalışmada Alınan Min –Max Değerler	Ort.-S	Cronbach Alfa
Yaşam Doyumu	5	5-25	5-25	17.12±4.52	.85

4.5. Katılımcıların Yaşam Doyumu Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılması

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar erkeklerin; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t = -2.58, p < .01$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması amacıyla yürütülen tek yönlü ANOVA sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir ($F = 12.280, p < .001$). Farkın kaynağını incelemek için yürütülen Tukey çoklu karşılaştırma analizi sonucunda, okuryazar olmayanların yaşam doyumu puanlarının ilköğretim mezunu ve lise üstü eğitime sahip olanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca ilköğretim mezunu olan katılımcıların puanlarının ise lise üstü eğitime sahip olanlardan daha düşük olduğu görülmüştür.

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması amacıyla bir dizi bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermektedir ($t = 1.341, p > .05$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin sağlık algılarına göre karşılaştırılması amacıyla yürütülen tek yönlü ANOVA sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir ($F = 23.693, p < .001$). Farkın kaynağını

incelemek için yürütülen Tukey çoklu karşılaştırma analizi sonucunda, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin yaşam doyumu puanlarının orta ve iyi olarak değerlendirenlerden daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlerin yaşam doyumu puanlarının, sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerden daha düşük puana sahip oldukları görülmektedir.

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması amacıyla bir dizi bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar geliri giderine denk katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t = 4.183, p < .001$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin aldıkları aile desteğine göre karşılaştırılması amacıyla yürütülen bir dizi çok yönlü ANOVA sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olmadığı görülmektedir ($p > .05$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin spor yapma durumuna göre karşılaştırılması amacıyla bir dizi bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar spor yapan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t = 2.587, p < .01$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre karşılaştırılması amacıyla bir dizi bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar kronik hastalığı olmayan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t = -3.076, p < .01$).

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin kötü alışkanlığa sahip olma (sigara, alkol vb) durumuna göre karşılaştırılması amacıyla bir dizi bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar bir kötü alışkanlığa sahip olmayan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t = 2.101, p < .05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların Yaşam Doyumu Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Yaşam Doyumu
Cinsiyet		
Kadın	147	15.27±4.32
Erkek	188	16.48±4.27
<i>t</i>		-2.580
<i>p</i>		.010
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	115	14.38±4.25
İlköğretim	177	16.8±4.13
Lise ve üstü	43	16.65±4.26
<i>F</i>		12.280
<i>p</i>		.000
Medeni Durum		
Evli	252	16.13±4.38
Bekâr	83	15.4±4.15
<i>t</i>		1.341
<i>p</i>		.181
Sağlık Durumu		
İyi	92	17.74±3.69
Orta	163	16.14±4.36
Kötü	80	13.5±3.81
<i>F</i>		23.693
<i>p</i>		.000
Gelir Düzeyi		
Giderine Denk	138	17.07±4.34
Giderinden Az	191	15.08±4.17
<i>t</i>		4.183
<i>p</i>		.000
Aile Desteği		
Eş desteği	213	16.13±4.24
Çocuk desteği	63	15.87±4.16
Desteği yok	59	15.37±4.8
<i>F</i>		.721
<i>p</i>		.487

Tablo 4.5. (Devamı). Katılımcıların Yaşam Doyumu Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Yaşam Doyumu
Spor Yapma		
Evet	65	17.16±4.10
Hayır	270	15.64±4.32
<i>t</i>		2.587
<i>p</i>		.010
Kronik Hastalık		
Yok	47	17.76±4.28
Var	288	15.67±4.28
<i>t</i>		-3.076
<i>p</i>		.002
Kötü Alışkanlık		
Yok	49	17.14±4.25
Var	286	15.74±4.31
<i>t</i>		2.101
<i>p</i>		.036

4.6. Katılımcıların Yaş ve İlaç Sayısının En Düşük ve En Yüksek Değerleri, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Katılımcıların yaşlarının 65 ile 93 arasında değiştiği görülmektedir, yaş ortalaması 71,89±5,56'dır. Kullanılan ilaç sayısının ise 0-16 arasında değiştiği görülmüştür. Kullanılan günlük ortalama ilaç sayısı 3,61±2,81'dir. Hem yaşa hem de kullanılan ilaç miktarına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri dağılımın normal olduğunu göstermektedir. Bulgular Tablo 4.6'te sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Yaş ve İlaç Sayısının En Düşük ve En Yüksel Değerleri, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	n	En Düşük	En Yüksek	\bar{x}	S	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	335	65.00	93.00	71.89	5.56	.919	.541
Kullanılan İlaç Sayısı	335	0	16	3.61	2.809	.910	1.06

4.7. Yaş ve Yaşam Doyumu arasındaki İlişkiler

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yaş ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütülen korelasyon analizi sonucunda yaş ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($r = .008, p > .05$). Bulgular Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Yaş ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkiler

	Yaşam Doyumu	
Yaş	r	,008
	p	,886
	n	335

4.8. Yaşam Doyumu ile Kullanılan İlaç Sayısı Arasındaki İlişkiler

65 yaş ve üstü yaşam doyumu düzeyleri ile kullandıkları ilaç miktarı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını incelemek için Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar kullanılan ilaç miktarı ve yaşam doyumu arasında negatif yönde, çok düşük ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğunu göstermektedir ($r = -0,179, p = .001$). Bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Yaşam Doyumu ve Kullanılan İlaç Sayısı Arasındaki İlişkiler

	Yaşam Doyumu	
İlaç Sayısı	r	-,179
	p	,001
	n	335

5. TARTIŞMA

Yaşlanma kavramı, her bireyin yaşayacağı doğal bir dönem olarak görülmekte ve bireyin tüm vücudunda bir gerileme ve azalmaya neden olan, kontrol edilmesi olasılığı düşük olan ancak geri dönüşü olmayan fizyolojik bir süreç şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin yaşlanmasıyla birlikte psikolojik ve fizyolojik anlamda çeşitli sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (Darling, 2016; Tufan, 2014; Yerli, 2017). Bu durumlar da insanların yaşam kalitelerini, öznel iyi oluşlarını ve yaşam doyumunu düzeylerini etkilemektedir. Yaşlı bireylerin yaşam doyumlarının olumlu şekilde etkilenmesi ve iyi bir yaşlılık geçirilebilmeleri önem arz etmektedir. Zira yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı neredeyse her ülkede artış gösterirken ve yaşlıların sayısı günden güne artarken mutsuz yaşlıların yükselmesi hiçbir ülkenin geleceği açısından iyi bir durum olmaz. Bu nedenle yaşam doyumunun artışı için ülkeler tarafından çeşitli alanlarda politikalar uygulanabilir. Bunlara aktif ve sağlıklı yaşlanma için uygulanan politikalar da dahil edilebilir.

