



ÇANAKKALE Yaşlı Atlası



ÇANAKKALE YAŞLI ATLASI

ÇANAKKALE YAŞLI ATLASI

Doç. Dr. Şeref ULUOCAK

Doç. Dr. Cumhuri ASLAN

Doç. Dr. Coşkun BAKAR

Yrd. Doç. Dr. Gökhan GÖKULU

Arş. Gör. Olgun BİLİR

Kapak Tasarım: Atilla AKIN

ISBN: 978 – 605 – 64399 – 0 – 2

Sertifika No: 29069

Baskı ve Cilt: Çanakkale Olay Gazetesi

Tel: (0286) 212 91 91

<http://www.canakkaleolay.com>

2013, bu kitabın Türkçe yayın hakları Çanakkale Belediyesine aittir.

Basım: Kasım 2013

400 Adet

Çanakkale Belediyesi

İsmetpaşa Mah. Atatürk Cad. No:39 Merkez/ ÇANAKKALE

Tel: 444 17 17

Fax: (0286) 217 12 28

<http://www.canakkale.bel.tr>

ÇANAKKALE YAŞLI ATLASI

ÇANAKKALE KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN
SOSYO-KÜLTÜREL, DEMOGRAFİK, EKONOMİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIK DURUMLARI VE
YAŞAM KALİTESİ

HAZIRLAYANLAR

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
FEN EDEBİYAT FAKÜLTESİ
SOSYOLOJİ BÖLÜMÜ

Doç.Dr. Şeref ULUOCAK

Doç.Dr. Cumhuri ASLAN

Yrd.Doç.Dr. Gökhan GÖKULU

Araş.Gör. Olgun BİLİR

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Doç.Dr. Coşkun BAKAR

ÇANAKKALE - 2013

"Bu kitap T.C. Güney Marmara Kalkınma Ajansı'nın desteklediği "Altın Yıllar Yaşam Merkezi" projesi kapsamında hazırlanmıştır. İçerik ile ilgili tek sorumluluk "Çanakkale Belediyesine" aittir ve Güney Marmara Kalkınma Ajansının görüşlerini yansıtmaz.

SUNUŞ



Modern sosyal ve tıbbi uygulamalar sonucunda ileri yaşlara uzayan insan ömrü, yeni sosyal politikaların üretilmesine ilişkin çeşitli önlemlerin alınmasını da kaçınılmaz kılmaktadır.

Yaşlanma ve yaşlılık üzerine yapılan incelemeler; yaşlanmanın ve yaşlılığın biyolojik bir süreç olduğu kadar, ortaya çıkış süreçleri incelendiğinde, bir o kadar da demografik, öznel ve sosyal bir konu olduğunu göstermektedir.

Bugün Çanakkale Merkez ilçesi, 7200 kişi olan 65 yaş üstü hemşerisiyle Türkiye'nin en yaşlı kentlerinden birisidir.

“Önce İnsan” odaklı bir yaklaşımı kendisine temel alan yerel yönetim anlayışımız gereği, kentin yaşam alanlarının yaşı ilerlemiş hemşerilerimiz için de elverişli ve kullanışlı bir yapıya sahip olması, kıdemli hemşerilerimizin yaşam kalitelerinin artması ve güvenli bir ortamda yaşamlarını sürdürmeleri için uzun zamandır sürdürülebilir arayışlar içerisindeydik.

Tüm bu arayışlar sonucunda; yaşlılık konusunda bölgemizde yaşlılık dönemini yaşayanlar ve yaşlı yakınlarının duydukları ihtiyaçlara yönelik tüm uzmanlarımızı bir araya getirerek Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesini geliştirdik. Bu projeyle asıl hedefimiz; ihtiyaçları bölgesel olarak belirlenen, özel sosyo-politik duyarlılıkları ve farklı çözüm yöntemlerini içerisinde barındıran, aynı zamanda da bölge yaşlılarımızın her türlü ihtiyacına cevap veren örnek ve özel bir çalışma gerçekleştirmektir.

Hedeflerimize ulaşabilmek için, öncelikle kentimizin ilgili alandaki potansiyellerini, mevcut durumunu ve beklentilerini, projemiz kapsamında, değerlendirebilmek ve gelecek için doğru adımlar atabilmek için öncelikle “Çanakkale Yaşlı Atlası” alan araştırması gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma ile Çanakkale Merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki hemşerilerimizin sağlık ve sosyal sorunlarına yönelik ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bu alanda geleceğe yönelik sosyal politikalar üretilmesine ilişkin veriler elde edilmesi amaçlanmıştır. Çanakkale Merkez İlçeye bağlı yedi mahallede gerçekleştirilen bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Bölümlerinde üretim yapan değerli bilim insanlarımızın katkılarıyla raporlanarak sizlerle paylaşılmak üzere kitaplaştırılmıştır.

Kentimiz ve bölgemiz için çok büyük faydaları olacağını düşündüğüm bu çalışmanın hazırlanmasında gerek düşünceleriyle, gerek katılımlarıyla, gerekse harcadıkları emekle katkısı bulunan herkese çok teşekkür ederim.

Saygılarımla,
Ülgür GÖKHAN
Belediye Başkanı

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması ve uygulanması aşamasında katkılarını esirgemeyen Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Erhan ESER, Altın Yıllar Yaşam Merkezi Proje Koordinatörü Nadide BİLİR, Proje Uzmanları Işıl KARDEŞ ve Ceren TURGUT ile anketörler Hazal NURAL, Bumin Kaan DİNÇER, Özlem KİLİSLİ, Hediye SALİHOĞLU, Seda BAŞOK, Tarık YILMAZ, Püren BAŞUĞUR, Elvan Ecem BAŞEL, Ezgi ERİ ve Yusuf DEMİROK'a teşekkürlerimizi bir borç biliriz.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| TEŞEKKÜR..... | 4 |
| İÇİNDEKİLER | 5 |
| YÖNETİCİ ÖZETİ..... | 14 |
| GİRİŞ..... | 20 |
| I. BÖLÜM..... | 21 |
| 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI..... | 21 |
| 1.2. ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVESİ | 21 |
| 1.2.1. Yaşlılıkla İlgili Temel Kavramlar | 21 |
| 1.2.1.1. Yaş..... | 21 |
| 1.2.1.2. Yaşlanma..... | 22 |
| 1.2.1.3. Yaşlılık | 26 |
| 1.2.2. Demografik Devrim: Yaşlanan Nüfus ya da Yaşlı Toplum | 27 |
| 1.2.2.1. Dünyada Demografik Trendler | 28 |
| 1.2.2.2. Türkiye’de Demografik Trendler | 30 |
| 1.2.2.3. Çanakkale’de Demografik Yapı..... | 34 |
| 1.2.3. Yaşlı Nüfusa Yönelik Belirlemeler..... | 36 |
| 1.2.4. Yaşlılık Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar | 38 |
| 1.2.4.1. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı (Disengagement Kuramı) | 40 |
| 1.2.4.2. Aktivite Kuramı (Etkinlik Kuramı)..... | 41 |
| 1.2.4.3. Rol Bırakma Kuramı (Role exit theory) | 42 |
| 1.2.4.4. Modernleşme Kuramı..... | 43 |
| 1.2.4.5. Toplumsal Alış Veriş Kuramı (Social Exchange Theory) | 44 |
| 1.2.4.6. Süreklilik Kuramı (Continuity Theory) | 45 |
| 1.2.4.7. Etkileşimci Teoriler | 46 |
| 1.2.4.7.1. Sembolik Etkileşim Teorisi | 46 |
| 1.2.4.7.2. Etiketleme Teorisi | 47 |
| 1.2.4.7.3. Sosyal Çöküş Teorisi..... | 47 |
| 1.2.4.8. Sosyal Yapılandırıcılık ve Sosyal Fenomonolojik Yaklaşım | 48 |
| 1.2.5. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Aktif Yaşlanma | 48 |

| | |
|--|----|
| 1.2.5.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi | 48 |
| 1.2.5.2. Aktif Yaşlanma | 50 |
| 1.2.6. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Sorunları..... | 54 |
| 1.2.6.1. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları..... | 56 |
| 1.2.6.2.Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu..... | 58 |
| 1.2.6.3. Yaşlı Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik..... | 59 |
| 1.2.6.3.1. Kronik hastalıklardan korunma..... | 59 |
| 1.2.6.3.2. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Hekimlik İlkeleri | 60 |
| 1.2.6.3.2.1. Yaşlıların Yalnızlıktan Korunması..... | 60 |
| 1.2.6.3.2.2.Yaşlılara Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Programı Verilmesi | 60 |
| 1.2.6.3.2.3.Beslenme..... | 61 |
| 1.2.6.3.2.4.Kazalardan Korunma | 61 |
| 1.2.6.3.2.5. İlaç kullanımı | 62 |
| 1.2.6.3.2.6. Ayak Bakımı | 63 |
| 1.2.6.3.2.7. Sigaranın Bırakılması | 63 |
| 1.2.6.3.2.8. Aşılama Programları | 63 |
| 1.2.6.3.2.9. Görme ve İşitmenin Korunması | 63 |
| 1.2.6.3.2.10. Nöro-Psikiyatrik Fonksiyonlar | 64 |
| 1.2.6.3.2.11. Anemi Araştırması..... | 64 |
| II. BÖLÜM..... | 65 |
| 2.1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ | 65 |
| 2.1.1. Evren ve Örneklem..... | 65 |
| 2.1.2. Kapsam ve Sınırlılıklar..... | 66 |
| 2.1.3. Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar | 66 |
| 2.1.4. Araştırmanın Veri Kaynakları..... | 67 |
| 2.1.5. Araştırmanın Süresi | 67 |
| 2.1.6. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi | 68 |
| 2.1.7. Araştırmanın Finansmanı | 69 |
| 2.1.8. Etik Değerlendirme..... | 69 |
| III. BÖLÜM..... | 70 |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN BULGULARI | 70 |