Çalışmamız kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam doyumunu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda yaşlı bireylerde 25 puan üzerinden 17.12 puanla “ortalama üstü düzey”de yaşam doyumunu ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı ilişkiler ve farklılaşmalar olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4 ve 4.5). Bu konu hakkında yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Marsillas ve ark., 2017; Van Beuningen, 2012; Vázquez ve ark., 2013). Bu durum sosyodemografik özelliklerin farklı yerlerde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumunu düzeylerini benzer şekilde etkilediğini göstermektedir.

Araştırmamızda erkek katılımcılar kadınlara göre daha fazladır. Yapılan bir çalışmada araştırmamızla benzer şekilde erkek katılımcıların oranı kadınlara göre daha fazla olmuştur (Kaçan Softa vd., 2015). Ayrıca çalışmamıza erkeklerin katılımının fazla olmasının nedeni İbni Sina Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen 65 yaş ve üstü kadın bireylerin daha az olması olabilir. Ayrıca çalışmada cinsiyet ve yaşam doyumunu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, erkeklerin yaşam doyumunu puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Yapılan başka çalışmalarda da erkeklerin yaşam doyumunu puanları kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Idárraga-Cabrera ve ark., 2020; Kaçan Softa ve ark., 2015; Özmete, 2008). Bu durumun nedeni kırsal alanda yaşayan erkek bireylerin ev dışında daha fazla vakit geçirmeleri, kadın bireylerin ise daha çok evde bulunup sıklıkla ev işleriyle meşgul olmaları olabilir.

Çalışmamızda grubun medeni hali incelendiğinde evli olanların oranı çoğunluktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da evli olanların oranı bu çalışmada olduğu gibi bekarlara göre daha yüksektir. (Demir Erbil ve Hazer, 2019; Özmete, 2016). Çalışmamızda medeni durum ile yaşam doyumu arasında ilişki incelenmiş olup anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan iki farklı bir çalışmada da çalışmamıza benzer bir sonuç elde edilmiştir (Arpacı ve ark., 2022; Aydıner Boylu ve Günay, 2018).

Araştırma grubunun eğitim düzeylerine bakıldığında çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Yaşam doyumu düzeylerinin eğitim seviyelerine göre karşılaştırılmasında, gruplar arasında anlamlı farklılar tespit edilmiştir. Buna göre lise ve üstü eğitime sahip bireylerin ilköğretim mezunu olanlara göre, lise ve üzeri ile ilköğretim mezunlarının ise okuryazar olmayanlara göre görece daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Benzer şekilde yapılan bazı araştırmalarda da eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu edilmiştir (Birinci ve ark., 2017; Çelik ve ark., 2018; Elkin, 2016; Emiroğlu, 1995; Erci ve ark., 2017; Kılıç ve ark., 2016). Bireylerin eğitim düzeylerinin bilgiye ulaşmaları noktasında önemli bir araç olmasından dolayı yaşam doyumlarını doğrudan etkileyen bir unsur olduğu düşünülebilir.

Araştırma grubunun sağlığını nasıl algıladığı incelendiğinde bireylerin yaklaşık yarısı sağlık durumlarını “orta düzeyde” olarak değerlendirmişlerdir. Sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendiren yaşlı bireylerin “orta” ve “iyi” olarak değerlendiren bireylere kıyasla daha düşük yaşam doyumu puanına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca sağlık durumunu iyi olarak nitelendiren yaşlı bireylerin yaşam doyumu puanlarının durumunu orta olarak nitelendiren bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Araştırmamızdaki sonucu destekler nitelikte birçok çalışmada da sağlığını iyi olarak nitelendiren yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeyleri diğerlerine nazaran anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Borg ve ark., 2006; Çelik ve ark., 2018; Erci ve ark., 2017; Farquhar, 1995; Kılıç ve ark., 2016; Marsillas ve ark., 2017).

Araştırmada katılımcılardan çoğunluğunun kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yaşlı bireylerde görülen kronik hastalık oranı da benzer şekilde % 80 olarak tespit edilmiştir (Gülbayrak ve ark., 2003). Araştırmamızda kronik hastalığa sahip olan yaşlı

bireylerde kronik rahatsızlıklardan en fazla görüleni sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kolesteroldür. Diğer hastalıklar ise bu üç hastalığa nazaran sayıca daha az bulunmuştur (Tablo 4.2). Yapılan araştırmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde en sık rastlanılan kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve kolesterol olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark., 2005; Tanrikulu ve Çivi, 2000; Ünsal ve ark., 2010).

Yaşlanmayla beraber kronik rahatsızlıklar sonucu yaşam doyumu düzeylerinde düşüş görülmektedir. Çalışmamızda da görüleceği üzere kronik rahatsızlığı olan bireylerin yaşam doyumu puanlarının kronik rahatsızlığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan başka çalışmalarda da çalışmamızla benzer şekilde sonuçlar ortaya çıkmıştır (Çelik ve ark., 2018; Elkin, 2016; Erol ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2016). Diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere kronik rahatsızlıklar yaşam doyumunu olumsuz olarak etkilemektedir.