| | |
|--|----|
| 3.1.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER..... | 70 |
| 3.1.1.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları | 70 |
| 3.1.1.2. Çanakkale İli 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımları (TÜİK) | 71 |
| 3.1.1.3. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı | 71 |
| 3.1.1.4. Çanakkale İli 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımları (TÜİK) | 72 |
| 3.1.1.5. Katılımcıların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımları..... | 73 |
| 3.1.1.6. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları | 74 |
| 3.1.1.7. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki | 75 |
| 3.1.1.8. Katılımcıların Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Eş Durumlarına Göre Dağılımları..... | 76 |
| 3.1.1.9. Katılımcıların İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımları..... | 77 |
| 3.1.1.10. Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları..... | 78 |
| 3.1.1.11. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnere Sahibi Olma İlişkisi | 79 |
| 3.1.1.12. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnere Sahibi Olma İlişkisi | 80 |
| 3.1.1.13. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımları | 81 |
| 3.1.1.14. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları | 82 |
| 3.1.1.14.1. Katılımcıların Gruplandırılmış Çocuk Sayısına Göre Dağılımları..... | 82 |
| 3.1.1.15. Katılımcıların Yabancı Dil Bilgisine Göre Dağılımları..... | 83 |
| 3.1.1.16. Katılımcıların En İyi Bildikleri Yabancı Dile Göre Dağılımları..... | 83 |
| 3.1.1.17. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yabancı Dil Bilgisi Arasındaki İlişki | 84 |
| 3.1.1.18. Bilinen Yabancı Dillerin, Yabancı Dil Bildiklerini İfade Eden Katılımcılara Göre “Toplam Yanıtlar” (2. ve 3. Dil Bilenler) İçindeki Dağılımları | 85 |
| 3.1.1.19. Katılımcıların Yaşamlarını Nerede Sürdürdüklerine Göre Dağılımları .. | 86 |
| 3.1.1.20. Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre Dağılımları..... | 86 |
| 3.1.1.21. Katılımcıların Şu Anda Kimlerle Birlikte Yaşıyor Olduklarına Göre Dağılımları..... | 87 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.1.22. Katılımcıların Çanakkale’de Kaç Yıldır Yaşıyor Olduklarına Göre Dağılımları..... | 87 |
| 3.1.1.23. Katılımcıların Çanakkale’ye Nereden Gelmiş Olduklarına Göre Dağılım | 88 |
| 3.1.1.24. Katılımcıların "İş" ile İlgili Durum Tanımlarına Göre Dağılımları..... | 89 |
| 3.1.1.25. Katılımcıların Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımları - I | 90 |
| 3.1.1.25.1. Katılımcıların Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımları – II..... | 90 |
| 3.1.1.26. Katılımcıların Aylık Gelirlerinin Cinsiyet ile İlişkisi | 91 |
| 3.1.1.27. Katılımcıların Aylık Gelirlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi..... | 92 |
| 3.1.1.28. Katılımcıların Hanelerinin Gruplandırılmış Aylık Ortalama Geliri - I..... | 93 |
| 3.1.1.28.1. Katılımcıların Hanelerinin Gruplandırılmış Aylık Ortalama Geliri – II | 93 |
| 3.1.1.29. Katılımcıların Aylık Ortalama Hane Gelirlerinin Cinsiyet İle İlişkisi..... | 94 |
| 3.1.1.30. Katılımcıların Aylık Ortalama Hane Gelirlerinin Eğitim Durumları İle İlişkisi..... | 95 |
| 3.1.1.31. Katılımcıların Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 96 |
| 3.1.1.32. Katılımcıların Belediye Hizmetlerinden Yararlanıp Yararlanmadıkları Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımları | 97 |
| 3.1.2. YAŞLILIĞA YÜKLENEN ANLAMLAR..... | 98 |
| 3.1.2.1. Katılımcıların Yaşlanmaktan Memnuniyet Düzeylerine Göre Dağılımları | 98 |
| 3.1.2.2. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yaşlanmaktan Memnuniyet Dereceleri Arasındaki İlişki..... | 99 |
| 3.1.2.3. Katılımcıların “Geçmişe Dönüp Keşke Şunu Yapsaydım Dediğiniz Bir Pişmanlığınız Var mı?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılımları..... | 100 |
| 3.1.2.4. Katılımcıların Geçmişe Dönük “Pişmanlık” Duyguları ile Yaşlanmaktan “Memnuniyet Dereceleri” Arasındaki İlişki | 101 |
| 3.1.2.5. Katılımcıların Geçmişe Dönük “Pişmanlık” Duyguları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki | 102 |
| 3.1.2.6. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşıp Ulaşamadıklarına İlişkin Dağılımları..... | 103 |
| 3.1.2.7. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşıp Ulaşamadıklarına İlişkin Görüşleri ile Aylık Gelirleri Arasındaki İlişki | 103 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.2.8. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşıp Ulaşamadıklarına İlişkin Görüşleri ile Aylık Ortalama Hane Gelirleri Arasındaki İlişki | 104 |
| 3.1.2.9. Katılımcıların Geleceğe İlişkin “Umutlarına” Göre Dağılımları | 105 |
| 3.1.2.10. Katılımcıların Gelecekte Umutlu Olup Olmadıklarına İlişkin Görüşleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki | 105 |
| 3.1.3. GÜNDELİK YAŞAM AKTİVİTELERİ | 106 |
| 3.1.3.1. Katılımcıların “Yeme İçme” Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 106 |
| 3.1.3.2. Katılımcıların “Vücut Temizliklerini (Banyo/Tuvalet)” Kendilerinin Karşılatabilme Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 107 |
| 3.1.3.3. Katılımcıların Kendi Başlarına “Oturup, Kalkıp, Hareket Edip Edemedikleri”ne İlişkin Dağılımları..... | 107 |
| 3.1.3.4. Katılımcıların Kendi Başlarına “Giyinip-Soyunma” Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 108 |
| 3.1.3.5. Katılımcıların Kendi Başlarına “Evin İçinde Dolaşabilme” Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 109 |
| 3.1.3.6. Katılımcıların Kendi Başlarına “Dışarıda Dolaşabilme” Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 110 |
| 3.1.3.7. Katılımcıların “Son Altı Ay İçinde Ev İçinde Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 110 |
| 3.1.3.8. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre “Son Altı Ay İçinde Ev İçinde Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları | 111 |
| 3.1.3.9. Son Altı Ay İçinde Ev İçerisinde Düşmeden Kaynaklanan Yaralanma Durumlarına İlişkin Dağılım | 112 |
| 3.1.3.10. Katılımcıların “Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları..... | 112 |
| 3.1.3.11. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre “Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları | 113 |
| 3.1.3.12. Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşmeden Kaynaklanan Yaralanma Durumlarına İlişkin Dağılım | 113 |
| 3.1.4. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL NETWORK | 114 |
| 3.1.4.1. Katılımcıların Eş, Dost ve Ahbablarıyla Nerelerde Görüşüyor Olduklarına İlişkin Dağılımları..... | 114 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.4.2. Katılımcıların “Kişisel Beceri Arttırmaya Yönelik Uğraşılara Zaman Ayırma Durumları”na İlişkin Dağılımları..... | 115 |
| 3.1.4.3. Katılımcıların Kişisel Becerilerini Arttırmaya Yönelik Olarak Özel Eğitim ve Kurslara Katılma Durumlarına Göre Dağılımları | 116 |
| 3.1.4.4. Katılımcıların “Sivil Toplum Faaliyetlerine Zaman Ayırma Durumları”na İlişkin Dağılımları..... | 117 |
| 3.1.4.5. Katılımcıların “Emekli olduktan sonra ya da yaşlılık dönemlerinde, daha sık zaman ayırma fırsatı buldukları faaliyet tiplerine” Göre Dağılımları | 118 |
| 3.1.4.6. Katılımcıların “Torun Bakımına Daha Çok Fırsat Bulup Bulmadıklarına” İlişkin Görüşleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki..... | 119 |
| 3.1.4.7. Katılımcıların “Özel ve Kamusal” Alanlardan “En Çok Önem Verdikleri Rol-Görevlerin” Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı | 120 |
| 3.1.4.8. Katılımcıların Gündelik Yaşantıları ile İlgili Kararlarını Nasıl Aldıklarına İlişkin Dağılımları..... | 121 |
| 3.1.4.9. Katılımcıların Gündelik Yaşantıları ile İlgili Kararlarını Nasıl Aldıkları ile Cinsiyetleri Arasındaki ilişki | 122 |
| 3.1.4.10. Katılımcıların Gündelik Yaşantılarına İlişkin Kararların Nasıl Alındığı ile Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları Arasındaki ilişki | 123 |
| 3.1.4.11. Katılımcıların Güncel Gelişmeleri Takip Ettikleri Yerlerin Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı | 124 |
| 3.1.5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI..... | 125 |
| 3.1.5.1. Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Olup Olmamasına İlişkin Dağılımları | 125 |
| 3.1.5.2. Katılımcıların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılımları | 125 |
| 3.1.5.3. Katılımcıların En Son Hangi Sağlık Kuruluşuna Başvurmuş Oldıklarına İlişkin Dağılımları..... | 126 |
| 3.1.5.4. Katılımcıların En Son Başvurmuş Oldukları Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı | 127 |
| 3.1.5.5. Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna En Son Başvurularının Nedenine Göre Dağılımları..... | 128 |
| 3.1.5.6. Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Son Başvuruda Sağlık Harcamasının Nasıl Gerçekleştirildiğine İlişkin Dağılım..... | 128 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.5.7. Katılımcıların Son Başvurularındaki Sağlık Hizmetinin Kalitesine İlişkin Değerlendirmeleri..... | 129 |
| 3.1.6. ZARARLI ALIŞKANLIKLAR..... | 130 |
| 3.1.6.1. Katılımcıların Sigara, Puro, Pipo gibi Herhangi Bir Tütün Mamulü Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları..... | 130 |
| 3.1.6.2. Katılımcıların Sigara, Puro, Pipo gibi Herhangi Bir Tütün Mamulü Kullanma Sürelerine Göre Dağılımları | 131 |
| 3.1.6.3. Katılımcıların “Son bir ayda sigara ile ilgili önemli bir sağlık sorunu” Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılımları | 131 |
| 3.1.6.4. Katılımcıların Hiç Alkollü İçecek Tüketip Tüketmediklerine Göre Dağılımları..... | 132 |
| 3.1.6.5. Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Alkollü İçecek Tüketip Tüketmediklerine Göre Dağılımları | 133 |
| 3.1.7. SAĞLIK SORUNLARI | 133 |
| 3.1.7.1. Katılımcıların “Hekim tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek bir hastalıklarının” Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları..... | 133 |
| 3.1.7.2. Katılımcıların Tanısı Konmuş Hastalıklarına Göre Dağılımları..... | 134 |
| 3.1.7.3. Katılımcıların “Hekim tarafından tanısı konulmuş ve izlenen kanser hastalıkları”nın Olup Olmadığına Göre Dağılımları | 135 |
| 3.1.7.4. Katılımcıların Tanısı Konmuş Kanser Hastalıklarına Göre Dağılımları... | 136 |
| 3.1.7.5. Katılımcıların Bedensel ya da Zihinsel Engel Durumlarına Göre Dağılımları..... | 137 |
| 3.1.7.6. Katılımcıların Engel Türlerine Göre Dağılımları | 137 |
| 3.1.7.7. Katılımcıların “Yaşlılık veya bir hastalığa bağlı olarak” Bakıma İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımları | 138 |
| 3.1.7.8. Bakıma İhtiyacı Olan Katılımcıların “Bakım Türleri” ve “Bakıcı-Refakatçi Türlerine” Göre Dağılımları..... | 138 |
| 3.1.8. YAŞAM KALİTESİ | 139 |
| 3.1.8.1. Katılımcıların Kendi Yaşam Kaliteleri Konusundaki Değerlendirmelerine İlişkin Dağılımları..... | 139 |
| 3.1.8.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Memnuniyetlerine Göre Dağılımları..... | 140 |
| 3.1.8.3. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Memnuniyetleri ile Cinsiyet İlişkisi..... | 140 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.8.4. Katılımcıların Günlük Yaşamlarını Sürdürmek İçin Kendilerini Hangi Düzeyde Güçlü Gördüklerine İlişkin Dağılımları | 141 |
| 3.1.8.5. Katılımcıların Günlük Yaşamlarını Sürdürmek İçin Kendilerini Hangi Düzeyde Güçlü Gördükleri ile Cinsiyet İlişkisi..... | 142 |
| 3.1.8.6. Katılımcıların Günlük Uğraşlarını Yürütebilme Becerilerinden Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları..... | 143 |
| 3.1.8.7. Katılımcıların Günlük Uğraşlarını Yürütebilme Becerilerinden Duydukları Memnuniyet ile Cinsiyet Arasındaki İlişki..... | 144 |
| 3.1.8.8. Katılımcıların Kendilerinden Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları. | 145 |
| 3.1.8.9. Katılımcıların Kendilerinden Hoşnut Olma Dereceleri ile Cinsiyet İlişkisi | 145 |
| 3.1.8.10. Katılımcıların Diğer Kişilerden Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları | 146 |
| 3.1.8.11. Katılımcıların Gereksinimlerini Karşılatabilecek Yeterli Paralarının Olup Olmadığı Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımları..... | 146 |
| 3.1.8.12. Katılımcıların Yaşadıkları Evin Koşullarından Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları..... | 147 |
| 3.1.8.13. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-İndeks Yaşam Kalitesi Ölçeği)..... | 147 |
| 3.1.8.13.1. EUROHİS Ölçeği Sorularının Ortalama ve Ortancalarının Dağılımı | 148 |
| 3.1.8.13.2. EUROHİS Ölçeği Sorularının Ortalama ve Ortancalarının Cinsiyete Göre Dağılımı | 149 |
| 3.1.8.13.3. EUROHİS Toplam Puanının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı | 150 |
| 3.1.8.13.4. EUROHİS Toplam Puanının Geçmişe ve Geleceğe Yönelik Düşüncelere Göre Dağılımı | 150 |
| 3.1.8.13.5. EUROHİS Toplam Puanının Son Altı Ay İçinde Düşme Durumuna Göre Dağılımı | 151 |
| 3.1.8.13.6. EUROHİS Toplam Puanının Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı | 151 |
| 3.1.8.13.7. EUROHİS Toplam Puanının Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı | 152 |
| 3.1.8.13.8. EUROHİS Toplam Puanının Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı..... | 153 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.8.13.9. EUROHIS Toplam Puanını ile Farklı Bireysel Özellikler Arasındaki İlişkinin Dağılımı | 154 |
| IV. BÖLÜM | 155 |
| 4.1. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 155 |
| KAYNAKLAR..... | 163 |
| EKLER | 168 |
| 1. ANKET FORMU | 169 |

YÖNETİCİ ÖZETİ

Demografik veriler göstermektedir ki, 21. yüzyıl, bir yaşlı yüzyılı olacaktır. Son elli yıldır küresel ölçekte yaşanan demografik dönüşüm, dünya genelinde yaşlı nüfusunun hızlı bir şekilde arttığına işaret etmektedir. Yaşlı nüfustaki bu niceliksel artış, yakın gelecekte dünya üzerindeki bütün ülkelerin “yaşlı nüfusa sahip ülkeler” olarak nitelenmesine yol açacaktır.

Türkiye’de bu sürecin bir parçasıdır ve özellikle son 10 yıldır yaşlı nüfusta önemli bir artış söz konusudur. Öyle ki, 2010’dan sonra 65 ve üzeri yaşta olanlardan oluşan yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının %7’yi geçmesinden dolayı, Türkiye de artık yaşlı nüfusa sahip ülkeler kategorisine girmiştir.

Çanakkale ili ise bu demografik dönüşüm sürecinde Türkiye ortalamasından daha ileri bir konumda bulunmaktadır. Çanakkale’nin nüfus yapısına bakıldığında, il genelinde yaşlı nüfusun oranının %13’e, Merkez ilçe bazında ise %9’a ulaştığı görülmektedir.

İlk çağlardan beri daha uzun yaşamının yollarını arayan insanoğlu, özellikle sağlık alanında yaşanan ilerlemeler ve sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesi ile birlikte genel olarak yaşam süresini geçmişe oranla önemli miktarda arttırmayı başarmıştır. Ancak bu durum beraberinde yeni sorun alanları ortaya çıkarmaktadır.

Yaşlılık, belirli fizyolojik sebepler nedeniyle öncelikle sağlıkla ilgili bir sorun alanıymış gibi görünmesine karşın, içerisinde elbette ki sağlığın önemli bir yer tuttuğu, sosyal, ekonomik ve kültürel boyutlara sahip bir sorunsal olarak karşımızdadır. Nüfusun yaşlanmasının, eğer gerekli sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık alt yapısı zamanında ve yeterli düzeyde hazırlanamadığı takdirde birçok toplum için önemli sorunlar yaratacağı öngörülmektedir.

Bugüne kadar geleneksel aile yapısı içinde çözüme ulaştırılan yaşlı nüfusun sorunlarının, atomize olmuş modern aile yapısı çerçevesinde giderilmesi oldukça zordur. Bu nedenle yaşlılık artık toplum içerisinde hem makro hem mikro düzeyde üretilecek sosyal politikalar aracılığıyla çözüme ulaştırılabilecek bir problemdir.

Yaşlıların artan sağlık sorunlarının yaratacağı sosyal güvenlik baskısı; fiziksel ve bilişsel kapasiteleri azalan yaşlılara ev içinde ve ev dışında güvenle yaşayabilecekleri bir çevre ihtiyacının varlığı; kendilerinden sonra gelen kuşaklarla aralarında ortaya çıkan iletişim sorunları acil çözüm bekleyen başlıklardan sadece bazılarıdır.

Çok yakın gelecekte çok daha yüksek bir düzeyde yaşanması muhtemel olan bu sorunların kendi halinde çözümlerini beklemek gerçekçi bir yaklaşım değildir. Bu konuda özellikle kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen sosyal politikalara daha fazla ihtiyaç duyulacaktır. Belediyeler de bu türden sosyal politikaların katılımcı bir perspektiften hayata geçirilmesini sağlayacak en önemli kamu kuruluşlarından biridir.

Asli görev alanları arasında, yaşayan herkese güvenli fiziksel ve sosyal bir çevre sunmanın da yer aldığı belediyelerin yaşlılar konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmeleri kaçınılmaz gözükmektedir.

Çanakkale Belediyesi bu anlayışla, merkez ilçe sınırları içinde yaşayan insanlara hizmet vermek amacı ile “Atın Yıllar Yaşam Merkezi” projesini hazırlamıştır. Bu proje kapsamında öncelikle 65 yaş ve üzeri kentlilerin, kendilerine ait ortak bir mekanda sosyalleşmeleri amaçlanmaktadır.

Güney Marmara Kalkınma Ajansı tarafından finanse edilen bu proje içerisinde, kent merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri insanların, sosyo-kültürel ve ekonomik durumları ile sağlık ve yaşam kalitesi standartlarını ortaya çıkaracak bir saha araştırması yapılması da yer almaktadır.

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından planlanan bu çalışma, Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi kapsamında oluşturulan anketör ekibi tarafından yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, Sosyoloji ve Halk Sağlığı öğretim elemanları tarafından raporlanmış ve yorumlanmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Çanakkale Merkez ilçesinde ikâmet eden (merkeze bağlı belde ve köyler dâhil) 65 yaş ve üzeri insan sayısı 12308'dir. Bu araştırma kapsamında, Çanakkale kent merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 1001 kişi ile görüşülmüştür. Yaşlılara, eğitilmiş anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır.

Görüşülen kişilerin %55'i kadın, %45'i erkektir. Yaş ortancası 73 olup, %61'i 65-74 yaş aralığındadır. İncelenenlerin yarısından fazlası ilköğretim mezunudur. Kadınların eğitim düzeyleri erkeklere göre daha düşüktür.

Katılımcıların %55'inin halen yakın duygusal ilişki içerisinde birlikte yaşadığı birisi var iken, %39'unun eşi ölmüştür. Eşi ölmüş olanların önemli bir bölümünün kadın olduğu gözlenmiştir.

İncelenenlerin %73'ü yaşamlarını kendi evlerinde sürdürürken, %15'i kirada yaşamaktadır. %51,7'si eşi ya da çocukları ile yaşarken, %29,8'i yalnız başına yaşamaktadır.

Katılımcıların %58'i emekli, %32'si emekli değil ancak çalışmıyordur. %65'inin aylık geliri 1000 Türk Lirasının altındadır. Kadınların aylık gelirleri erkeklere göre daha düşüktür. Üniversite mezunu olanların aylık gelirleri daha yüksektir. Katılımcıların %48'nin yaşadıkları hanelerin gelirleri 1000 Türk Lirası ve altındadır.

Katılımcıların %3'ü Belediye dışındaki kamu kuruluşlarının sağladığı sosyal yardımlardan yararlandığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra genel hizmetler dışında (ulaşım, su,

kanalizasyon, atık toplama vb.), Belediye'nin sosyal hizmetlerinden yararlandıklarını söyleyenlerin oranı %8'dir. Bu hizmetlerden yararlananların %93,8'sinin hizmetlerden memnun oldukları görülmektedir.

İncelenen yaşlıların %50'si yaşlanmaktan memnun olduğunu, %8'i de çok memnun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %27'si ise yaşlanmaktan memnun olmadığını ifade etmiştir. Cinsiyetle yaşlanmaktan memnuniyet durumu arasında anlamlı farklılık saptanmazken, okuryazar olmayanlar arasında yaşlanmaktan memnun olmayanların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %70'nin geçmişe dönük pişmanlıklarının olmadığı görülürken, geçmişe dönük pişmanlık yaşadıklarını ifade edenlerin yaşlanmaktan daha az memnun oldukları saptanmıştır. Kadınların geçmişe dönük pişmanlık yaşama durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Yaşlılara geçmişe dönük amaçlarına ulaşip ulaşmadıkları sorgulanmış ve %65'nin ulaştığını belirttiği görülmüştür. Aylık gelirin artışı ile birlikte geçmişteki amaçlara ulaşma durumunun da arttığı görülmüştür. Yaşlıların %51'nin gelecekte umutlu olmadığı tespit edilmiştir. Okuryazar olmayan yaşlılar içinde gelecekte umutlu olmayanlar daha fazla oranda saptanmıştır.

Katılımcıların %84'ü yeme içme gereksinimini karşılayabildiklerini, %88'i vücut temizliğini gerçekleştirebildiklerini, %91'i de kendi başına hareket edebildiklerini belirtmişlerdir. Yine incelenen yaşlıların %92'si evin içinde, %84'ü dışarıda kendi başlarına dolaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan yaşlıların %91'i kendi başlarına giyinip soyunabildiklerini belirtmişlerdir.

Yaşlıların %16'sının son altı ay içinde ev içinde düştükleri saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda düştükleri görülmüştür. En az bir kronik hastalığı olanlarda düşmenin daha fazla saptandığı görülmüştür. Yine yaşlıların %17'sinin son altı ayda ev dışında düştükleri saptanmıştır. Kadınların ve en az bir kronik hastalığı olanların daha fazla düşme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

Yaşlılara eş, dost ve ahabları ile nerelerde buluştukları sorulmuş ve en fazla ev, kahve, kafe, cami, çarşı gibi mekânlarda buluştuklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların ancak %9'u kişisel becerilerini arttırmak için kurslara katıldıklarını ifade etmişlerdir. %14'ü de sivil toplum örgütleri ya da derneklere katıldıklarını belirtmişlerdir.

Yaşlıların hangi sosyal faaliyetlere zaman ayırdıkları sorulduğunda, torun bakımının, düğünlere gitmenin ve turistik geziler yapmanın ön plana çıktığı saptanmıştır. Katılanların yarısı günlük yaşantıları ile ilgili kararlarını kendileri almaktadır.

Katılımcılara gündemi nerelerden takip ettikleri sorulmuş ve %60'ının televizyonu, %32'sinin de gazeteleri tercih ettiği gözlenmiştir.

Yaşlıların %95'nin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Katılımcıların %47'sinin en son başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastanesi iken, %31'nin ise aile hekimidir. Üniversite hastanesine başvuran katılımcıların oranı %10'dur.