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler geliri giderine denk katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5). Erol ve ark. (2016) tarafından yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Dolayısıyla bu araştırmalar, yaptığımız çalışmayı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda tütün ve alkol kullanmayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu puanları kullanan bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç kötü alışkanlığa sahip olmayan bireylerin yaşamlarından daha çok memnuniyet duyduklarını göstermektedir. Yapılan diğer 2 araştırmada da benzer sonuçlar alınmıştır (Banjare ve ark., 2015; Kaučić ve ark., 2022). Bunun nedeni tütün ve alkol kullanımının yaşlı bireylerde sağlık problemlerini artırması olabilir.

65 yaş ve üstü bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin aldıkları aile desteğine göre karşılaştırılması amacıyla yürütülen çok yönlü ANOVA sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olmadığı görülmektedir (Tablo 4.5). Buradan da anlaşılacağı üzere, çalışmamızda yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeyleri aile desteğine göre farklılıklar taşımamaktadır. Ancak aile desteğinin yaşam doyumu hususunda pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır (Banjare ve ark., 2015; Erol ve ark., 2016; García ve Ramírez Navarro, 2018).

Araştırmamıza katılan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaş grubu bakımından 65-74 arasında yoğunluk gösterdiği ve 75 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının daha az olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yaş ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütülen korelasyon analizi sonucunda yaş ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Yapılan başka araştırmalarda da benzer nitelikte sonuçlar ortaya çıkmıştır (Aksu, 2020; Altay ve Aydın Avcı, 2009; Altıparmak, 2009; Birinci ve ark., 2017; Durğun ve Durğun, 2020; Kankaya ve Karadakovan, 2017). Yaşlı bireylerin yaşları farketmeksizin hayattan beklentilerinin birbirine benzer olmasından dolayı olabilir.

Yaptığımız çalışmada ortaya koyulan bir diğer konu ise ilaç kullanımı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkidir. Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar kullanılan ilaç miktarı ile yaşam doyumu arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğunu göstermektedir. Buradan çıkarılacak sonuç ise ilaç kullanımının yaşam doyumunu azaltıcı yönde etki ettiği yönündedir. İlaç kullanımının artması yaşam doyumunu negatif ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada araştırmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Erol ve ark., 2016). Başka bir çalışmada ise tam tersi şekilde reçeteli ilaç kullanan yaşlı bireylerin yaşam doyumu diğerlerine göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Durğun ve Durğun, 2020). Bu durumun ana nedeni yapılan çalışmalarda bireylerin sahip oldukları diğer sosyodemografik özellikler ile doğru veya hatalı ilaç kullanımının bireyler üzerindeki etkisi olabilir.

Spor ve fiziksel aktivitenin yaşam doyumu ile ilişkisi bir diğer araştırma konumuzdur. Katılımcıların çoğunluğu spor yapmamaktadır. Spor yapan bireylerin oranı ise %19,4 olarak bulunmuş olup bunların büyük kısmını erkekler oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlar spor yapan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise sonuçlar, erkeklerin spor yapma oranlarının kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamızla aynı doğrultuda olacak şekilde birkaç çalışmada da benzer nitelikte sonuçlar elde edilmiştir (Lampe ve ark., 2021; McPhee ve ark., 2016; Mudrák ve ark., 2011; Wöbbecking Sánchez ve ark., 2021). Bu çalışmalar ile araştırmamızdaki sonuçlar birbirini desteklemektedir. Bu sonuçlar sporun insan bedeni üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstatistik değerlere baktığımızda dünya ülkeleri ve Türkiye'nin yaşlı nüfusu her geçen yıl artmakta olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfusun artması beraberinde hem dünya hem de buldukları ülkelere birtakım sorunları getirmektedir. Yaşlı bireyler sağlık sorunları nedeniyle bakım ihtiyacı duymakta, birçoğu ihtiyaçlarını tek başına giderme noktasında büyük zorluklar yaşamaktadır.

65 yaş ve üzeri bireylerin bakım ihtiyaçlarını kendi başına giderebilmesi, sağlıklı ve düzgün bir şekilde yaşlanabilmesi hem kendisi hem de ülkesi adına olumlu sonuçlarla karşılaşabilmesi açısından yaşam doyumu önemli bir kavramı ifade etmektedir. Bireylerin sağlıklı, mutlu ve hayatından memnun bir yaşlanma geçirebilmeleri yaşamlarının erken dönemlerinde sağlığı koruyucu davranışlar sergilemesi ile olmaktadır. Zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, fiziksel aktivite yapmak, sağlıklı beslenmek, sosyal ilişkilerini geliştirmek gibi sağlığı olumlu yönde etkileyen davranışların kazanılması bireylerin yaşlılık dönemlerinde de sağlıklı ve daha mutlu bireyler olabilmeleri için büyük önem taşımaktadır. Bu hususta yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi adına Tokat ili Erbaa ilçesinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezine gelen 335 katılımcı ile bir araştırma yaptık.

Bu araştırmanın sonucuna göre;

- Örnekleme yaşları 65 ile 93 (71.89 ± 5.56) arasında değişen 147'si (% 43.9) kadın ve 188'i (% 56.1) erkek olmak üzere 335 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 52,8, $n = 177$) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir. 191 (% 57) gelirin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan 252'si (%75,2) evli, 83'ü (24,8) bekârdır. Katılımcıların 24'ü (% 7,2) çalışmakta, 311'i (% 92,8) ise çalışmamaktadır. 59 katılımcı (% 17,6) herhangi bir destek almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (% 48,7, $n = 163$) sağlığını orta düzeyde iyi olarak tanımlamıştır.
- Katılımcıların 290'ının (% 86,3) kronik bir hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Tablo 4.2'den de izlenebileceği gibi en yüksek oranlarda görülen hastalıklar hipertansiyon (%56,1, $n = 188$), diyabet (%34,9, $n = 117$), ve kolesteroldür (%26, $n = 87$). En düşük oranlarda görülen hastalıklar ise Parkinson (%1,8, $n = 6$), böbrek yetmezliği (%1,5, $n =$

5) ve katarakttır (%0,6, n= 2). Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı ortalaması 1.89 ± 1.18 'dir.