En son başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih etme nedenleri sorulduğunda; en önemli nedenin bulunduğu yere yakın olması olduğu bunu hizmet memnuniyetinin izlediği gözlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri arasında ise hastalık, kontrol ve ilaç yazdırmak en önde gelen nedenler arasında saptanmıştır. Sağlık kuruluşuna yapılan harcamaların dağılımına bakıldığında %79'nun sosyal güvenlik kurumu tarafından, %16'sının hem kurum hem de cepten ve %4'nün cepten karşılandığı görülmüştür.

Sağlık kuruluşlarına son başvurudaki hizmetten memnuniyet durumuna bakıldığında ise %70'nin memnun, %17'sinin de çok memnun olduğu saptanmıştır.

İncelenenlerin %11'i hergün, %5'i de arada sırada sigara ve tütün ürünleri kullandığını belirtmiştir. Sigara kullananların %49'u 41 yıl ve daha fazla süredir sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların %3'ü son bir ayda sigara ile ilgili sağlık sorunu yaşamıştır. Bunlar arasında en dikkat çekenleri nefes darlığı, kronik bronşit ve kalp hastalığıdır.

Yaşlıların %2'si hergün, %19'u arada sırada alkollü içecek kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %86'sının hekim tarafından tanısı konulmuş ve sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığı bulunmaktadır. Bu hastalıklar içinde en fazla gözlenen yüksek tansiyondur. Bunu diyabet ve kalp hastalığı izlemektedir. Yaşlıların %4'ünde de hekim tarafından tanı konulmuş kanser hastalığı bulunmaktadır. En fazla gözlenen kanserler meme, kalın bağırsak, prostat ve akciğer kanserleridir.

Yaşlıların %13'ünde bedensel ya da zihinsel engel bulunmaktadır. En sık gözlemlenen engel türleri yürüme ve görme engelidir. Katılımcıların %17'sinin de herhangi bir şekilde bakıma ihtiyacı bulunmaktadır.

İncelenen yaşlılara son bölümde yaşam kalitesi ile ilgili sorular sorulmuştur. %47'si yaşam kalitelerini oldukça iyi olarak değerlendirmişlerdir. Biraz kötü ve çok kötü diyenler ise %9'luk bölümü oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirmesi açısından cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Yine yaşlıların %47'sinin sağlık durumlarından hoşnut oldukları tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara göre sağlıklarından daha hoşnut olduklarını ifade etmişlerdir.

Günlük yaşantınızı sürdürebilmek için yeterince güçlü hissediyor musunuz sorusuna ise %18'nin çok az ya da hiç cevabını verdiği gözlenmiştir. Kadınlar arasında günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücü olmayanların, erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) kullanılmıştır. Sekiz sorudan oluşan bu ölçek puanının artması yaşam kalitesinin artması anlamına gelmektedir.

EUROHIS toplam puan ortalamasının 21,8±5,1 (0-32) olduğu tespit edilmiştir. Yapılan değerlendirmeye göre kadınların, ileri yaşta olanların, yalnız yaşayanların, ilköğretim ve altı eğitim görmüş olanların, geçmişe yönelik pişmanlıkları bulunanların, gelecekte umutlu olmayanların, son altı ay içinde düşme hikâyesi olanların, sosyal yardımlardan yararlananların, herhangi bir sağlık sorunu olanların, bakıma ihtiyacı olanların, düşük geliri olanların, yaşam kalitesinin daha kötü durumda olduğu tespit edilmiştir.

Bunun dışında yaşlanmaktan memnun olma durumu ile pozitif korelasyon, kişisel gereksinimleri karşılayabilme durumları ile (yeme içme, vücut temizliğini sağlayabilme, kendi başına hareket edebilme, kendi başına giyinebilme, evde ve dışarıda dolaşabilme durumu) negatif korelasyon saptanmıştır. Gereksinimlerini kendi başlarına sağlayamayanların yaşam kalitesi daha düşüktür.

ÖNERİLER

Günlük ihtiyaçlarını karşılayamayan yaşlılar için profesyonel bakım olanakları yaratılmalıdır.

Bu konuda Altın Yıllar Yaşam Merkezi bünyesindeki meslek edindirme kursları kurumsallaştırılmalıdır.

Altın Yıllar Yaşam Merkezinde verilecek hizmetlerin planlanmasında yaşlıların katılımları sağlanmalı, merkez kurumsal bir kimliğe kavuşturulmalı ve sadece sosyal açıdan değil, tıbbi açıdan ihtiyacı olan yaşlılara da ulaşılması sağlanmalıdır.

Yaşlılar mümkün olduğunca kendi evlerinde yaşamlarını devam ettirmelidirler.

Evde bakılamayacak konumda olan yaşlı insanların yaşamlarını huzur içinde geçirebilecekleri merkezlerin sayıları ve kapasiteleri arttırılmalıdır.

Alzheimer ve Parkinson hastalığı gibi sağlık sorunlarında tıbbi rehabilitasyon yanında, biyo-psiko-sosyal rehabilitasyon olanakları arttırılmalıdır.

Kent içerisindeki tüm yaşam alanlarının, kısıtlılıkları en fazla olan insanların kullanımını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Kent ulaşımında kullanılan otobüslerin engelli ve yaşlı insanların kullanımını kolaylaştıracak şekilde fiziksel yapılarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Kent merkezleri yanında kapalı alanlar da yaşlı insanlara göre düzenlenmelidir.

Kronik hastalıkların takibi için aile hekimliği sistemi daha güçlendirilmelidir.

Belediye tarafından kentli yaşlılara yönelik olarak destek hattı ya da belediye içinde yaşlı hizmetleri masası kurulmalı, özellikle ileri yaşta ve fiziksel olarak kısıtlılıkları olanların sorunlarının çözümünde destek olunmaya çalışılmalıdır.

Merkezi ve yerel yönetimlerin yaşlı insanlara dönük olarak gerçekleştirmekte oldukları sosyal yardım hizmetleri hakkında toplumun bilgilendirilmesine dönük çalışmaların önemi bulunmaktadır.

Ekonomik açıdan daha yoksul durumda olanların yaşam memnuniyetlerinin arttırılması için yaşlı bireylerin temel bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına dönük “maddi” yardım imkanları sağlanmalıdır.

Yaşlı insanların sorunlarının çözümünde kamu kurumları, sivil toplum kurumları, yerel yönetimler arasında eşgüdüm ve işbirliği sağlanarak, yaşlılara ilişkin bütüncül ve kapsayıcı çözüm önerileri ve politikalar geliştirilmelidir.

GİRİŞ

Dünya kamuoyu, son yarım yüzyıldır, benzeri daha önce görülmemiş demografik bir dönüşüme tanıklık etmektedir. Bu dönüşüm dünya nüfusunun yaş ortalamasının hızla yükselmesiyle bağlantılı olarak, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisinde kapladığı alanın giderek büyümesiyle ilgilidir. Azalan doğurganlık oranları karşısında, uzayan yaşam süreleri 1950'lerden beri önce gelişmiş ülkelerde, sonrasında da dünya genelinde demografik bir olgu olarak karşımızdadır. Demografik yapıdaki bu değişme, küresel ölçekte makropolitikaların yeniden şekillendirilmesine sebebiyet vermesi yanında, yerel ölçekte de yeni mikropolitikaların hayata geçirilmesi ihtiyacını yaratmaktadır.

Bu yeni trendler kaçınılmaz olarak etkisini Türkiye'de de hissettirmektedir. Genç nüfus yapısının sürekli vurgulandığı, ekonomik ve sosyal kalkınma stratejilerinde önemli bir avantaj olarak görüldüğü Türkiye'de, demografik yapının dünyadaki eğilimlere paralel olarak farklılaşmaya başladığı görülmektedir. Yaşam sürelerinin uzaması yanında, son dönemde doğurganlık oranlarında görülen azalmayla birlikte ülkemizde de demografik dönüşümün işaretleri görülmeye başlanmıştır.

Dünya ve Türkiye genelindeki bu demografik dönüşüm süreçlerinin etkileri, psiko-sosyal, sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve sağlıkla ilgili alanlarda karşılığını bulmakta, bu yeni döneme ilişkin çok boyutlu stratejilerin geliştirilmesinin aciliyetini ortaya koymaktadır. Çanakkale Yaşlı Atlası çalışması, bu amaçla öncelikle yereldeki güncel durumun tespitini yapmak üzere tasarlanmıştır. Bununla birlikte asli motivasyonlarından birisi de geleceğe yönelik geliştirilebilecek stratejiler için gerekli projeksiyonların geliştirilebilmesine imkan hazırlayabilmektir. Bu iki boyutu da kapsayacak şekilde çalışma, iki bölüm olarak tasarlanmıştır. İlk bölüm genel olarak yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin kavramsallaştırmalar ve kuramsal perspektiflerle ilgilidir. Bunun yanı sıra demografik değişim süreçlerinin ortaya koyulması ve yaşlılığa ilişkin Dünya ve Türkiye ölçeğinde son dönem uygulanan politikalar da bu bölümün içerisinde yer almaktadır. İkinci bölüm ise Çanakkale genelinde yapılan Yaşlı Atlası alan araştırmasının bulgularına ayrılmıştır. Betimsel ve analitik grafik ve tablolar aracılığıyla, araştırmanın sonuçları ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Çanakkale yerelindeki bulgularla, Dünya ve Türkiye'deki göstergelerin karşılaştırmalı bir değerlendirmesi ise raporun sonuç bölümünde yer alacaktır.

I. BÖLÜM

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Bu araştırmanın kısa vadeli amacı, Çanakkale Merkezde yer alan 65 yaş üzerindeki kentlilerin sosyo-kültürel-ekonomik ve sosyobilişsel özellikleri ile mevcut sağlık sorunlarının ve bu sorunlar arasındaki etkileşimlerin saptanmasına yönelik bir profilinin çıkarılmasıdır.

Bu araştırmanın uzun vadeli amacı, çıkarılan profilin, kentli yaşlı nüfusa ilişkin geliştirilecek biyo-psiko-sosyal açılardan her tür koruyucu ve geliştirici, tedavi ya da rehabilitasyona yönelik “faaliyetlerin” gerek planlanması gerekse hayata geçirilmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVESİ

1.2.1. Yaşlılıkla İlgili Temel Kavramlar

Yaşlılık üzerine giderek artan ilgi, yaşlılıkla ilgili bir terminoloji ortaya çıkarmış ve yaygınlaştırmıştır. Bu nedenle çalışmanın başında bu terminolojide yer alan yaş, yaşlanma, yaşlılık gibi temel kavramları tanıtmak, rapordaki ifadelerin açıklayıcı ve anlaşılır olması noktasında önem arz etmektedir.

1.2.1.1. Yaş

Yaş, öncelikle insanın niceliksel olarak yaşadığı süreye işaret etmektedir. Ancak farklı bakış açılarından ele alındığında, yaş kavramının çok boyutluluğu ortaya çıkmaktadır. Genel olarak bilimsel çalışmalarda dört farklı yaş sınıflandırmasının kullanıldığı görülmektedir: Kronolojik yaş, biyolojik yaş, sosyolojik yaş ve psikolojik yaş.

Kronolojik yaş, insanın doğumdan içinde bulunduğu ana kadar geçirdiği süreye işaret etmektedir. Bu nedenle nesnel ve aynı zamanda nicel bir sınıflandırmadır.

Biyolojik yaş, insan vücudunun yaşamsal aktiviteleri üretme kapasitesi ve içinde bulunduğu çevre şartlarına uyum gösterebilme potansiyeline atıf yapmaktadır. Bu anlamda organizmanın fiziksel yeterliliklerine bağlı niteliksel bir sınıflandırma olarak karşımıza çıkmaktadır.

Psikolojik yaş, zekâ, hafıza ve öğrenme yetenekleri, yaşlanma sürecinde meydana gelen kişilik değişimleri ve sosyal yeterlilik gibi konularla bağlantıdır. Bireysel farklılıklar

ve kişisel yaşam deneyimleri psikolojik yaş sınıflandırmasında öne çıkan etkenler olarak gözükmektedir.

Sosyolojik yaş, sosyo-kültürel yapı içerisinde bireylerin yaşa bağlı olarak üstlendiği rol ve konumlara göre sınıflandırılmasıyla ilgilidir. Kronolojik yaşın, bireyin yeterliliklerine göre sosyal yapı tarafından kategorizasyona tabii tutulmasıyla şekillenmektedir. Okula başlama yaşı, evlenme yaşı, askerlik yaşı, seçme ve seçilme yaşı, emeklilik yaşı gibi sınıflandırmalar sosyolojik yaşa örnek gösterilmektedir.

Yaşa bağlı olarak ortaya çıkan demografik göstergeler, bir toplumun sadece genç ya da yaşlı olduğunu gösteren niceliksel ya da oransal veriler değildir. Her toplumda yaş üzerinden belirlenen sosyal roller ve toplumsal örüntü biçimleri bulunmaktadır (Riley ve diğerleri 1972:7). Bu bakımdan toplumsal anlamda yaş olgusu bireyler tarafından inşa edilen sosyo-kültürel gerçekliğin içerisinde yer alan bir kavram olarak farklı anlamlar taşıyabilmekte ve bir toplumsal yapı içerisinde belirli rol beklentilerini içerebilmektedir. Yaş olgusu bir toplumda sadece belirli sosyal rollerin ve toplumsal örüntü biçimlerinin ne şekilde olması gerektiğini göstermez. Hangi eylem biçimlerinin belirli yaşlarda gerçekleşmesinin toplum tarafından hoş karşılanmayacağı, bu eylemlerin gerçekleşmesi halinde ne tür yaptırımlar uygulanacağına yönelik düzenlemeler de yaş olgusunun sosyolojik boyutunu gösteren örneklerdir (Riley ve diğerleri 1972:7).

1.2.1.2. Yaşlanma

Yaşlanma, insanların yaşlarının ve yaşamsal deneyimlerinin artmasıyla karakterize olan ve yaşamların ileri safhalarına doğru ilerledikçe farklılaşan bir sürecin onların biyolojik, sosyal ve psikolojik fonksiyonlarında ortaya çıkarmış olduğu değişiklikler olarak tanımlanmaktadır.

Buna paralel olarak gerontoloji yaşlanmayla ilgili dört farklı boyut tarif etmektedir; kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma.

Kronolojik Yaşlanma: Bireylerin takvim yaşı üzerinden değerlendirilen yaşlanma biçimidir. Kronolojik yaşlanmada, bireysel ve çevresel faktörler göz önüne alınmamaktadır. Bu anlamda aynı yaşta olan bireyler açısından ortaya çıkan farklılıkların kronolojik yaşlanma açısından bir önemi yoktur. Yaş grupları itibariyle genel tipolojilerin tanımlanmasında işlev görmektedir.

Biyolojik Yaşlanma: Yaşayan bir organizmanın zaman içerisinde belirli işlevleri ve faaliyetleri yerine getirme potansiyelinin ve fiziksel yeterliliğinin azalması biyolojik yaşlanma olarak tanımlanmaktadır.

Psikolojik Yaşlanma: Bireyin çevreye uyum sağlama yetisi, zeka, hafıza, öğrenme gibi zihinsel faaliyetlerinde zaman içerisinde yaşanan olumsuzluklar psikolojik yaşlanmanın boyutlarını oluşturmaktadır. Bireyin çevresiyle olan ilişkisindeki değişiklikler, çevresindeki olaylara ilgisinin azalması ya da aşırı ilgi göstermesi, kendini işe yaramaz ve değersiz hissetmesi ve karamsarlık psikolojik yaşlanmanın boyutlarını oluşturmaktadır.

Sosyal Yaşlanma: Bireylerin diğer insanlar ve sosyal çevrelerle olan ilişkileri ve bu ilişkiler çerçevesinde sahip oldukları rollerde, yaşam sürelerinin ilerleyen safhalarında gerçekleşen farklılaşmalara işaret etmektedir. Yaşlanmanın, bireysel bir deneyim olması yanında aynı zamanda yaşlı insanlara yönelik toplumsal yapı içerisindeki rol, statü ve davranış kalıplarına yönelik normatif beklentilerin inşa ettiği sosyal ve kültürel bağlamların şekillendirdiği bir süreç olarak anlaşılmasını sağlamaktadır.

Yaşlanma sürecinin ortaya çıkardığı çok boyutlu çalışma alanı gerontoloji adıyla bir bilim dalının ortaya çıkmasına da vesile olmuştur. Gerontoloji tanımı itibariyle, yaşlanmanın sosyal, psikolojik ve biyolojik boyutlarını inceleyen bir bilim dalıdır. Gerontolojinin belli başlı çalışma alanları olarak:

- Yaşlanan insanların fiziksel, mental ve sosyal değişimlerinin incelenmesi
- Biyolojik bir süreç olarak yaşlanmanın incelenmesi
- Normal yaşlanma ve yaşa bağlı hastalıklar arasındaki bağlantıların incelenmesi
- Yaşlanan nüfusun toplumsal yapı üzerindeki etkilerinin incelenmesi
- Yaşlanma ile ilgili elde edilen bilgilere dayalı olarak makro ve mikro ölçekli politikaların oluşturulmasının sağlanması,

sayılabilir.