- Kadınlardaki kronik rahatsızlık oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Erkeklerin kendini dinç hissetme oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Erkeklerin spor yapma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Erkeklerin; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir ($F(2, 332) = 12.280, p < .001$). Okuryazar olmayanların yaşam doyumu puanlarının ilköğretim mezunu ve lise üstü eğitime sahip olanlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir ($p > .05$).
- Yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeylerinin sağlık algılarına göre karşılaştırılması sonucunda yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir.
- Geliri giderine denk katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin aldıkları aile desteğine göre karşılaştırılması neticesinde yaşam doyumu puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olmadığı görülmektedir.
- Spor yapan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

- Kronik hastalığı olmayan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Kötü alışkanlığa sahip olmayan katılımcıların; yaşam doyumu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların yaşlarının 65 ile 93 arasında değiştiği görülmektedir, yaş ortalaması 71.89 ± 5.56 'dır. Kullanılan ilaç sayısının ise 0-16 arasında değiştiği görülmüştür. Kullanılan günlük ortalama ilaç sayısı 3.61 ± 2.81 'dir.
- Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yaş ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yürütülen korelasyon analizi sonucunda yaş ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.
- Yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeyleri ile kullandıkları ilaç miktarı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı incelendiğinde, kullanılan ilaç miktarı ve yaşam doyumu arasında negatif yönde, çok düşük ve anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir.

Öneriler

Yukarıdaki bölümlerde ele alınan konular, sorunlar, araştırmalar ve sonuçlar bağlamında ülkemizde aktif yaşlanma bilincinin geliştirilmesi ve yaşam doyumunun yükseltilmesi amacıyla bazı öneriler sunabiliriz. Buna göre;

- 📌 Birinci basamak sistemimizi geliştirme yolunda adımlar atmak ve yaşam doyumu kavramını benimsetmek amacıyla etkinlikleri artırmak yaşlı sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.
- 📌 Kronik rahatsızlığı olan bireylerin hastalıkları ile ilgili semptomlarını azaltıcı, hastalığa uyum sağlayıcı hemşirelik bakımlarının düzenlenmesi bireyin yaşam doyumu düzeyinin artması yönünde katkı sağlayacaktır.
- 📌 Sağlık algıları düşük olan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin de düşük olması sebebiyle bireylerin sağlık algılarının olumlu yönde değişmesi için eğitimlerin verilmesi, etkinliklerin artırılması gerekmektedir.

- Aile desteği yüksek olan bireylerin yaşam doyumunu oranlarında anlamlı değişimler söz konusudur. Bu yüzden aile desteği düşük olan bireylerde diğer yaşlı bireylerle etkileşimlerinin ve sosyalleşmelerinin yolu kolaylaştırılmalı, yaşlı dayanışması artırılmalıdır. Ayrıca destek görebilecekleri dernek veya yardım kuruluşlarının yaşlı bireylere destek amaçlı yönlendirilmesinin etkili olabileceği de düşünülmektedir.
- Birden fazla kronik rahatsızlığı olan bireylerin ilaç sayısında artış söz konusudur. Bireylerin ilaçlarını düzenli kullanması ve özellikle okuma yazma bilmeyen bireylere ilaç eğitimlerinin verilmesi kronik rahatsızlıklarda görülen semptomların azalmasında nc katkı sağlayacaktır.
- Yaşlılık evresinde hastalık ve sakatlıkların ortaya çıkmasına neden olan ekonomik faktörleri (yani yoksulluk, gelir eşitsizlikleri ve sosyal dışlanma, düşük okuryazarlık seviyeleri, eğitim eksikliği) ele alan politika ve programlar artırılmalıdır. Ayrıca yoksul yaşlı bireylerin tespit edilip sağlık durumları iyileştirilmelidir.
- Yaşlı bireyler için fiziksel aktivite konusunda uygun ve nüfusa dayalı bilgiler geliştirilmelidir. Yüksek yaşam doyumuna sahip olabilmeleri için erişilebilir, hoş ve uygun fiyatlı fırsatlar sağlanmalıdır. Yaşlandıkça insanlar için düzenli, orta derecede fiziksel aktivitenin önemi anlatılmalı ve bireyler daha çok teşvik edilmelidir. Ayrıca yaşlı bireylere daha mutlu ve yaşamlarından memnun olabilmeleri adına gönüllü faaliyetlere katılma fırsatları sunulmalıdır.
- Yaşlı bireylere sigara, alkol gibi kötü alışkanlıkları bırakmaları noktasında yardım edilmeli, bu konuda teşvikler sunulmalı ve yeni politikalar üretilmelidir.
- Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları, yaşlı bakımı konusunda geniş kapsamlı Şekilde eğitilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi. (2014). *Aging changes in body shape*.
<https://medlineplus.gov/ency/article/003998.htm>.
- Adıbelli, D., Kılıç, D., Türkoğlu, N., & Armut, S. (2016). Geriatrik Yaş Grubundaki Kişilerin Yaşam Doyumu ve Yaşam Tutum Profilleri Arasındaki İlişki. İçinde *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* (C. 5, Sayı 1, ss. 1-8). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/tr/pub/cumunuj/issue/24592/260366>
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 3(2), 75-80.
<https://doi.org/10.47141/GERIATRİK.744968>
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347-354. <https://doi.org/10.38108/OUHCD.752133>
- Ak, M. (2016). Yaşlılık olgusu üzerine uygulamalı bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1019-1028.
- Aközer, M., Nuhurat, C., & Say, Ş. (2011). Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27), 103-128. <https://doi.org/10.21560/SPCD.73482>
- Aksu, G. (2020). *Birinci basamağa başvuran yaşlı bireylerde başarılı yaşlanma ile yaşam doyumu arasındaki ilişki. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi.
- Altay, B., & Aydın Avcı, İ. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 275-282. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dicletip/issue/4692/63967>
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 159-164.
<http://tip.fusabil.org/text.php3?id=692>
- Anderson, M., & Perrin, A. (2017). *Tech adoption climbs among older adults*.
- Arpacı, F. (2005). *Farklı boyutlarıyla yaşlılık*. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Arpacı F., Polat Ü., & Kolcu G. (2022). Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yalnızlık ve Yaşam Doyumu İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(3), 510-521.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdusbed/issue/73442/1194202>
- Aslan, M. & Hocoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 53-62.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/31210/339576>
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
<https://doi.org/10.1093/GERONT/29.2.183>
- Aydiner Boylu, A., & Günay, G. (2018). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 1351-1363.
<https://doi.org/10.15869/ITOBİAD.369988>
- Banjare, P., Dwivedi, R., & Pradhan, J. (2015). Factors associated with the life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India. *Health and quality of life outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-015-0398-Y>
- Başkaya, Z., & Özkılıç, F. (2017). Türkiye’de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). *Journal of International Social Research*, 10(54), 404-423. <https://doi.org/10.17719/JISR.20175434605>
- Başığit, R. (2019). *Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi.

- Bayın, G. (2016). Doğuştan ve ileri yaşta beklenen yaşam sürelerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(3), 93-103. <https://doi.org/10.15511/TAHD.16.21693>
- Berntson, G. G., & Cadoppo, J. T. (2000). Psychobiology and social psychology: past, present, and future. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 4(1), 3-15. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_2
- Beutell, N. (2006). *Life satisfaction, a sloan work and family encyclopedia entry*. Work and Family Researchers Network. <https://workfamily.sas.upenn.edu/glossary/l/life-satisfaction-definition>
- Birinci, M., Cesur, K., Erdoğan, Ö., Raz, O., & Demiral, B. (2017). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 35-50. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/scd/issue/32871/363258>
- Boehm, J. K., Winning, A., Segerstrom, S., & Kubzansky, L. D. (2015). Variability Modifies Life Satisfaction's Association With Mortality Risk in Older Adults. *Psychological science*, 26(7), 1063-1070. <https://doi.org/10.1177/0956797615581491>
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15(5), 607-618. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2006.01375.X>
- Bozbaş, A. (2019). *Turist rehberlerinin demografik ve mesleki değişkenler bakımından iş ve yaşam doyumlarının incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Alaaddin Keykubat Üniversitesi.
- Bölükbaşı, S. (2020). Yaşlı Obezlerde Egzersiz Yaklaşımı ve Etkileri. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(1), 54-59. <https://doi.org/10.25048/TUDOD.689751>
- Cameron, P. (1975). Mood as an indicant of happiness: age, sex, social class, and situational differences. *Journals of Gerontology*, 30(2), 216-224. <https://doi.org/10.1093/GERONJ/30.2.216>
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. McGrawHill.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. . Russell Sage Foundation.
- Celik, S. S., Celik, Y., Hikmet, N., & Khan, M. M. (2018). Factors Affecting Life Satisfaction of Older Adults in Turkey. *International journal of aging & human development*, 87(4), 392-414. <https://doi.org/10.1177/0091415017740677>
- Ceylan, H. (2015). *Yaşlılık ve refah devleti*. Açılım Kitap.
- Chen, C. (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 54(1), 57-79. <https://doi.org/10.1023/A:1007260728792>
- Chou, K. L., & Chi, I. (1999). Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: A longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 3(4), 328-335. <https://doi.org/10.1080/13607869956109>
- Coni, N., Davison, W., & Webster, S. (1992). *Ageing: The facts*. Oxford University Press.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic books.
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1252-1262. <https://doi.org/10.17755/ESOSDER.263229>
- Darling, R. M. (2016). Knowledge of Aging and Attitudes Toward Older People by Communication Sciences and Disorders Students. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 43(Spring), 50-63. https://doi.org/10.1044/CICSD_43_S_50

- Demir Avcı, Y., & Gözüm, S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılar için Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri ve Tele-Sağlık. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1), 56-67.
<https://doi.org/10.21763/TJFMPC.400067>
- Demir Erbil, D., & Hazer, O. (2019). University Of Jyvaskyla Active Aging Scale: The Study Of Validity And Reability. *International Journal Of Eurasia Social Sciences*, 10(38), 1175.
<https://doi.org/10.35826/IJOESS.2638>
- Demirbaş, H. (2018). Yaşlılıkta sosyal ilişkiler. İçinde A. Canatan & E. Özmete (Ed.), *Temel gerontoloji*. Hedef CS Basım Yayın.
- Demirtaş, Ş., Güngör, C., & Nesrin Demirtaş, R. (2017). Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 100-108.
<https://doi.org/10.20515/OTD.292504>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 361-368.
<https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.12.001>
- Diener, E. (2003). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA4901_13
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Durayappah, A. (2011). The 3P Model: A General Theory of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681-716. <https://doi.org/10.1007/S10902-010-9223-9>
- Durğun, A., & Durğun, K. N. (2020). Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumları ve Dini Tutumları Üzerine Bir Araştırma. İçinde *Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi* (C. 3, Sayı 2, ss. 208-231). Akademik Perspektif Derneği. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/apjec/issue/58985/815247>
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (1998). *Life in the 21st century: A vision for all*.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2015). *World report on ageing and health*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2017). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2022). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Elkin, N. (2016). Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 9-21.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/19541/208037>
- Ellison, C. G., Gay, D. A., & Glass, T. A. (1989). Does Religious Commitment Contribute to Individual Life Satisfaction? *Social Forces*, 68(1), 100. <https://doi.org/10.2307/2579222>
- Emiroğlu, V. (1995). *Yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu* (2. Baskı). Şafak Matbaacılık.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Yaşlı nüfusun demografik değişimi*.
- Erbaa Belediyesi. (2020). *Erbaa Nüfus Dağılımı*. <https://erbaa.bel.tr/nufus-ve-dagilimi>.