Gerontolojinin yaşlılık ile ilgili tanım ve açıklamalarında kullandığı belli başlı kavramlar ise şu şekilde sıralanabilir:

Otonomi: Kişinin kendi kural ve tercihlerine göre, günlük yaşamı nasıl yaşadığı hakkında algılarını kontrol etme, onlarla baş etme ve kişisel kararlar alabilme becerisidir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Bağımsızlık: Genel olarak, günlük yaşamla ilgili fonksiyonları yapabilme yeteneği, diğer ifade ile başka kişilerden hiç yardım almadan ya da az yardım alarak toplum içinde yaşayabilme kapasitesidir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşam Kalitesi: Kişinin yaşamda ki pozisyonunu, yaşadığı yer ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak kültürel ve değer sistemleri kapsamında algılamasıdır (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007). Kişiler yaşlandıkça, yaşam kaliteleri büyük oranda, otonomi ve bağımsızlıkla başa çıkma yeteneklerine bağlıdır.

Sağlıklı Yaşam Beklentisi: Genellikle herhangi bir özür olmaksızın yaşam beklentisi ile eş değer kullanılır. Doğumda yaşam beklentisi, toplumun yaşlanması için önemli bir

gösterge olarak dururken, kişilerin özürsüzlük olmaksızın ne kadar süre yaşayabileceği yaşlanan toplumlarda önemlidir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Muhtaç Yaşlı: Sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı statüsündeki bireydir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Huzurevleri: Muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşudur (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

Birincil Korunma: Hastalık etkeni ile karşılaşmadığı herhangi bir patolojik değişikliğin olmadığı dönemde yapılan koruyucu hizmetlere denir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007).

İkincil Korunma: Hastalık etkeni karşılaşıldığı ve patolojik değişikliklerin olduğu ancak klinik bulguların ortaya çıkmadığı, presemptomatik dönemde yapılan koruyucu hizmetlere denilir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007). Erken tanı hizmetleri ile sağlanır.

Üçüncül Korunma: Klinik bulguların görüldüğü, hastayı tedavi etmeye, sekellerden ya da ölümden korumaya yönelik koruyucu hizmetlere denilir (Yaşlı Sağlığı, 2002; Akgün ve Erdal, 2007). Hastalığın tedavisi ya da rehabilitasyon hizmetleri bu gruptadır.

Birinci Basamak: Bireye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerinin ve hastaların tedavilerinin evde ve ayakta yapıldığı kurumlardır. Bu kurumlar insanların yaşadıkları yerlerin en yakınında bulunur.

İkinci Basamak: Hastalara yatırılarak tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir.

Üçüncü Basamak: Bu hastanelerde, hastalara ileri derecede teşhis ve tedavi imkânı sunulmasının yanında eğitim araştırma çalışmaları da yapılmaktadır.

Yaşlanma süreci farklı toplumsal yapılarda ve zamana göre değişmekle birlikte, aynı toplum içerisinde farklı sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik özelliklere sahip bireylerin yaşlanma biçim ve süreleri de farklılıklar göstermektedir. Bu anlamda etnik kimlik, cinsiyet, sınıf gibi parametreler yaşlılık sürecinin farklılaşmasının boyutlarını ortaya koymaya olanak tanıyan sosyolojik kavramlardır. Yaşlanma sürecindeki bu parametrelere bağlı farklılıkların ortaya konulması, dezavantajlı konumdaki yaşlıların ne gibi sorunlar yaşadığının ortaya konulmasına ve yaşanan sıkıntılarla ilgili yerel düzeyde hangi politikaların geliştirilmesi gerektiğine yönelik temel çerçevenin oluşturulmasına olanak tanıyacaktır.

Yaşlılık konusunu bu geniş perspektiften ele alan bir diğer disiplin de yaşlılık sosyolojisidir. Yaşlılık Sosyolojisi yaşlılığın sosyal süreçler tarafından belirlendiği, sosyo-kültürel ve bilişsel süreçlerin yaşlılığın oluşumu, gelişimi ve toplum içindeki konumunu

belirlediği sayılıştısından hareketle, sosyolojik bakış açısının yaşlılığa uyarlanmasını içermektedir. Yaşlılık sosyolojisi, yaşlılık deneyiminin sosyal bağlamını ve sosyal yapılanması üzerinde odaklanarak, yaşlılık deneyiminin sosyal yapı tarafından nasıl tanımlandığı ve bireylerin bu deneyimi nasıl inşa ettiklerini araştırmayı ve buradan hareketle yaşlılığa ilişkin sosyal politika ve öneriler geliştirmeyi amaçlar. Bu çerçevede “yaşlılık sosyolojisi, sosyolojik bakış açısından yaşlılığın anlaşılmasıyla ilgilenir ve bu anlayışı genel olarak sosyolojiye uygular. Sosyal gerontoloji ise genel yaşlanma sürecine farklı perspektiften bakarak yaşlılığı anlama ve farklı sosyal bilimlerin bilgilerini bütünleştirme ile ilgilenir (Baran, 2004:39).” Yaşlılık sosyolojisi, sosyal gerontolojiden farklılaşmış olmakla birlikte, yaşlılık çalışmalarında her iki alanın sınırları bulanıktır. Sosyal gerontoloji “yaşlılık” ile özellikle ilgilenen bir alan olma özelliği gösterirken, yaşlılık 21. yüzyılın en önemli toplumsal sorunlarından biri olmaya yatkın bir konu olarak sosyolojinin de özel olarak üzerinde duracağı temel bir toplumsal kategori olma niteliğini kaçınılmaz biçimde edinmiş olacaktır.

Sosyoloji, birey ile toplumsal yapı arasındaki karşılıklı etkileşim boyutunu ortaya koymayı amaçladığı için, yaşlılık sosyolojisinin de bu temel üzerinde yaşlı bireylerle toplumsal yapı arasındaki karşılıklı etkileşimi ortaya çıkarmaya dönük bir amacı benimsemektedir. Yaşlılık sosyolojisi, yaşlanmanın bireyler ve daha geniş bir ölçekte toplum üzerindeki etkilerini ortaya koymak için, genel olarak sosyoloji biliminin uygulamış olduğu teknik ve yöntemleri kullanma eğilimi içinde olacaktır. Yaşlılık sosyolojisi, bireylerin yaşlanma deneyimini nasıl yaşadıkları ve bu yaşam döngüsü içerisinde toplum tarafından nasıl etkilendiklerini ortaya koymak bakımından, hem nicel hem de nitel yöntemleri kullanma eğilimi taşımaktadır.

Yaşlanma sürecinin tam olarak ne zaman başladığı, yaşlanmanın hangi durumlarda bireyler üzerinde bir dezavantaj yarattığı konusunda ortak evrensel bir fikir birliği yoktur. Bu durum yaş ve yaşlanma kavramlarının sosyo-kültürel olarak belirlenmesinden ve farklı cinsiyet, etnik ve sınıfsal ayrımların yaşlanma süreçlerini farklı zamanlarda ve biçimlerde yaşamasından kaynaklanmaktadır. Daha açık bir ifade ile örneğin Amerika’da siyahi, düşük alt sınıfa ait bir kadının yaşlanma süreci ile beyaz, üst sınıfa ait erkeğin yaşlanma süreci ve bu sürecin tanımlanması farklılık göstermektedir.

Sosyal yaşlanma perspektifinden bakıldığında, farklı toplumların yaşlılığa ve yaşlı bireylere atfettikleri anlam ve yaşla ilgili toplumsal rollerin birbirinden ayrıştığı görülür. Bu anlamda bireyciliğin daha yoğun olarak gözlemlendiği ve geleneğin etkisini yitirdiği Batı toplumlarında sürekli olarak gençliğin yüceltildiği, buna karşın yaşlılığın negatif olarak algılandığı bir sosyo-kültürel ortam bulunmaktadır. Bu bakış açısı yaşla ilgili önyargıların oluşmasına sebebiyet vermekte ve yaşlıların da kendileri üzerine bu önyargılar dolayısıyla baktığı gerçeğini ortaya koymaktadır (Westerhof and Barrett,

2005). Doğu toplumlarının geleneğe önem veren yapısının, yaşlıların aile içerisindeki konumunu ve toplumdaki statüsünü yükselten toplumsal bir faktör olduğu görülmektedir. Yaş ve yaşlılık kavramları açısından değerlendirdiğimizde sosyologların ve gerontologların yaşlılarla ve yaşlılıkla ilgili çalışmalarda Batı ve Doğu arasında keskin dikotomiler ve ampirik verilerden bağımsız soyutlamalar yapmak yerine içerisinde bulunduğu sosyo-kültürel realiteyi anlamaya yönelik somut mikro gerçeklikleri ortaya koyması, yaş ve yaşlılığa yüklenen anlamları bu kontekst içerisinde açığa çıkarması gerekmektedir.

1.2.1.3. Yaşlılık

Yaşlılık tıpkı yaş olgusu gibi sosyo-kültürel gerçekliğin etkisi altında bulunan bir kavramdır. Bireysel, sosyal, kültürel ve ekonomik etmenler yaşlılığa yüklenen anlamların farklılaşmasına sebebiyet vermekte, yaşlılık olgusu insanlar için bu değişkenlerin belirlediği bir anlam matrisi içerisinde şekillenmektedir. Bu açıdan, yaşlılık olgusu göreceli bir içeriğe sahiptir (Kurt 2008:7).

Yaşlılık genellikle bireylerin içinde bulunduğu toplumsal yapıyla iletişimin azalmaya başladığı bir dönem olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık kavramını, bireylerin yaşadığı çevreye adaptasyon yeteneklerinin yavaş yavaş azalmaya başladığı bir dönem olarak tanımlamaktadır (Kutsal 2003). Bu açıdan değerlendirildiğinde birey, yaşlılık döneminde, fizyolojik, psikolojik ve toplumsal açıdan önceki yaşam dönemlerine göre farklılıklar yaşayacaktır.

Bu anlamda yaşlılık döneminin hangi yaşlarda başladığı, hangi koşulların bireyleri bu kategoriye soktuğu içerisinde bulunan toplumsal bağlama göre değişen bir olgudur. Özellikle yaşam kalitesinin artması ve insan ömrünün uzamasıyla paralel olarak yaşlılık dönemi de günümüzde daha geç başlayan bir dönem olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Değişik toplumlarda kimin yaşlı olarak nitelendirileceği ve yaşlılık döneminin ne olduğu konusunda farklar bulunabilir. Sadece sosyo-kültürel anlamda değil fizyolojik açıdan da toplumlar arasında yaşlılık dönemlerinde farklılıklar bulunabilmektedir.

Yaşlılıkla ilgili çalışmalar bireyin kendini hangi yaşta hissettiğinden ziyade belirlenen bir yaş ve bundan yukarısını yaşlılık dönemi olarak betimleme eğilimindedirler. Her ne kadar belirlenen bu yaş dönemi, yaşlılığı önceden belirlediği bir yaş dilimi üzerinden tanımlayarak bireysel ve sosyo-kültürel farkları tam olarak ortaya koymaktan yoksun olsa da bu konu üzerinde çalışan uzmanlara, kimleri çalışma konusuna dahil edeceği ve buna yönelik hesaplamalar konusunda kolaylık sağlamaktadır.

Yaşlılığın belirli zaman dilimleri üzerinden ele alınması ve tanımlanması karşılaştırmalı gerontolojik çalışmalara olanak sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlanma sürecinin kronolojik yaşlanma boyutu üzerinden tanımlamaktadır. Bu anlamda kronolojik yaş baz alınarak yapılan sınıflandırmaya göre:

- 45-59 yaş aralığı orta yaş dönemi,
- 60-74 yaş aralığı yaşlılık dönemi,
- 75 ve üzerindeki aralığı da ileri yaşlılık dönemi

olarak tanımlanmıştır (Arulat 2009'dan akt. Tiftik vd 2012:2). Yaşlılığın belirli dönemler üzerinden tanımlanması, yaşlıların sağlık sorunlarının teşhis edilmesinde, yaşlılardaki yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik politikaların belirlenmesinde ve yaşlılara yönelik kamu hizmetlerinin ne şekilde tesis edilmesi gerektiğine yönelik makro politikaların belirlenmesi gibi pek çok alanda kolaylıklar sağlamaktadır.

Diğer yandan kronolojik yaş gruplandırmalarına alternatif bir yaklaşım olarak, bireylerin ortalama kaç sene ömrü kaldığı üzerinden bir sınıflandırmaya gidilmesi gerektiğine yönelik görüşler ileri sürülmektedir. Daha açık bir ifade ile yaşlılık belirli yaş sınırı üzerinden tekrar tanımlanacaktır ancak bu tanımlama kaç yaşında olduğu değil kaç sene ömrü kaldığı üzerinden tanımlanacaktır. Bu yaklaşımda ortalama 10 ya da 15 sene ömrü kalan bireyler yaşlı sınıflandırmasına girmektedirler (Sanderson ve Scherbov 2008:7). Bu şekilde yapılan bir tasnif ülkeler arası ortalama yaşam süresi nedeniyle çıkan farkları daha iyi yansıtabilecektir. Örneğin beklenen yaşam süresinin 80 yaş civarında olan Japonya ile yaşam süresi 40-45 yaş arasında olan Afrika ülkeleri açısından yaşlılık aynı kronolojik yaş aralığına denk gelmeyecektir. Sonuç olarak, yaşlılığı geriye kalan yaşam süresi üzerinden tasnif etmek, sosyal politikaların ve sağlık politikalarının daha etkin bir biçimde oluşturulmasına zemin hazırlayacaktır (Sanderson ve Scherbov 2008:7).

1.2.2. Demografik Devrim: Yaşlanan Nüfus ya da Yaşlı Toplum

Dünyanın demografik yapısı sanayi toplumlarının ortaya çıkmasından sonra iki önemli değişim yaşamıştır. İlki 19. yüzyılda ortaya çıkan, hızlı nüfus artışıdır. Dünya nüfusu bu dönemde daha önce görülmemiş bir hızla artmıştır. İkinci değişim ise 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortaya çıkmıştır. Bu dönemin ayırt edici özelliği dünya nüfusunun giderek yaşlanması olgusudur. Yani dünya nüfusu önce görülmemiş bir şekilde artmaya, sonra da giderek yaşlanmaya başlamıştır.

Nüfusun yaşlanması, yaşlı insanların, çocuk ya da yetişkin olarak sınıflandırılan kesimlere göre daha hızlı artması yanında, genel nüfus yapısı içerisinde kapladığı hacmin oransal olarak artmasını da ifade etmektedir. Dünya ölçeğinde bir fenomen olarak yaşlı nüfus

artışı, demografik olarak, 20. yüzyılın ikinci yarısıyla birlikte, sağlık ve yaşam standartlarının yükselmesi, ölüm ve doğurganlık oranlarının azalması süreçleriyle paralel olarak ilerlemektedir.

21. yüzyılın başında dünya genelinde önemli sayıda ülkenin artık yaşlı toplumlar olarak nitelendirilen kategoriye girmiş veya girmek üzere olduğunu görmekteyiz. 65 yaş üzeri nüfusun oranına bakılarak yapılan sınıflandırmada toplumlar 4 kategori içerisinde sınıflandırılmaktadır (Güleç ve Tekbaş, 1997):

1. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4'den azdır,
2. Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
4. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir.

Bu sınıflandırmaya göre, 2010'dan sonra 65 yaş üstü nüfusunun %7'yi geçtiği Türkiye'nin de yaşlı toplumlar kategorisine girdiği görülmektedir.

Bu aşamada, demografik dönüşümün küresel ve yerel düzeylerde eşzamanlı bir süreç olarak ilerlediğini ortaya koymak adına, bu dönüşümün Dünya, Türkiye ve Çanakkale ölçeğindeki yansımalarına kısaca değinmek yerinde olacaktır.

1.2.2.1. Dünyada Demografik Trendler

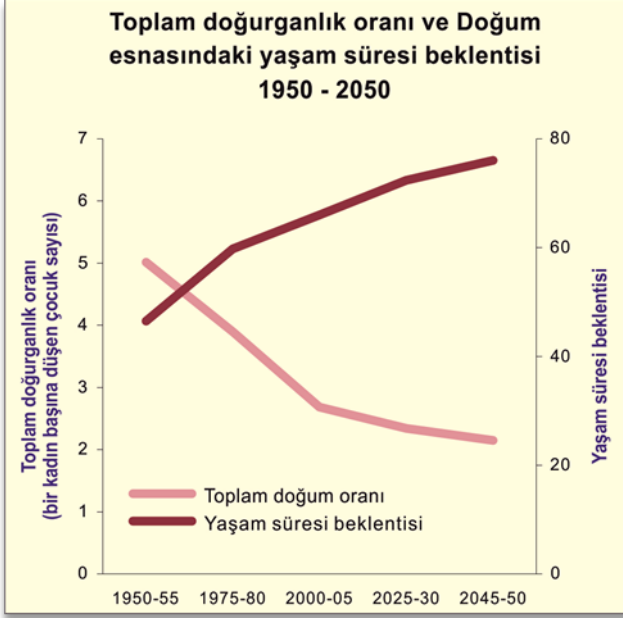
Birleşmiş Milletler istatistiklere göre, dünya nüfusu, 2013 yılında yaklaşık olarak 7.2 milyardır. Bu sayının 2025'te 8.1 milyara, 2050'de 9.6 milyara, 2100'de ise 10.9 milyara ulaşması beklenmektedir (DESA,2013:xv).