- Erci, B., Yılmaz, D., & Budak, F. (2017). Yaşlı Bireylerde Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumunun Umüt Düzeylerine Etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 72-76. <https://doi.org/10.14744/PHD.2017.52714>
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N., & Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda Yalnızlık Algısı Ve Yaşam Doyumu. İçinde *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (C. 5, Sayı 3, ss. 60-69). Gümüşhane Üniversitesi. <https://dergipark.org.tr/pub/gumussagbil/issue/23823/253790>
- European Society of Cardiology. (2013). *Adult generations of today are less healthy than their counterparts of previous generations. Science Daily*. . www.sciencedaily.com/releases/2013/04/130410082426.htm.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1439-1446. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00117-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-P)
- García, L. M. R., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of aging research*. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
- Glass, J. C., & Jolly, G. R. (1997). Satisfaction in later life among women 60 or over. *Educational Gerontology*, 23(4), 297-314. <https://doi.org/10.1080/0360127970230401>
- Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 345-354. <https://doi.org/10.1016/J.JRP.2008.12.014>
- Gorn, G. J., & Claxton, J. D. (1985). Lifestyles of the elderly: The past, the present and the future. İçinde Sheth J. N. & C. T. Tan (Ed.), *Historical Perspective in Consumer Research: National and International Perspectives*. Association for Consumer Research.
- Gülbayrak, C., Açık, Y., Oğuzöncül, F., Deveci, E., & Ozan, T. (t.y.). *Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılardaki Kronik Hastalıkların Sıklığı Ve Maliyeti*.
- Güler, Ç. (1998). Yaşlılıkta tanımlar ve yaşlılık üzerine söylenenler. *Türk Geriatri Dergisi*, 1(2).
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/GERONT/1.1.8>
- Havighurst, R. J. (1968). A social-psychological perspective on aging. *The Gerontologist*, 8(2), 67-71. <https://doi.org/10.1093/GERONT/8.2.67>
- Hochschild, A. R. (1976). Disengagement Theory: A Logical, Empirical, and Phenomenological Critique. İçinde J. F. Gubrium (Ed.), *Time, Roles, and Self in Old Age* (ss. 53-87). Human Sciences Press.
- Homans, G. C. (1958). Social Behavior as Exchange. *American Journal of Sociology*, 63(6), 597-606. <https://doi.org/10.1086/222355>
- Idárraga-Cabrera, C., Dueñas, J. M., Martínez-González, M. B., Navarro-Blanco, R., Denegri-Coria, M., & Pino, M. (2020). Cognitive Functioning, Life Satisfaction, and Their Relationship with the Financial Attitudes of Older Individuals Who Participate in an Active Aging Program. *Behavioral Sciences 2020, Vol. 10, Page 189*, 10(12), 189. <https://doi.org/10.3390/BS10120189>
- Jeune, B., & Skytthe, A. (2001). Centenarians in Denmark In the Past and the Present. *Population*, 13(1), 75-93.
- Kaçan Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C. (2016). Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-12.
- Kaçan Softa, H., Ulaş Karaahmetoğlu, G., Erdoğan, O., & Yavuz, S. (2015). Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1), 12-21. <https://dergipark.org.tr/pub/yasad/issue/21800/234274>

- Kankaya, H., & Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32215/358093>
- Kaptan, G. (2013). Yaşlanma ve yaşlılık ile ilgili tanımlamalar. İçinde G. Kaptan (Ed.), *Geriatrik bakım ilkeleri*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Kaučič, B. M., Kolnik, T. Š., & Filej, B. (2022). Connection between Lifestyle and Life Satisfaction of Older Adults in Relation to the Living Environment. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(E), 790-797. <https://doi.org/10.3889/OAMJMS.2022.8973>
- Kersu, Ö., & Alparslan, G. B. (2020). Geriatrik Bireylerin Fiziksel Aktiviteleri ve Uyku Kaliteleri Arasındaki İlişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(1), 24-30. <https://doi.org/10.17942/STED.637022>
- Koldaş, Z. L. (2017). Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(Suppl. 5), 1-4. <http://search/yayin/detay/231846>
- Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journal of gerontology*, 47(5). <https://doi.org/10.1093/GERONJ/47.5.P300>
- Lampe, K., Csóka, L., Hegedüs, R., Zrínyi, M., & Töröcsik, M. (2021). Sports activities of 60 above Hungarian elderly-explaining and predicting impact of exercise on health. *BMC Public Health*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09974-X/TABLES/2>
- Lange, J., & Grossman, S. (2014). Theories of aging. İçinde K. L. Mauk (Ed.), *Gerontological nursing: Competencies for care*. Jones and Bartlett Learning.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. İçinde M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Ed.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (ss. 33-59). Springer.
- Lee, R. (2002). The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190. <https://doi.org/10.1257/089533003772034943>
- Mannell, R. C., & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. İçinde G. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology*. Academic Press.
- Markides, K. S., & Martin, H. W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. *Journal of gerontology*, 34(1), 86-93. <https://doi.org/10.1093/GERONJ/34.1.86>
- Marshall, V., & Clarke, P. J. (2007). Theories of aging: Social. İçinde J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (2. Baskı). Academic Press.
- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., Smetcoren, A. S., Braña, T., & Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European journal of ageing*, 14(3), 295-310. <https://doi.org/10.1007/S10433-017-0413-8>
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580. <https://doi.org/10.1007/S10522-016-9641-0>
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of aging and health*, 13(1), 92-119. <https://doi.org/10.1177/089826430101300105>
- Metin, B. (2016). *Dünyada ve Türkiye’de yaşlanma sorunu yaşanan toplum ve aktif yaşlanma*. Gazi Yayıncılık.

- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638. <https://doi.org/10.1086/229941>
- Mudrak, J., Slepicka, P., & sıSKA, P. (2011). Physical Activity And Life Satisfaction In Seniors Participating In Educational Programs 1. *AUC Kinanthropologica*, 47(1), 84-95.
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, 194. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L94>
- National Institute on Aging. (2015). *Skin care and aging*. <https://www.nia.nih.gov/health/publication/skin-careand-aging>.
- Nimrod, G., & Kleiber, D. A. (2007). Reconsidering change and continuity in later life: toward an innovation theory of successful aging. *International journal of aging & human development*, 65(1), 1-22. <https://doi.org/10.2190/Q4G5-7176-51Q2-3754>
- Notestein, F. W. (1983). Frank Notestein on Population Growth and Economic Development. *Population and Development Review*, 9(2), 345. <https://doi.org/10.2307/1973057>
- Onur, B. (2000). *Gelişim psikolojisi*. İmge Yayınevi.
- Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A., & Bakıcı, Z. (2005). Sivas il merkezinde yaşı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3), 89-94.
- Özel, N. K. (2015). *İş doyumunu ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin demografik değişkenler açısından incelenmesi: Konaklama işletmelerinde bir araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Türk Hava Kurumu Üniversitesi.
- Özmete, E. (2008). Yaşlılıkta Yaşamın Anlamının Refah Göstergeleri İle Yordanması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 15(15), 7-20. <https://doi.org/10.21560/SPCD.56132>
- Özmete, E. (2016). *Türkiye aktif ve sağlıklı yaşlanma araştırması*.
- Palmore, E., & Kivett, V. (1977). Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. *Journal of gerontology*, 32(3), 311-316. <https://doi.org/10.1093/GERONJ/32.3.311>
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.3.414>
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Burke, J. R., Hurd, M. D., Potter, G. G., Rodgers, W. L., Steffens, D. C., Willis, R. J., & Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132. <https://doi.org/10.1159/000109998>
- Ribeiro, O., Araújo, L., Figueiredo, D., Paúl, C., & Teixeira, L. (2021). The Caregiver Support Ratio in Europe: Estimating the Future of Potentially (Un)Available Caregivers. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10010011>
- Seedsman, T. (2017). Building a Humane Society for Older People: Compassionate Policy Making for Integration, Participation, and Positive Ageing Within a Framework of Intergenerational Solidarity. *Journal of Intergenerational Relationships*, 15(3), 204-220. <https://doi.org/10.1080/15350770.2017.1329582>
- Sözen, F. (2014). *Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. . Başkent Üniversitesi.

- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of community health, 33*(1), 40-50. <https://doi.org/10.1007/S10900-007-9066-4>
- Şener, A., & Güven, S. (2011). Factors affecting life satisfaction in old age. *Türk Geriatri Dergisi, 14*(2), 179-186. <http://search/yayin/detay/127755>
- Şener, A., Terzioğlu, R. G., & Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and leisure activities during men's retirement: A Turkish sample. *Aging and Mental Health, 11*(1), 30-36. <https://doi.org/10.1080/13607860600736349>
- Tanrıku, M. Z., & Çivi, S. (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatri, 3*(3), 85-90. <http://search/yayin/detay/10683>
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). *On Birinci Kalkınma Planı (2019 – 2023)* .
- Tekeli, S., & Günsoy, G. (2015). Nüfusun yaşlanması ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir analiz. *Amme İdaresi Dergisi, 48*(1), 35-87. <http://search/yayin/detay/169181>
- Tufan İ. (2014). *Türkiye'de Yaşlılığın yapısal değişimi*. Koç Üniversitesi Yayınları.
- Tuna M, & Tenlik Ö. (2017). Türkiye'de ve Dünyada yaşlanma. İçinde Tufan G & M. Durak (Ed.), *Temel gerontoloji*. Nobel Yayıncılık.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022a, Mart 18). *İstatistiklerle Yaşlılar 2021*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2021-45636>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022b, Mayıs 12). *Doğum İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2021-45547#:~:text=Kaba%20doğum%20hızı%20binde%202012,yılında%202012%2C8%20doğum%20düştü.>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022c, Temmuz 6). *Dünya Nüfus Günü*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Ünsal, A., Demir, G., Özkan, A. Ç., & Arslan, G. G. (2010). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12*(3), 5-10. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/2066>
- Van Beuningen, J. (2012). *The satisfaction with life scale examining construct validity*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/26/the-satisfaction-with-life-scale-examining-construct-validity>
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The journals of gerontology : social sciences, 55*(5). <https://doi.org/10.1093/GERONB/55.5.S308>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology, 16*. <https://doi.org/10.1017/SJP.2013.82>
- Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. İçinde Saris W. E., R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & Bunting B. (Ed.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (ss. 11-48). Eötvös University Press.

- Wahl, H. W. (2001). Environmental influences on aging and behavior. İçinde J. E. Birren & K. W. Schaie (Ed.), *Handbook of the psychology of aging*. CA: Academic Press.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & mental health*, 8(2), 172-183. <https://doi.org/10.1080/13607860410001649662>
- Webmd. (2016). *Sarcopenia with aging*. . <http://www.webmd.com/healthy-aging/sarcopenia-with-aging>.
- Wong, G. K. M. (2003). Quality of life of the elderly in Singapore's multi-racial society. *International Journal of Social Economics*, 30(3), 302-319. <https://doi.org/10.1108/03068290310460170/FULL/PDF>
- Wöbbeking Sánchez, M., Sánchez Cabaco, A., Bonete-López, B., Urchaga Litago, J. D., Loureiro, M. J., & Mejía, M. (2021). Physical Activity and Life Satisfaction: An Empirical Study in a Population of Senior Citizens. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.636914>
- Yazıcı, S. (2014). Gerontoloji ve gelişim süreci. İçinde N. Korkmaz & S. Yazıcı (Ed.), *Küreselleşme ve yaşlılık: Eleştirel gerontolojiye giriş*. Ütopya Yayınevi.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1278-1287. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>

8. EKLER

EK 1- ETİK KURUL ONAYI ve İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 15-89

03.11.2021

Sayın Prof. Dr. Filiz HİSAR

Sorumlu araştırmacı olarak yürüteceğiniz “Kırsal Bölgede Yaşayan Yaşlı Bireylerde Aktif Yaşlanma ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki” başlıklı proje ile ilgili kurulumuza yaptığınız etik kurul başvurusu görüşüldü. Kurulumuzun 03.11.2021 tarih ve 2021/15-89 sayılı kararıyla, çalışmanın bilimsel etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek lisans Öğrencisi Nurcan ÇALIŞKAN

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağlık Bilimleri Bilimsel
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



**NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES SCIENTIFIC RESEARCH ETHICS BOARD
ETHICS BOARD DECISION FORM**

Ethics Committee Date and Decision Number	Date: 03.11.2021 Decision Number: 15/89
Title of the Study	The Relationship Between Active Aging and Life Satisfaction in the Elderly People Living in Rural Areas
Responsible Researcher	Prof. Filiz HİSAR
Assistant Researchers	Master Degree Student Nurcan ÇALIŞKAN
Ethics Committee Decision	Majority of votes <input type="checkbox"/> Consensus <input checked="" type="checkbox"/>
	Approval <input checked="" type="checkbox"/> Correction * <input type="checkbox"/> Rejection** <input type="checkbox"/>
Corrections Requested by the Ethics Committee During Re-Application*	
If rejected, reasons **	