Bununla birlikte dünyadaki nüfus yapısı, gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklı bir görüntü sergilemektedir. Birincilerde genel olarak yaş ortalaması yüksek, ikincilerde ise birincilere göre oldukça düşük bir düzeydedir. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaklaşık %40'ı 24 yaş altında olmakla birlikte, gelişmişliğin düzeyinin en alt basamağında bu oran %60'a kadar yükselmektedir. Diğer taraftan, gelişmiş ülkelerde ise genç nüfusun çok daha az, buna karşılık yaşlı nüfusun daha fazla olması söz konusudur.

İstatistikler genel olarak dünya nüfusunun yaş ortalamasının giderek yükseldiğini, yani küresel anlamda nüfusun giderek yaşlandığını ortaya koymaktadır. 2013 yılında, dünya genelinde yaklaşık 850 milyon civarında olan 60 yaş üstü nüfusun, 2050'de 2 milyarın üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (DESA, 2013:xvii).

Bu eğilimi ortaya çıkaran iki paralel süreç söz konusudur. İlk olarak, insanların yaşam süresi giderek uzamaktadır. İkinci olarak ise, dünya ölçeğinde doğurganlık oranları azalmaktadır. Dünya nüfus yapısı içerisinde yaşlı nüfusun oranı artarken, genç nüfusun

oranı azalmaktadır. 1950’de 60 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı %8 iken, bu oran 2013’de %12’ye çıkmıştır. 2050 öngörüsü ise %21’dir. Diğer taraftan, 15 yaş altı nüfus 2013’de %26 iken, bu oranın 2050’de %21’e düşmesi beklenmektedir (DESA, 2013:6).



<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2000>

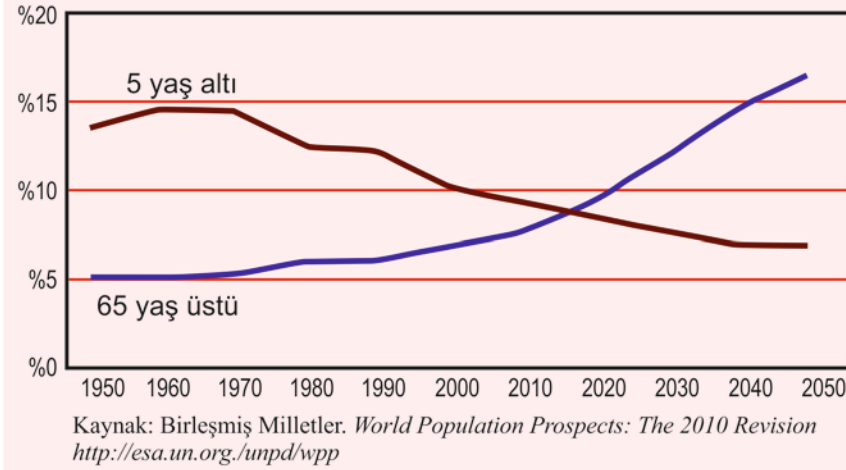
2000 yılındaki verilere dayanılarak oluşturulmuş yandaki grafik, 1950 – 2000 arasında yaşam süresi ve doğum oranlarında görülen değişmeyi ve 2000 - 2050 arasındaki tahminleri göstermektedir.

Grafik incelendiğinde görülmektedir ki, 1950’de bir kadın başına düşen çocuk sayısı 5 civarında iken, bu sayı 2000’de 2,5 civarına gerilemiştir. 2050 tahmini ise yaklaşık olarak 2’dir. Diğer yandan 1950’de doğan bir çocuk için yaşam süresi beklentisi 50 yıl civarında iken, bu sürenin 2000 yılı itibariyle yaklaşık 70 yıl

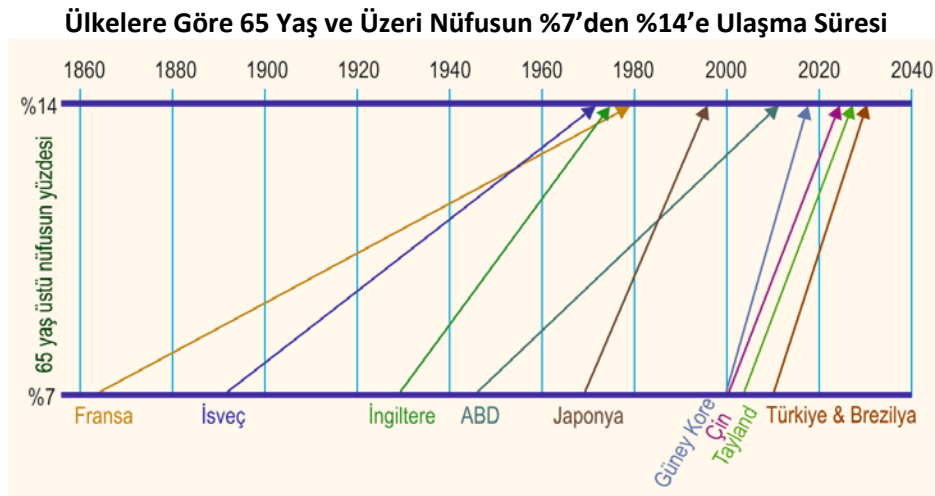
olduğu görülmektedir. 2050 tahmini ise dünya genelinde ortalama yaşam süresi beklentisinin 80 yıla yaklaşacağını öngörmektedir.

İnsanlık tarihi boyunca çocuk ve genç nüfusun yaşlı nüfustan daha fazla olduğu dünyada, tahminlere göre ilk defa önümüzdeki 5 yıl içinde 65 yaş ve üzeri nüfusun 5 yaş altı nüfusu geçmesi beklenmektedir (DESA, 2011). 1950-2050 arası dönemde, dünya genelinde çocuk ve yaşlı nüfusunun yüzdelerinin gösteren aşağıdaki grafik bu beklentiye ortaya koymaktadır.

Dünya Nüfusu İçinde Çocuk ve Yaşlı Nüfusunun Yüzdesi, 1950-2050



Demografik dönüşümün hızı ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Avrupa ülkelerinde 19. yüzyılda başlayan bu süreç 100 yıldan fazla bir zaman dilimine yayılırken, 1950'lerden sonra dönüşüme uğrayan ülkelerde ise 10 yıllar içinde ortaya çıkmıştır. Bu da genel olarak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin yeni duruma adaptasyonları için daha az zamanları olduğu anlamına gelmektedir. Aşağıdaki grafik, 65 yaş ve üzeri nüfusun %7'den %14'e ulaşmasına kadar geçmesi gereken zamanı farklı ülkeler açısından göstermektedir. Grafığe göre Fransa'nın 100 yıldan uzun bir sürede yaşadığı değişim, Türkiye, Çin, Tayland ve Brezilya gibi ülkelerde yaklaşık 20 yılda gerçekleşecektir.



Kaynak: World Health Organization. Global Health and Aging. 2011.
http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html

“Uzun yıllardır nüfusun yaşlanması ile karşı karşıya olan endüstrileşmiş ülkelerde yaşlı merkezli yapılan çalışmalar ile bu nüfus grubunun sağlık, sosyal ve ekonomik ihtiyaçları, beklentileri ile toplumun değişen sosyo-ekonomik yapısı hakkında önemli çalışmalar yapılmış ve sorunların çözümünde önemli ilerlemeler gözlemlenmiştir. Asıl problem gelişmekte olan ülkeler açısından görülmektedir. Endüstrileşmiş ülkelerde toplum hem ekonomik hem de sosyal açıdan refaha ulaştıktan sonra nüfusun yaşlanması problemi ortaya çıktığı için bu ülkelerde gerekli değişikliklerin yapılandırılması ve yaşlı nüfusun ihtiyaçlarının karşılanması ülkelerin ekonomisinde önemli sorunlara yol açmamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise henüz belirli bir refah düzeyine ulaşmadan nüfusun yaşlanması problemi ile karşı karşıya kalınması endişe vericidir.” (DPT, 2007:6).

1.2.2.2. Türkiye’de Demografik Trendler

Türkiye’de yaşlı nüfusundaki artış özellikle son 10 yılda ortaya çıkmış bir fenomendir. 2000’li yılların başlarına kadar yaşlı nüfusunda belirgin bir artış görülmemektedir. Diğer

tarafından, 1935-2000 yılları arasında yapılmış nüfus sayım sonuçlarına bakıldığında, 0-14 yaş grubu nüfusta 1970'lerden itibaren kayda değer bir azalma görülmektedir.

| Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçerisindeki Yüzde Dağılımları, Genel Nüfus Sayımları Sonuçları (1935-2000) | | | | |
|---|---------------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| Yıl | Toplam | Yaş Grupları (yüzde) | | |
| | | 0-14 | 15-64 | 65 yaş üstü |
| 1935 | 16,158,385 | 41.4 | 54.7 | 3.9 |
| 1940 | 17,820,950 | 42.1 | 54.3 | 3.5 |
| 1945 | 18,790,174 | 39.5 | 57.1 | 3.3 |
| 1950 | 20,947,188 | 38.3 | 58.4 | 3.3 |
| 1955 | 24,064,763 | 39.3 | 57.3 | 3.4 |
| 1960 | 27,754,820 | 41.2 | 55.2 | 3.5 |
| 1965 | 31,391,421 | 41.9 | 54.1 | 4.0 |
| 1970 | 35,605,175 | 41.8 | 53.8 | 4.4 |
| 1975 | 40,347,719 | 40.6 | 54.8 | 4.6 |
| 1980 | 44,736,957 | 39,1 | 56,1 | 4.7 |
| 1985 | 50,664,458 | 37.6 | 58.2 | 4.2 |
| 1990 | 56,473,035 | 35.0 | 60.7 | 4.3 |
| 2000 | 67,803,927 | 29.8 | 64.5 | 5.7 |

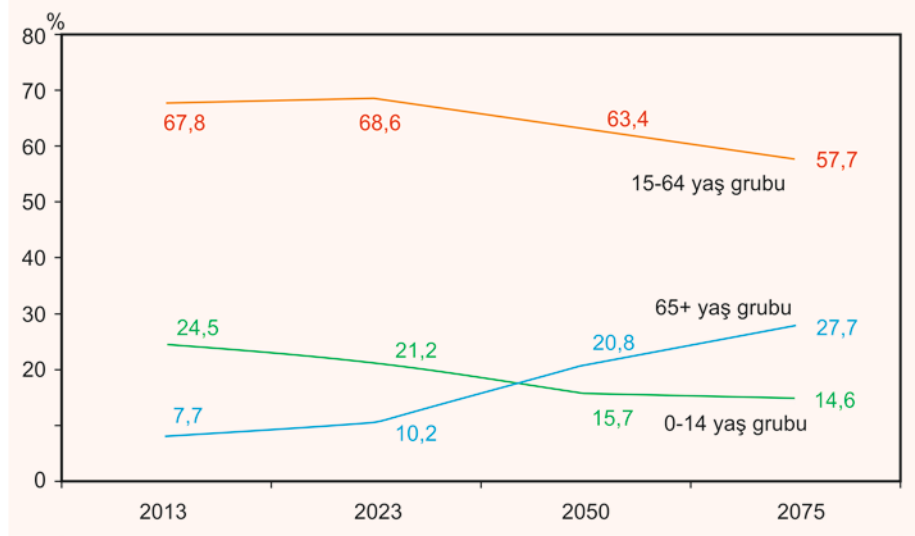
Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları

Türkiye’de, 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı 20. yüzyılın son on yılına kadar yüzde 5’in altında kalarak ciddi bir değişiklik göstermemiştir. Bugün ise, ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir hızla artış göstermektedir. Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır.

2000’den sonra ortaya çıkan demografik dönüşümde, nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, ölümlülük ve doğurganlıkta azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta ve çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermektedir (TÜİK, 2012:1).

TÜİK verilerine göre 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun genel nüfus içindeki oranı %7,5’tir. Bu oranın 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye ulaşması beklenmektedir.

Türkiye’de nüfusun yaş yapısının değişimi, 2013-2075



Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) göre Türkiye’de, 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus 5.6 milyon civarındayken, bu rakamın 2023’te 8.6 milyona, 2050’de 19.5 milyona, 2075’te 24.7 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2012:9).

Diğer yandan Türkiye’de doğumda beklenen yaşama sürelerinin, yaşlı nüfus oranındaki artışa paralel olarak değişmekte olduğu gözlemlenmektedir. 1960’larda kadınlar için 54, erkekler için 51 yıl olan yaşam süresi beklentisinin, TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yıldan yıla artarak, 2013 yılı sonunda kadınlarda 79.2 yıla, erkekler için ise 74.7 yıla, 2023’te ise kadınlarda 80.2 yıla, erkeklerde 75.8 yıla yükseleceği öngörülmektedir (TÜİK, 2012:3).

Türkiye genelinde nüfus yapısının dünya trendlerine paralel olarak yaşlandığını destekleyen bir diğer gösterge de doğum oranlarındaki azalma eğilimidir. Türkiye’nin genç ve çocuk nüfus oranlarının düşmeye başladığı 1970’lerden itibaren bu azalma trendine girdiğini söylemek gerekir. 2001-2012 yılları arasındaki doğurganlık hızlarına bakıldığında da benzer azalma eğiliminin devam etmekte olduğu görülmektedir.

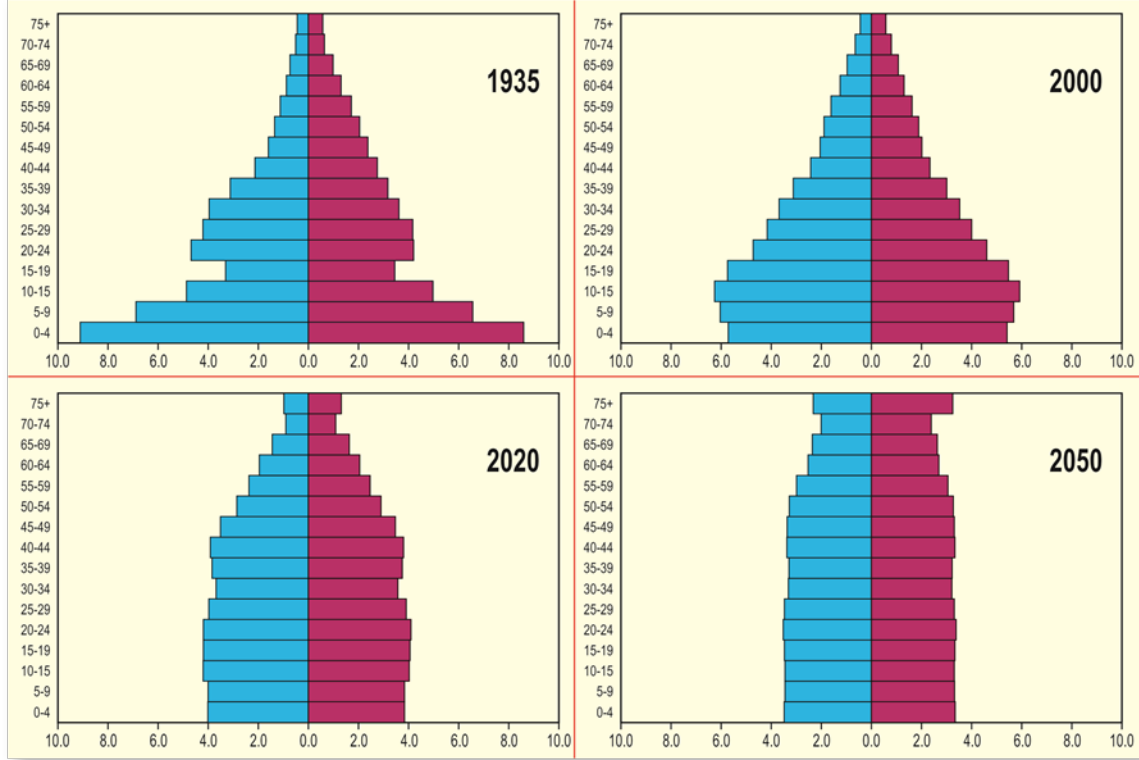
| 2001-2012 Doğurganlık Hızı | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 2,37 | 2,17 | 2,09 | 2,11 | 2,12 | 2,12 | 2,16 | 2,16 | 2,08 | 2,06 | 2,02 | 2,08 |

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1592

TÜİK verilerine dayanılarak hazırlanan yukarıdaki tabloya göre, Türkiye genelinde doğurganlık hızının 2001-2012 arasında yıllar bazında dalgalı bir seyir izlediği

görölmektedir. Ancak 12 yıllık periyoda bir bütün olarak bakıldığında doğurganlık hızının, 2012 yılında, 2001'e göre %13 oranında azaldığı gözlenmektedir. TÜİK projeksiyonuna göre 2050 yılında doğurganlık hızının 1,65 seviyesine kadar düşmesi beklenmektedir.

Türkiye'de Yıllara Göre Oluşan Nüfus Piramitleri , 2035-2050



Kaynak: DPT, 2007:8

Nüfus yapısındaki değişmeyi görsel anlamda en iyi ifade eden bir diğer istatistiksel grafikler de nüfus piramitleridir. Yukarıda TÜİK projeksiyonlarına göre hazırlanmış 1935, 2000, 2020 ve 2050 nüfus piramitleri gösterilmektedir.

Nüfus istatistiklerinde demografik yaşlanma göstergesi olarak kabul edilen bir diğer veri de yaşlı bağımlılık oranıdır. 15-64 yaş grubundaki ekonomik olarak üretime katkı sağlayan her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaştaki kişi sayısı olarak tanımlanan yaşlı bağımlılık oranı, 2012 yılı için 11,12'dir. Aynı oran 1935 nüfus sayımı sonuçlarına göre 7,14'tür. Yaşlı bağımlılık oranı 1935-2012 arasında çok önemli bir artış hızı göstermemiştir. Ancak bundan sonraki dönemler için geliştirilen projeksiyonlara göre bu oranın 2023 yılında 14,93'e, 2050 yılında ise 32,86'ya yükseleceği öngörülmektedir (TÜİK, 2012:13).

Türkiye'deki güncel nüfus yapısı bölgeler bazında değerlendirildiğinde, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun en yüksek olduğu bölge Ege Bölgesidir (%16,5). Yoğun olarak bulunduğu diğer bölgeler, sırasıyla İstanbul (%14), Akdeniz (%11,7) ve Doğu Marmara

(%9,9) bölgeleridir. En düşük olan bölge, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'dir (%2,6) (TÜİK, 2012:13).

2011 yılı itibari ile 60 yaş üstü nüfusun %7,13'ü il-ilçe merkezlerinde, % 3,65'i ise belde ve köylerde, 65 yaş üstü nüfusun %4,71'i il-ilçe merkezlerinde, % 2,63'ü ise belde ve köylerde yaşamaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012:8-9).

2011 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki erkek nüfusta okuma ve yazma bilmeyenlerin oranı %12,9 iken kadın nüfusa bu oran %42'dir. Yüksekokul veya fakülte mezunu olan erkek nüfus oranı %6,2, kadın nüfus oranı ise %1,6'dır (TÜİK, 2012:22).

2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki kadın nüfusun %52,4'ünün eşi ölmüş iken erkek nüfusun %13,7'sinin eşi ölmüştür. Yaşlı kadın nüfusun %42,2'si evli iken erkeklerin ise %82,7'si evlidir (TÜİK, 2012:24).

2011 yılında emekli ve dul-yetim aylıklarından yararlanan erkeklerin oranı %67,4, kadınların oranı ise %28,5'tir. Diğer sosyal transferlerden yararlanan yaşlı kadınların oranı %58,6 iken erkeklerin oranı %1,7'dir (TÜİK, 2012:24).

Eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirinin %60'ına göre hesaplanan yoksulluk oranı Türkiye geneli için %22,6 iken, bu oran yaşlı nüfus için %17'dir. 65 ve daha yukarı yaştaki erkeklerde yoksulluk oranı %15,9, kadınlarda ise %17,9'dur (TÜİK, 2012:26).

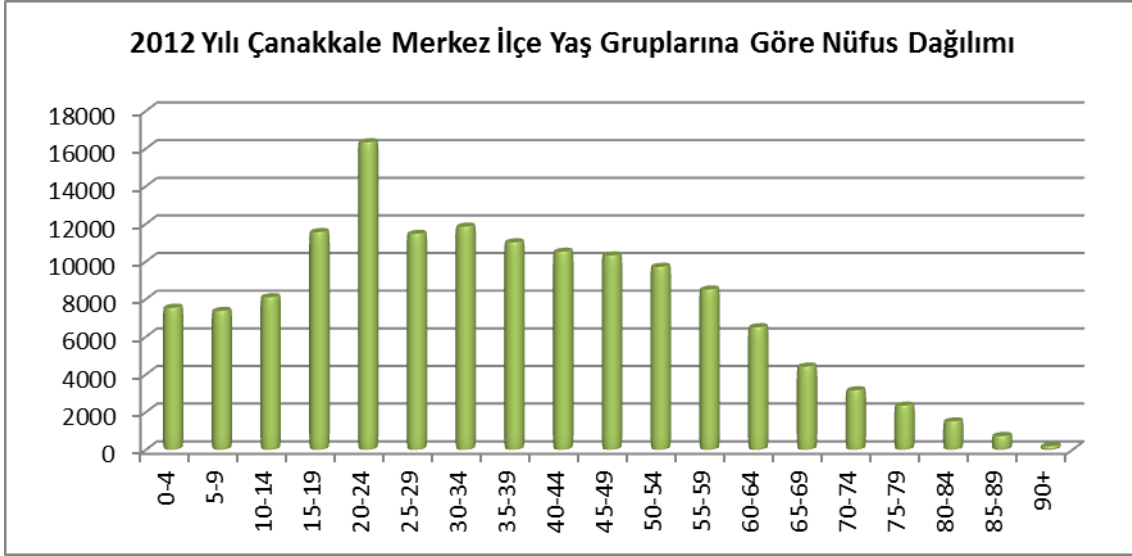
2012 yılında 18 ve daha yukarı yaştaki nüfusun %61'i mutlu iken 65 ve daha yukarı yaştaki erkeklerin %64,2'si, kadınların ise %57,3'ü kendilerini mutlu hissetmektedir. 2012 yılında 65 ve daha yukarı yaştaki kadın ve erkek nüfusun en önemli mutluluk kaynağı, aileleridir. İkinci sırada gelen mutluluk kaynağı kadınlar için %22,9 ile çocukları, erkekler için ise %11,7 ile eşleridir (TÜİK, 2012:53-54).

Anne babalarını haftada birden fazla ziyaret eden kız çocuklarının oranı %37,2 iken erkek çocuklar için bu oran %33,4'tür (TÜİK, 2012:31-32).

2010 yılında 65-74 yaş grubundaki erkeklerde sağlık durumu "çok iyi/iyi" düzeyinde olanların oranı %43,1 iken kadınlarda bu oran %17,8'dir (TÜİK, 2012:41).

1.2.2.3. Çanakkale'de Demografik Yapı

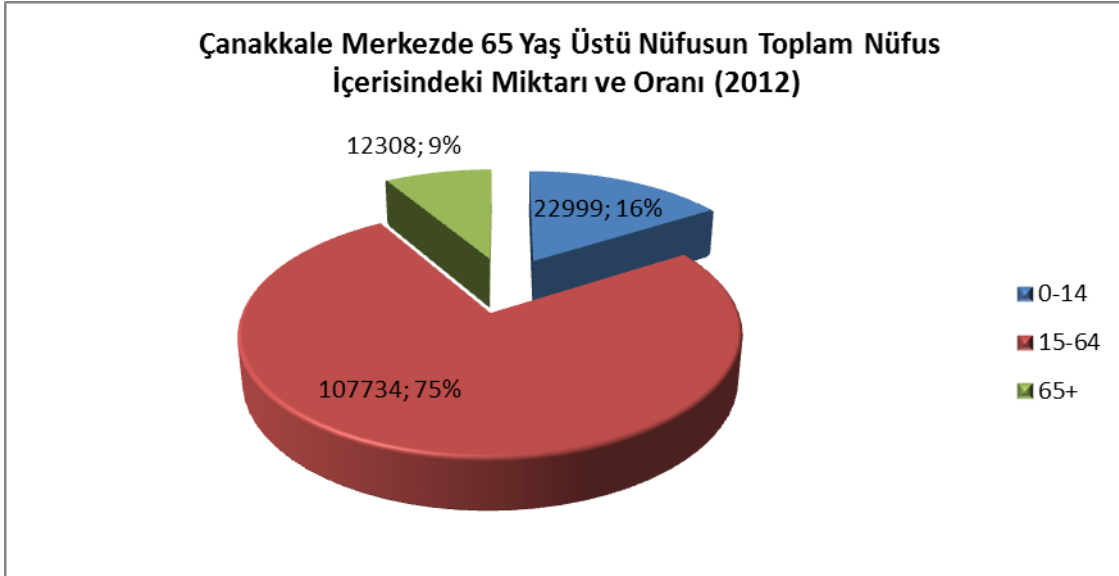
2012 yılının TÜİK verilerine göre Çanakkale ilinin nüfusu 493.691 kişidir. Nüfusun %56'sı il ve ilçe merkezlerinde, geri kalanı belde ve köylerde yaşamaktadır. Aynı verilere göre Çanakkale merkez ilçe belde ve köyleriyle birlikte 143.041 kişi, yalnızca merkez nüfusu 111.137 kişidir.



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. 2013 Ankara

TÜİK verilerine göre 2012 yılında, Türkiye genelinde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %7,5 iken, Çanakkale merkezde bu oranın Türkiye ortalamasının bir miktar üzerinde, %9 olduğu görülmektedir.

Türkiye genelinde 0-14 yaş arası nüfusun oranı %24,9 iken, Çanakkale merkezde bu oran %16'dır. Buradan Çanakkale'deki doğum oranlarının Türkiye ortalamasının oldukça altında olduğu öngörülebilir.



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. 2013 Ankara

TÜİK verilerine göre 2012 yılında Çanakkale il genelinde doğurganlık hızı 1.57'dir. Bu sayıya göre Çanakkale, 2012 ortalamasının %2.08 olduğu Türkiye'de doğurganlık hızının en düşük olduğu dokuzuncu ildir.

1.2.3. Yaşlı Nüfusa Yönelik Belirlemeler

Küresel ve yerel ölçekte, demografik istatistikler göstermektedir ki, dünya nüfusu eskisine göre bugün daha yaşlıdır ve yarın da bugüne göre daha yaşlı olacaktır. Bu olgudan hareket eden Dünya Sağlık Örgütü, son dönemde yaşlanma ile ilgili ortaya çıkan temel eğilim ve gereksinimleri 10 başlık altında toplamıştır.

1. Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır.



2000 ve 2050 yılları arasında dünya üzerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri insan sayısı ikiye katlanarak %11'den %22'ye çıkacaktır. Yeryüzünde yaşayan 60 yaş üzeri insan sayısının 605 milyondan 2 milyara çıkması beklenmektedir.

2. 80 yaşın üzerindeki insan sayısı 2000 ve 2050 yılları arasında dörde katlanacak.



2050 yılında dünya üzerinde yaklaşık olarak 400 milyon 80 yaş ve üzeri insan yaşayacak. Daha önce orta yaşlı yetişkinlerin çoğunun yaşayan anne ve babaları yoktu.

3. 2050 yılında yaşlı insanların %80'i düşük ve orta gelir gruplu ülkelerde yaşayacak.



Şili, Çin ve İran'da yaşayan yaşlı insan sayısı Amerika Birleşik Devletlerinden fazla olacak. Afrika'da yaşlı insan sayısı 54 milyondan 213 milyona ulaşacak.

4. Yaşlı insanlardaki başlıca hastalık yükü nedeni kronik hastalıklar olacaktır.



Zaten yoksul ülkelerdeki en büyük katiller kalp hastalıkları, inme, kronik akciğer hastalıkları iken demans, görme kusurları, işitme kaybı ve osteoartritler önemli sakatlık (yeti kaybı) nedenleri olacaktır.

5. Düşük ve orta gelir grubunda yaşayan yaşlıların hastalık yükü zengin ülkelere göre daha fazla olacaktır.



Düşük ve orta gelir grubunda yaşayan yaşlı insanların kalp hastalığı, inme ve kronik solunum yolu hastalığı nedeniyle erken ölüm ihtimali zengin ülkelerde yaşayanlara göre üç kat daha fazladır. Bunlarda işitme kaybı ve görme sorunları daha fazla görülmeyle birlikte bunlarla ilgili koruyucu müdahaleler hem daha kolay hem de daha ucuzdur.

6. Uzun süreli bakım ihtiyacı giderek artıyor.



Gelişmekte olan ülkelerde 2050 yılına kadar uzun süreli bakım ihtiyacı olan insan sayısı dört kat artacaktır. Birçok yaşlı insan hareket kısıtlılığı, fiziksel ve mental sağlık problemleri nedeniyle bağımsız yaşama yeteneğini kaybedecektir. Bu durum hastane, hemşirelik, toplum, ev tabanlı olmak üzere uzun süreli bakım ihtiyacını arttıracaktır.

7. Yaşlı insanlar için etkili ve toplum tabanlı birinci basamak sağlık hizmeti çok önemli olacaktır.



Yaşlı insanların iyi derecede sağlık bakımı alabilmeleri için koruyucu hekimlik uygulamaları ve kronik hastalıkların yönetimi çok önemlidir. Birçok sağlık profesyoneli için yaşlı insanları bakımı özel talimatlar içermez. Bununla birlikte sağlık çalışanları yaşlı insanların bakımı için giderek daha fazla zaman ayırmak durumundadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmeti sunucularının yaşlılık konusunda daha fazla eğitim alması gerektiğini savunmaktadır.

8. Yaşlıların kapasitelerini maksimize etmelerini ve hayatı dolu dolu yaşamalarını sağlamak için “yaşlı dostu” merkezlere ihtiyaç vardır.



Yaşlı dostu fiziksel ve sosyal çevre oluşturulması, yaşlının aktif katılımına ve bağımsızlığına büyük etki yapar.

9. Sağlıklı yaşlanma yaşamın erken dönemindeki sağlıklı yaşam tarzı ile başlamaktadır.



Bu durum ne yediğimize, ne kadar fiziksel aktivite yaptığımıza, sigara alkol gibi zararlı alışkanlıklarımızın olmamasına ve de toksik maddelere ne kadar maruz kaldığımıza bağlıdır. Başlamak için hiçbir zaman geç değildir; örneğin 60-75 arasında sigarayı bırakan birisi, erken ölüm riskinin %50 azaltır.

10. Yaşlılık dönemi için yeni varsayımlar icat etmemiz gerekmektedir.



21. yüzyılda toplum, yaşlanma konusunda belli kalıpları yıkmaya ve yeni modeller geliştirmeye ihtiyaç duymaktadır. Yaşlıların aktif ve görünür katılımının teşvik edildiği topluluklar, işyerleri ve toplumların hepsi bundan fayda sağlamaktadır.

Kaynak: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>

1.2.4. Yaşlılık Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar

Yaşlılık sosyolojisinde yaşlılık kuramları, “yaşlılık sorunlarının araştırılmasında çıkış noktalarını oluşturur.” (Baran, 2004:56) Yaşlılık çalışmalarında makro boyut ve mikro boyut üzerinde durularak, yaşlılık bütünsel açıdan ele alınıp incelenebilir. Mikro boyut, yaşlılık sorunlarının bireysel düzlemde özne ve öznelerin arasındaki ilişkilerin araştırılmasında kullanılırken, makro boyut ise, yaşlılık sorunlarının toplumsal sistemle ilişkisi bağlamında araştırılmasında kullanılır. Yaşlılık sosyolojisi çalışmaları, yaşlılığı mikro ve makro boyutlarıyla ele alarak, yaşlılığın hem bireysel boyutta nasıl inşa edildiğini hem de daha geniş kapsamda toplumda nasıl konumlandırıldığını açıklamak/anlamak amacına dönük bir anlayışı benimsemektedir.

Yaşlılık sosyolojisi çalışmalarında sosyal yaşlanma kavramını vurgulayan Baran, “yaşlının sosyal uyumu, yaşlının kendini algılaması, yaşlının topluma aktif katılımının sağlanması, yaşlılığın toplum tarafından değerlendirilmesi ve yaşlılığa yönelik politikaların belirlenmesinde temel oluşturacak yaklaşım ve kuramları bir potada toplamaya çalışır”(Görgün-Baran, 2004:37) görüşüne yer vermektedir. Yaşlılar çalışmasında sosyolojik bakışın önemi, sosyal yapılanmanın etkisini açıklığa kavuşturarak, bireyler ve

toplumlar için yaşlıların yerinin anlaşılmasını kolaylaştırmaktır. Bunun yanı sıra, yaşlılığa ilişkin alternatif vizyonların neler olabileceğini, yaşlılığın ne olduğunu ve yaşlanırken toplumsal kurumların nasıl bir perspektif içinde şekillenmesi gerektiği konusunda açıklamalar getirerek, yaşlı nüfusun geleceğine ilişkin ön kestirimlerde bulunmaya, sosyal değişimin yönünü belirlemeye ve sosyal politikaların oluşturulmasına katkıda bulunur.

“Yaşlılık çalışmaları” başlığı altında toplanabilecek araştırma alanının bütünlüklü bir kuramsallaştırması, sosyolojinin, psikolojinin, hukukun, siyasetin, iktisadın, sosyal güvenliğin ve kamu yönetiminin birçok alanında da interdisipliner ortak bir dil geliştirilmesini, en azından disiplinler arası bir diyaloga girilmesinin gerekliliğini ima etmektedir. Bu gereklilik özellikle, “yaşlı kimliği” açısından, sosyal teoride eleştirel konum alışlara bağlı; sınıf, toplumsal cinsiyet, din, etnisite, ulus vatandaşlığı gibi kolektif kimlik örüntülerine yönelik yaygın entegrasyon kategorilerini esas alan, eleştiri, temsil ve sosyal adalet stratejilerinin yeniden gözden geçirilmesini gerekli kılmasından kaynaklanmaktadır. Bu çerçevede yaşlıların toplumsal yaşama diğer bireylerle eşit bir şekilde ve insan hakları temelinde katılımlarının desteklenmesi gerekmektedir. Yaşlıların dezavantajlı durumları nedeniyle katılımcı perspektif bağlamında “fırsat eşitliği” ilkesinin hayata geçirilmesi önem arz etmektedir. Bu noktada mevcut sosyal, ekonomik, kültürel, politik, hukuksal ve sosyo-bilişsel bariyerlerin tespit edilerek, “yaşlı bireylere” yönelik olarak toplumun geri kalanı tarafından geliştirilmiş “önyargıların” aşılması ve kamusal kaynakların dağıtılmasında yaşlılara dönük kurumsal düzenlemelerin geliştirilmesi özel bir önem taşımaktadır.