Prof. Emine GEÇKİL
Head of Ethics Committee



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 30

Toplantı Tarihi: 08.02.2023

Karar Sayısı:2023/366:(Başvuru ID:12726) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Filiz HİSAR'ın "Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlı Bireylerde Aktif Yaşlanma ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez başlığının "Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi" olarak değiştirme talebinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Nurcan ÇALIŞKAN

ASLI GİBİDİR
08.02.2023

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Nurcan
ÇALIŞKAN

Sayın NURCAN ÇALIŞKAN

İlgi : 10/01/2022 tarihli dilekçe

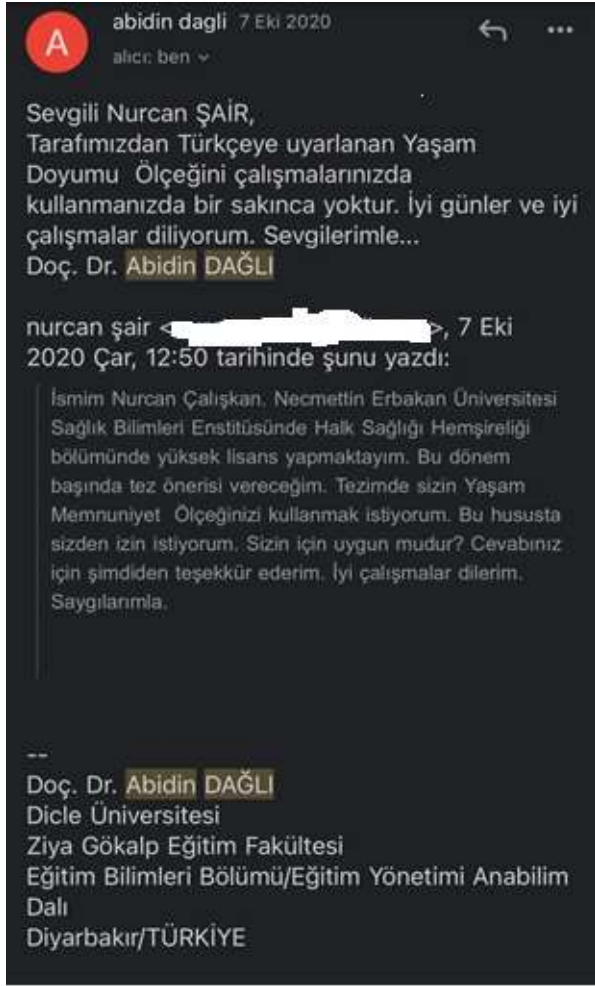
İlgi dilekçenize istinaden; Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Erbaa İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylere yüzyüze anket uygulaması olarak yapmayı planladığımız "Erbaa İlçesi İbn-i Sina Aile Sağlığı Merkezi Nüfusuna Kayıtlı Yaşlı Bireylerde Aktif Yaşlanma ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki" isimli prospektif çalışmanız Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş çalışmanın yapılması yönünde izin verilmiş, Erbaa İlçe Sağlık Müdürlüğümüz konu hakkında resmi yazı ile bilgilendirilmiş, komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Nurcan ÇALIŞKAN Komisyon Karar Tutanağı

EK 2- ÖLÇEK İZİNLERİ



EK 3- YAZILI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programı yüksek lisans öğrencisi olan Nurcan ÇALIŞKAN, Prof. Dr. Filiz HİSAR danışmanlığında “Kırsal Bölgede Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması planladı. Bu çalışmanın amacı, kırsal bölgede yaşayan yaşlı bireylerde yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesidir.

Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda olup, istediğiniz zaman araştırmadan hiçbir gerekçe göstermeden ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılım için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir.

Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplaması için birer anket ve ölçek bulunmaktadır. Bu anket vasıtası ile toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

EK 4- SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU

Yaşlı Bireylerin Özellikleri

1. Cinsiyet:

a) Kadın

b) Erkek

2. Yaş

3. Eğitim Düzeyi

a) Okur yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

d) Üniversite

e) Lisans üzeri

4. Gelir durumu

- a) Gelir giderinden çok
- b) Geliri giderine denk
- c) Geliri giderinden fazla

5. Medeni Durum

- a) Evli
- b) Bekar

6. Aktif olarak çalışma duruyor

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

7. Aile desteği alıyor musunuz?

- a) Eşinin desteği
- b) Çocuklarının desteği
- c) Desteği yok

8. Kendi sağlığını nasıl algılıyorsunuz

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

9. Bir hastalığınız var mı?)

- a) Evet (Hangi hastalık)
- b) Hayır

10. Herhangi bir alışkanlığınız var mı?

- a) Sigara
- b) Alkol
- c) Diğer

11.Spor yapıyor musunuz?

- a) Evet (Yazınız.....)
- b) Hayır

12. Kullanılan ilaç sayısı

.....

13. Sizce yaşlılarınıza göre dinç misiniz?

- a) Evet

b) Hayır

14. Yaşamınızdan memnun musunuz?

a) Evet

b) Hayır

EK 5- YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerinin karşısında bulunan maddelerin ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan en uygun olanı işaretleyiniz.

1. Tamamıyla katılıyorum, 2 kısmen katılıyorum, 3 kararsızım, 4 biraz katılmıyorum, 5 kesinlikle katılmıyorum,

	Tamamen Katılıyorum	Büyük Oranda Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Çok az Katılıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Hayatım çoğu yönden idealime yakın	5	4	3	2	1
Hayat koşullarım mükemmel	5	4	3	2	1
Hayatımdan memnunum	5	4	3	2	1
Şu ana kadar hayatta istediğim önemli şeyleri elde ettim	5	4	3	2	1
Eğer ben hayatımı yeniden yaşayabilseydim, neredeyse hiçbir şeyi değiştirmezdim	5	4	3	2	1