Genel anlamda “yaşlılık çalışmaları” başlığı altında toplanabilecek yaklaşım ve perspektifler; “kimlik”, “ideoloji”, “politika: iktidar ve güç içeren sosyal ilişki biçimleri”, “sosyal anlamlar”, “toplumsal göstergeler”, “sosyal adaletsizlik” ve “beden” üzerine geliştirilen temel varsayımlar üzerinden, sosyal bilimlerin hemen bütün alanlarına etki etmekte olan bir nitelik kazanmaktadır ((Uluocak ve Aslan, 2001:19).

Yaşlılık konusunda ortaya konulan kuramsal yaklaşımlar demografik ve ekonomik kuramlar (Yakınsama Kuramı, Yaşam Döngüsü Kuramı, Kuşaklar Arası Varlık Akış Kuramı) ile psikolojik, sosyolojik ve siyasi kuramlar (Yaşamdan Kopma Kuramı, Etkinlik Kuramı, Süreklilik Kuramı, Sosyal Yapılandırıcılık Kuramı, Söylem Analizi) şeklinde ortaya konulmuştur (Aközer, Baran, Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2011: 9-10). Baran (2004:47-52) yaşlılık konusundaki kuramları mikro ve makro düzeyde ele alarak, bunları Aktivite Kuramı, Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı, Modernleşme Kuramı çerçevesinde ele alır. Baran buna paralel Alış Veriş kuramı, Sembolik Etkileşimcilik, Yapısal İşlevselcilik ve Çatışma teorileri üzerinde de durarak, bu görüşlerin zengin sosyolojik kuramlaştırma geleneğini içerdiklerini vurgular.

Bu çalışmada yaşlılık konusunda yaşlılığı makro ve mikro yönlerini bir bütün içerisinde ele almak yaşlılığın sosyal açıdan taşıdığı anlamları saptamak, bireylerin yaşlılık deneyimlerini nasıl tanımladıklarını, yaşlılığı belirleyen sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal boyutların neler olduğunun saptamak açısından yaşlılık konusunda sırasıyla, Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı, Aktivite Kuramı, Rol Bırakma Kuramı, Modernleşme Kuramı, Toplumsal Değiş Tokuş Kuramı, Süreklilik Kuramı, Etkileşimci Teoriler, Sosyal Yapılandırmacılık ve Sosyal Fenomonolojik Yaklaşım üzerinde durulacaktır. Bu teorileri kısaca şöyle açıklayabiliriz:

1.2.4.1. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı (Disengagement Kuramı)

Yaşamdan geri çekilme kuramı, sosyolojide yaşlılık üzerine geliştirilen ilk kuramdır ve yaşlıların toplumsal rollerden geri çekilmesi üzerine odaklanır (Aközer, Baran, Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2001:10).

Elaine Cumming ve William E. Henry'nin geliştirdiği bu kuramda, yaşlılık, fiziksel, psikolojik ve toplumsal açıdan dünyadan derece derece geri çekilme süreci olarak görülmektedir. Fiziksel düzeyde, insanlar etkinliklerini yavaşlatır ve enerjilerini elde tutarlar, psikolojik düzeyde, geniş dünyayla olan ilişkilerini öncelikle kendilerini ilgilendiren yaşam alanlarında odaklaştırmaya yönelirler. Dışarıdaki dünyaya yönelttikleri dikkatlerini kendi duygu ve düşüncelerinin iç dünyasına çevirirler. Toplumsal düzeyde karşılıklı bir geri çekilme söz konusudur, böylece toplumun diğer üyeleriyle yaşlı kişi arasındaki etkileşim de azalır. Birey toplumdaki geri çekilir, toplum da bireyden elini çeker, ilişki kesme; toplumu ve bireyi tedavi edilemez hastalığın ve ölümün sonu, ilişki kesmeye önceden hazırlayan ilerleyici ve karşılıklı doyum verici bir süreç olarak ele alınmaktadır. Yaşlılar için ilişki kesme, istenen ve oynanan rollerin, kurulan ilişkilerin azaltılmasıyla gerçekleştirilen bir süreçtir. Toplum da kendi yönünden ilişki kesmeyi destekler, çünkü böylece yaşlıların geliştirdiği birtakım işlevleri gençlere aktarabilir (Onur, 1995:235; Kurt, 2008:90).

Yaşlıların toplumsal rollerden geri çekilişi, “hem yaşlı tarafından, hem de toplum tarafından pasif bir karşılayışı simgeleyen bu kabulleniş, sağlıklı bir kabulleniş olarak görülür. Yaşlılıkta yaşam doyumu ve mutluluk, bu kabullenişle çok yakından ilgilidir: Yaşamın bu gerçeğini görerek kendini aktif yaşamdan çeken yaşlılar, hem daha yüksek yaşam doyumu ve mutluluk duymakta, hem de daha gerçekçi değerlendirmeler yapabilmektedirler” (Gitmez, 2000: 65). Bu perspektif, yaşlının rollerinden geri çekilmesini toplum için işlevsel bir durum olarak açıklama eğilimindedir.

Yaşamdan geri çekilme kuramı “özellikle emeklilikle birlikte rol kaybına uğrayan bireyler, bu kayıplarını yaşama aktif olarak katılıp yeni statüsel kazanımlar elde etmek yerine, kendisini işe ‘yaramaz’ ve ‘yaşlı’ hissederek yaşamla olan bağını en aza

indirebilip yaşamdan geri çekilebilip sosyal çevreleriyle ilişkilerine koparabilirler. Bu durum yaşlı bireyin sosyal çevresiyle bütünleşmesinde sorunlar yaşamasına yol açabilir” (Baran, 2000: 69) diyerek, ortaya konan teorinin yaratacağı sosyal sorunlara dikkati çekmiştir.

Yaşamdan geri çekilme kuramına çeşitli eleştiriler yöneltmiştir. Öncelikle, yaşamdan kopmanın kaçınılmaz olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca, yaşlıların kendilerini yaşamdan soyutlayarak mutluluk ya da tatmin duygusuna erişemedikleri çeşitli araştırmalarla saptanmıştır. Diğer bir eleştiri ise yaşamdan kopmanın toplumsal yapı, toplumsal eğilimler ve bulgular içerisinde analiz edilmesi gerektiği düşüncesidir (Emiroğlu, 1995:27).

Yaşamdan geri çekilme teorisi, bilim adamları arasında yoğun tartışmalara yol açmış ve sonunda bu teorinin savunucuları “geri adım atmak ve kesinlik iddiasından vazgeçip, temel prensiplerinden ödün vermek zorunda kalmışlardır. Yaşlıların toplumdan soyutlanmalarına bilimsel bir zemin hazırlayan bu teori, özellikle gençlerin vicdani rahatsızlıklarını gidermek için icat edilmiş bir araç” olarak da görülebilir (Tufan, 2001:41; Kurt, 2008:91).

1.2.4.2. Aktivite Kuramı (Etkinlik Kuramı)

Aktivite kuramı, ilişki kesme kuramına tepki olarak geliştirilmiş bir kuramdır. Temsilcileri sosyolog Robert J. Havighurst, Bernice L. Neugarten ve Sheldon S. Tobin’dir (Onur, 1995:236). Mikro düzeyde bir kuramdır yani birey ve bireyin ilişkilerini merkeze alır. Aktivite teorisi yaşlılığın pozitif yönlerini ve yaşlıların aktifleştirilmesi gerektiğini savunur. Bunun yolu da sosyolojik bir tespitle, yaşlının toplumla sürekli etkileşim içinde olup, sosyal ilişki ağından kopmaması gerekmektedir. Birey, yaşlılığa olumlu bir şekilde uyum sağlayıp toplumsal yaşamda yeni roller üstlenir ve yeni faaliyetlerde bulunur. (Kurt, 2008:97) Bu kurama göre bir şeyler başaran, başka insanlar tarafından gereksinim duyulan yaşlılar mutlu olabilir. Bunun tam terside başkaları tarafından gereksinim duyulmayan, toplumda bir işleve sahip olmayan yaşlılar mutsuz ve huzursuzdur. Optimal düzeyde yaşam standardına sahip yaşlılar bu standardının emeklilik döneminde devam etmesini istemektedir. Bu kurama göre işten ayrılan yaşlılar aktif oldukları, ilişkilerinin yoğun olduğu dönemin emekli olduktan sonrada hayatlarının aktif bir şekilde devam etmesini istemekte, eğer böyle olursa hayat anlamlı gelmektedir. Toplumsal aktivitelerle bireyin yaşamından duyulan hoşnutluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Toplumsal aktiviteler arkadaş, akraba ve komşularla olan ilişkileri kapsayan resmi olmayan aktiviteler, kendi başına yapılan aktiviteler ile dernek, kulüp vb. kapsamında yürütülen resmi aktiveler olarak üç kapsamda ele alınmıştır. En

çok, yaşamdan hoşnut olma ile resmi olmayan aktivitelerin fazlalığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yiğit, 2009:22).

Etkinlik kuramı bireylerin sosyal olarak aktif oldukları ölçüde yaşamdan duyacakları doyumun artacağını savunur. Aktivite teorisine göre iyi bir yaşlanma süreci geçirebilmek için, her insanın aktifliğini ömür boyu koruması gerekir. Yaşamın en ileri dönemine kadar aktifliğini koruyabilen insanların daha mutlu ve huzurlu bir yaşlılık geçirebildikleri bu teorinin temel tezidir (Tufan, 2001:40). Bu teoriye göre insanları birbirinden ayıran başlıca unsur aralarındaki yaş farkı değil, etkinlikleri ve 'yararlılıklarıdır'. Pasiflik arzu edilmeyen ve kişileri toplumdan soyutlayan, onda işe yaramazlık duygusunu körükleyen bir durumdur ve mutlaka önlenmesi gerekir. Emeklilik döneminde de aktifliğin korunması gerektiği, bu yolla mutlu ve huzurlu bir yaşlılık dönemi geçirilebileceği savunulmaktadır. İnsan yaşlılık döneminde, gençliğindeki gibi sosyal ilişkilerini sürdürebilirse, kendisine hala ihtiyaç duyulduğunu görecektir ve böylece çalışma yaşamında elde ettiği, ama iş hayatından kopmasıyla birlikte kaybettiği rollerin yerine yenilerini yerleştirerek mutluluğun kapılarını aralamış olacaktır (Tufan, 2001:40-41).

Aktivite teorisi bazı açılardan bazı eleştirilere yol açmıştır. Tufan'ın da (2001: 41) belirttiği gibi, bu teorinin en fazla eleştiriye maruz kaldığı konu, "yaşlı insanı sosyal çevreye yansıtma biçimidir. Devamlı aktif bir yaşlı insan tipini empoze etmeye çalışmaktadır ki, bu da pratikte pek fazla rastlanılan bir durum değildir. Ayrıca her yaşlı eşit imkânlarla sahip olamayacağına göre, bunu (bilerek veya bilmeyerek) gözden kaçırmaktadır. Teorik mantığın odak noktasına yerleştirdiği orta yaşlı ve aktif insanın, yaşlanınca da böyle kalmasını isteyen, fakat bunun uygulamada nasıl olabileceğine kesin bir açıklık getiremeyen aktivite teorisi'nin, bir de sessiz sedasız kabul ettiği ve yine gerçeklerle bağdaşmayan varsayımlarından biri de, genç insanların daima aktif olduklarını kabul etmesidir" demektedir.

1.2.4.3. Rol Bırakma Kuramı (Role exit theory)

Bu kuram Sosyolog Z. S. Blau tarafından önerilmiştir. Blau'ya göre, emeklilik ve dulluk yaşlı kişinin toplumun temel kurumsal yapılarına (iş ve aile) katılımını sona erdirir. Bunun sonucu olarak, yaşlıları toplumsal bakımdan yararlı kılan özellikler azalmaktadır. Blau, özellikle meslek ve evlilik statüsü yitimini yıkıcı nitelikte görmektedir. (Onur, 1995:236)

İngilizce 'Role Exit' olarak da tartışma altına getirilen 'rol bırakma' yetişkinlikte görülen doğal değişimlerde yetişkinin geliştirmesi gereken uyum stratejileriyle uyumlu gözükür. Evlilik, dul kalma, emeklilik gibi sosyal konumun değişmesinde eski rollerin bırakılarak yeni yaşama uyan rollerinin benimsenmesi, bu bakış açısına uygundur.

Yaşlının topluma katkısının azalmasının yanında, bu yaşlarda görülmesi olası sınırlılıklar (hastalıklar, eşin kaybı, statü kaybı, bağımlılık), bireyin farklı bir düzeyde topluma katılmasını gerektiren değişimlerdir. Bu durumda eski rol ve beklentilerin bırakılarak yeni ve gerçekçi durumlara uyum sağlama stratejileri geliştirmek, gerçekçi ve faydacı bir yaklaşım olarak değerlendirilir. Ayrıca bu bakış açısı, yeni duruma akılcı ve gerçekçi uyum sağlama içindeki yaşlının, toplumda yaşlıya ilişkin toplumsal normlar ve beklentilerin bilinçli olarak göz önüne alınmasını da gerektireceğinden, yaşlılık alt kültürünün geliştirilmesini destekleyici olarak görülür (Gitmez, 2000:67; Kurt, 2008:92).

Sosyolog Irving Rosow, benzer bir yaklaşımla, Birleşik Devletler'de insanların yaşlılık dönemlerinde etkili bir biçimde toplumsallaştırılmadıklarını savunmaktadır. Yaşlılıkta beklenen davranışları tanımlayan toplumsal normlar, zayıf, belirsiz ve sınırlıdır. Ayrıca, yaşlılar temelde “rolsüz rol” olan rollerine, toplumsal bakımdan değersizleşen statülerine uyum sağlama konusunda pek az güdüldürler (Onur, 1998:237).

Rol bırakma teorisi, yaşlıların yaşadığı toplumsal kayıplar konusunu yani rollerini kaybetmesini abarttığı gerekçesiyle eleştirilmiştir. Yapılan araştırmaların çoğu, yaşlıların böyle bir kayıp yaşamadığını göstermiştir. Bunun yanı sıra, rol teorisinin yaşlılıkta rol ikilemlerinin geliştiğine dair fikirleri bulunmaktadır. Emekli olan birey için emeklilikten sonraki rolü belirsizdir. Bu durum “rolsüzlük” olarak değerlendirilmektedir. Bu teori açısından toplumda yaşlılar için rol modelleri eksiktir. Bu eksiklik günümüzde yaşlıların değişik rol modelleri geliştirmesiyle tamamlanmakta ve yaşlıları rol belirsizliğinden kurtarmaktadır. Bu çerçevede, yaşlı nüfusun artmasıyla başarılı yaşlanma rol modelleri ve alternatif roller artmıştır (Canatan, 2008:53).

1.2.4.4. Modernleşme Kuramı

Modern öncesi dönemde yaşlılar toplumda saygın ve değer verilen kişiler olarak anılmaktayken; modern dönemde atıl, işe yaramaz, bağımlı kişiler olarak anılmışlardır. Bu kuram, toplumlar daha modern hale geldikçe yaşlıların konumunda bir gerilemenin olduğunu iddia eder.

Modernleşme kuramı, “yaşlıların rolünün ve statüsünün ters orantılı olarak teknolojik ilerlemelerle bağlantılı olduğunu ileri sürer. Kentleşme ve sosyal hareketlilik gibi faktörler ailelerin küçülmesine, parçalanmasına yol açmıştır. Teknolojik değişimler, yaşlıların yaşam deneyimine ya da bilgeliğine az değer verilmesine neden olmuştur. Bunların sonucunda statü ve güç kaybının meydana geldiği belirtilmektedir” (Baran, 2004:50). Bu bağlamda “kuramsal bir çerçeve olarak modernizasyon kuramı, sosyal ve teknolojik değişimlerin yaşlı insanlarla birlikte toplumun üzerindeki zaman içinde oluşan etkilerini belirten bir dizi biçimsel düzenlemeleri kapsar.” (Akçay, 2011:37)

1972’de Cowgil ve Holmes’in geliştirdiği kuram, modernleşmiş toplumlarda modernleşmenin yansımalarının yaşlılar üzerindeki etkilerinin olumsuz boyutları olduğu gerçeğini öne çıkarır. Kuram, modernleşmiş toplumlarda yaşlıların statülerinin azalmasının dört temel boyutunu, sağlık teknolojisi, ekonomik ve endüstriyel teknoloji, kentleşme ve eğitim olarak belirler.

Sonuç olarak modernleşme kuramı, modernleşmenin, yaşlıların toplumsal rolleri ve sosyal refah düzeyleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar, modernleşme sürecinin ileri aşamalarında yaşlıların statülerinde iyileşmelerin mümkün olacağı sonucuna ulaşılmıştır. (Akçay, 2011: 38)

Modernleşme kuramı çeşitli yönlerden eleştirilmiştir. Sanayi öncesi dönemde onurlandırılan yaşlı, sanayileşme süreci ile birlikte daha düşük bir statüye itilmiştir. Oysa gerçeklik daha farklıdır. Çalışmamızda da yaşlılığın tarihsel algılanışı konusunda vurgulandığı gibi ilkel dönemde “yaşlılarına iyi davranan toplumlar olduğu gibi yaşlılarına kötü davranan toplumlar da olmuştur (Akın, 2004:1-33). Ayrıca bütün toplumlarda yaşlının değeri ve konumu aynı şekilde düşünülmemelidir. Yaşlının geçmişi, ırkı, cinsiyeti, hangi toplumsal sınıftan geldiği ve kültür” (Baran, 2004:50) gibi etkenler yaşlının rol ve statüsünü belirlemiştir.

1.2.4.5. Toplumsal Alış Veriş Kuramı (Social Exchange Theory)

Modernleşme ve yaşlılığın statüsü arasındaki zıt yönlü korelasyona uyarlanabilecek "Alış-Veriş" kuramına göre, modernleşme arttıkça, yaşlılığın geleneksel toplumlara kıyasla toplumsal statüsünün azaldığı görülmektedir (Emiroğlu, 1995:29).

James J. Dowd (1975) gibi sosyologlar tarafından yaşlılık sürecine uygulanan toplumsal alış veriş kuramına göre; insanlar toplumsal ilişkilere girerler, çünkü bundan bir takım ödüller çıkarırlar (ekonomik destek, tanınma, güvenlik, sevgi, vb.). Ödül elde etme sürecinde bir takım bedeller de öderler (olumsuz yaşantılar, yorgunluk, çabalama, vb.) ya da olumlu yaşantılardan ödüllendirici etkinlik uğruna vazgeçmek zorunda kalırlar. Yaşlılar, bu kurama göre, pazarlık etme güçlerindeki düşüş çıkar ilişkilerinde statü kaybına yol açmaktadır. Endüstrileşmiş toplumlarda yaşlıların daha önce sahip oldukları beceriler teknolojik gelişmeler içinde giderek önemini yitirmektedir (Dowd 1975’den akt. Onur, 1991:191).

Alış veriş teorisi, temel olarak bireylerin içsel ve dışsal ödüllerin beklentisiyle hareket ettiklerini varsayar. “Bireyin topluma ve çevresine sunabileceği kaynakları ya da olanakları, o kimsenin toplumdan ve çevresinden alacakları ile denge içindedir. Yaşlılık nedeniyle bireyin topluma ve çevresine sunabileceği kaynakları azalmış ve buna bağlı

olarak yaşlının konumu zayıflamış olduğundan, bireyin toplum yaşamında gerilemesi, çekilmesi bu alış-veriş dengesini kuracağından, sağlıklıdır” (Kurt, 2008:95)

Toplumsal alış veriş kuramına yöneltilen çeşitli eleştiriler bulunmaktadır. Örneğin kuram, endüstrileşme ile geleneksel bilgi ve deneyimin önemini yitirmekte olduğunu iddia etse de, modern endüstri toplumlarında yaşlıların, yüksek statülerde bulduklarını gösteren istisnalar da vardır (İsveç, Rusya, Japonya gibi). Toplumsal değiş tokuş kuramı yaşlıların bir toplumdaki konumunu etkileyen değiş tokuş öğelerine dikkati çekse bile, tam bir açıklama getirmekten çok uzaktır (Onur, 1995:238).

1.2.4.6. Süreklilik Kuramı (Continuity Theory)

Süreklilik teorisi, yaşlanmayı değişimin kaçınılmaz ve gerekli olduğu evrimci ve dinamik bir süreç olarak açıklar. Süreklilik yaşam deneyimlerini destekleyecek sosyal ilişkiler ve bir sosyal çevre gerektirir. (Canatan, 2008:53)

Atchley (1972) tarafından geliştirilen süreklilik kuramı, yaşlılıkta bazı rollerle ilişkinin kesilmesi, bazı rollerdeki başarının sürdürülmesi bileşimine dayanmaktadır. Atchley'e göre, bireyler yetişkin olma sürecinde birtakım alışkanlıklar, bağlantılar, tercihler geliştirirler ve bunlar giderek kişiliğin bir parçası haline gelir. Birey yaşlandıkça söz konusu rollerin sürekliliğini korumaya yönelmektedir (Atchley 1972'den akt. Onur, 1995:238).

Atchley'e (1989) göre, “Yaşlılıkta bazı rollerin sona ermesi, işlevini yitirmesi doğaldır. Ancak, aynı ölçüde doğal olan bir gerçek de, uzun ve çoğunlukla yaşamın akışı üzerinde çok fazla egemenlik kuran bir yaşamdan dolayı yaşlanan kimsede oluşmuş benlik ve kimlik, çevre ile ilişkiler ve yaşam alışkanlıkları olmaktadır. Belirli bir yaşam düzeninin kurulmasında psikolojik temelini ve bireyin kişiliğinin özünü oluşturan, bireyin sisteminin bir parçası olarak gelişen ‘benlik’ ya da ‘kimlik’; bireyin yaşam alanı ve kişiliğin sosyal bağlamdaki uzantısı olan ‘ilişkiler’ bireyin yaşam sürekliliğinin göstergeleridir” (Atchley 1989'dan akt. Gitmez, 2000:68).

Süreklilik kuramı, içsel ve dışsal yapıların korunarak sürdürülmesi üzerinde durur. İçsel yapılar, sabır, duygu, tecrübe, seçimler, eğilimler ve becerilerden oluşur. Dışsal yapılar ise kişinin geçmişte kazandığı beceriler, etkinlikler ve farklı rollere ilişkin performansıyla bağlantılıdır. Uzun yıllar içinde oluşturulmuş olan bu içsel (kimlik) ve dışsal (ilişkiler) düzen, bireyin kendini en rahat gördüğü yaşam alışkanlıklarının da temelidir ve yaşlılıkta da bu düzenin sürekliliği yaşlı kimse için en ideal durumdur. Bu yaşam düzenine bağlı olarak geliştirilmiş davranışların insan yaşamında silinemez köklü davranış kalıplarına da neden olduğu bilinir. Bunun gibi, uzun yetişkinlik öneminde üstlenilen sosyal ve aile rolleri de süreklilik kazanmakta, yaşlı kimsede birtakım

alışkanlıklar sürekliliğe dönüşmektedir. Birey yaşlandıkça bu davranış ve rollerini sürdürmesi, bu kimlik ve ilişkiler bütününde fazla bir değişiklik olmaması, yaşlılığı az sorunlu yapan koşulları oluşturur. Bu nedenle de, yaşlanan kimsenin eski ve sürekli olan yaşam düzenini büyük ölçüde değiştirmemesi, sağlıklı ve sorunsuz bir yaşlılık için önemlidir. Yaşlılıkla başa çıkma stratejisi olarak 'süreklilik' yönteminin seçilmesi, yaşlılıkta görülebilecek fiziksel ve zihinsel eksikliklerin sorun olarak yaşlıyı yaşamdan uzaklaştırmaması bakımından da gerekli görülür (Kurt 2008:96-97; Gitmez, 2000:68).

Süreklilik kuramı, bireyin sosyalizasyon sürecinin önemine dikkat çekerek, çocukluktan itibaren tüm öğrenmelerinin bireyin yaşamını pozitif ya da negatif yönde etki edici oluşumlar olarak değerlendirir. Başarılı yaşlanma ise bireyin sağlığını koruyucu önlemler almasını, moral desteği ve sosyal ilişki ağlarının genişliğini ifade eder. Yaşlı bireyin yaşam kalitesini arttıran faktörler arasında fiziksel egzersiz, bilişsel açıklık, yaşama katılım ve sosyal ilişki ağının genişliği bulunmakta ve bu faktörlere sahiplik, onun daha özgür ve bağımsız bir yaşam sürmesine yol açmaktadır (Baran, 2008:95).

1.2.4.7. Etkileşimci Teoriler

Sembolik etkileşim, etiketleme ve sosyal çöküş teorileri yaşlılar ve yaşlıların sosyal dünyaları arasındaki dinamik etkileşimi öne çıkaran bakış açıları olarak tanımlanabilir. (Canatan, 2008: 56) Bu teoriler, yaşlıların yaşanan toplumsal gereklere uyarlanmak zorunda oldukları düşüncesini temel alarak, yaşlanma olgusunu açıklamaya çalışırlar.

1.2.4.7.1. Sembolik Etkileşim Teorisi

Sembolik etkileşim teorisi çerçevesinde, çevre ile birey arasındaki etkileşimin, yaşanan yaşlanma süreci üzerinde etkili olduğu kabul edilir. Sembolik etkileşim, anlam ve yorum üzerinde odaklanır. Anlamlar, sosyal bir bağlamda diğer bireylerle etkileşim içine girilerek oluşturulur. Var olan bağlam, anlam üretmeye olanak sağlayacak ölçüde karmaşıktır (Baran, 2005: 35).

Bu teori, hem toplumu hem de bireyi yeni alternatifler yaratabilir nitelikte olarak ele alır. Yaşlılık doğal olarak toplumsal yapıdan geri çekilmeyi kaçınılmaz kılar ancak, bireyin etkileşimleri sonucu bu geri çekilme süreci değiştirilebilir. Sembolik etkileşimciler bu bağlamda, bireyleri ve toplumu yeni seçenekler yaratmak için etkili ve yeterli olarak görürler. Sembolik etkileşim program ve politikaları, çevresel baskı ve kısıtlamalar ile bireysel ihtiyaçların değiştirebilirliğini varsayar (Akçay, 2011:62).

Sembolik etkileşimcilik bireylerle toplum arasında karşılıklı bağımlılık üzerinde odaklanan bir kuramdır. Sembollerin ortak anlamı, birlikte yaşamın varlığı ve bireylerin birbirlerinin farkında olarak yaşamalarının sonucunda gelişir. Bu durum iletişimin kolay kurulmasını ve bireylerin birbirlerini anlamalarını sağlar. Böylece anlamların hem

ortamla hem de diğer bireylerle etkileşime girilerek oluşturulduğu ifade edilir (Görgün-Baran, 2004: 52).

1.2.4.7.2. Etiketleme Teorisi

Bu teori, insanların benlik algılarını sosyal etkileşim süreci içerisinde inşa ettiklerini ileri sürmektedir (Canatan, 2008: 30). Bireyler, kendilerini başkalarının kendilerini nasıl tanımladıkları ve kendilerine karşı nasıl davrandıklarına bakarak değerlendirme eğilimindedirler.

Etiketleme teorisi açısından bakıldığında, yaşlı insanlar, toplum tarafından sınıflandırılma ve tanımlandırılma biçimlerine göre düşünür ve hareket ederler. Çevremizdeki kişilerin tepkileri yaşlıları nasıl sınıflandırdığına ve algıladığına göre değişir. Örneğin, arabasını nereye park ettiğini unutan bir yaşlı yakınları tarafından bunamış olarak nitelendirilirken, aynı davranışı gerçekleştiren gençler ise dikkatsiz olarak tanımlanacaklardır. (Akçay, 2011:66)

Cox (2001: 57) yaşlıların etiketlenmesinin aşamalarını şu şekilde açıklar:

1. Yaşlılar, aşağıdaki etkenler nedeniyle sosyal etiketlenmeye karşı duyarlı olabilirler. Bu etkenler, yaşamdaki sosyal örgütlenmelerin doğası ve sosyal yaşam biçimi; yaşlılıkta rol kaybı; belirsiz ve uygun olmayan, bilgi ve referans grubundan yoksunluk; kimlik problemleri ya da sosyal ilişkilerle ilgili uygun olmayan standartlar yüzünden, kimlik kaybı
2. Birey, yaşlılık süresince diğerleri tarafından yetersiz, işe yaramaz ve eksik olarak etiketlenir.
3. Birey etiketlenme sürecine maruz kaldıktan sonra, bu etiketlenmeyi kabullenmeye ve daha olumsuz/bağımlı bir davranış rolüne girer ve bu etiketlendiği rolünü öğrenir.
4. Yaşlı birey dışsal etiketlenmeyi kabul eder ve birey kendisini hasta/yetersiz olarak tanımlar. Süreç yaşlı birey açısından psikolojik çöküşün başlangıcı olarak tanımlanabilecek bir süreci yaratır.

Yaşlılığa ilişkin etiketleme sürecinin yaşlı bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için, bireylerin üretkenliklerini devam ettirmesi, yaşlı insanlar için sosyal politikalar geliştirilmesi, yaşlı insanlara daha fazla güven geliştirmelerine yardım edecek mekanizmaların yaratılması gerekmektedir (Akçay, 2011:68).

1.2.4.7.3. Sosyal Çöküş Teorisi

Etiketleme ve etkileşimci teori kapsamında ele alınabilecek bu yaklaşıma göre, birey rol kaybı ve/veya belirsizlik (emeklilik, eş kaybı vs) yaşamaya başladığı zaman nasıl davranması gerektiğine dair bir çözüm geliştirememesi durumunda bireysel çöküntü yaşayacağı ve yaşam döngüsünün kötüleşeceği düşünülmektedir (Canatan, 2008:58).

Yaşlılık konusunda sosyal etkileşimci teorinin pek çok açıklayıcı yönü bulunmaktadır. Buna göre, yaşlanmayı deterministik bir süreç olarak görmek yerine, birey ve onun

sosyal dünyası arasındaki dinamik bir etkileşim olarak görmek gerekmektedir. Yaşlıların karşılaştıkları olumsuz etiketlenme ile belirsiz ve çoğu kez uygunsuz davranışsal beklentilerin sosyal-psikolojik boyutunu ortaya koymak ve etiketlenme sürecinin yaşlı bireyler üzerinde yaratacağı olumsuz etkileri giderebilecek gerçekçi çözümler üretmek, yaşlılıktaki çöküntülerin önlenmesi açısından gerekli görülmektedir (Cox'tan akt. Akçay, 2011: 68).

1.2.4.8. Sosyal Yapılandırıcılık ve Sosyal Fenomonolojik Yaklaşım

Sosyal fenomonolojik ve sosyal yapılandırıcılık yaklaşımı, yaşlanmaya ilişkin toplumsal gerçeklerin ve yaşlılıkla ilgili kavramlaştırmaların sosyal olarak inşa edildiği düşüncesine dayanır. Yaşlılıktaki bireysel süreçlerin sosyal tanımlarını ve sosyal yapılar tarafından etkilenişini anlamaya çalışırlar (Canatan, 2008: 64).

Bu yaklaşım öncelikle yaşın ve yaşlanmanın sosyal oluşumunu inceleyerek, bireyleri sosyal-yapısal içeriklere bağlamışlardır. Bu kuram, ayrıca görüşme ve konuşma yoluyla yaşın sosyal anlamlarının ve yaşın bireysel düşüncelerinin nasıl ortaya çıktığının araştırılmasına yol açarak, yaşlanmanın 'durumsal, ortaya çıkan ve yapısal özelliklerini incelerler. Bu özelliklerle birlikte, kuram aynı zamanda toplumsal gerçekliğin zaman içinde değiştiğini vurgulamaktadır (Akçay, 2011:84).

Sonuç olarak, sosyal fenomonolojik ve sosyal yapılandırıcılık yaklaşımı, sosyal yaşama ilişkin pek çok olgunun verili bir özü olmadığını, toplum tarafından kurgulandığını vurgulamış olmaktadır. Kuram, insanın deneyimlerinin, içinde buldukları sosyo-kültürel yapı çerçevesinde anlam kazandığını esas almaktadır.

1.2.5. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Aktif Yaşlanma

1.2.5.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı pek çok farklı anlamlar içermektedir. Bu çerçeve içerisinde, kavramın hem bireysel hem de sosyal gerçekliğin pek çok farklı alanında geniş bir şekilde ele alındığı ve her disiplinin yaşam kalitesi kavramsallaştırmasını kendi çalışma alanı üzerinden tanımladığı görülmektedir. Yaşam kalitesi en geniş anlamıyla insanların hayattan aldığı genel doyum düzeyini ortaya koyan bir yapıyı ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu kapsamda, yaşam kalitesi maddi refah düzeyiyle ilgili unsurların yanında psikososyal öğeleri ve bireysel algıları da içerisinde barındıran bir kavramsallaştırma olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaya, 2006).

Yaşlılık genellikle ve çoğu zaman önyargılı bir biçimde insanın gücünü yitirdiği fiziksel, işlevsel ve sosyo-kültürel açıdan güç kaybettiği bir dönem olarak algılanmaktadır. Yaşlılık kavramına yönelik bu önyargıların ortadan kaldırılması bireylerin sağlık koşullarıyla olduğu kadar sosyopsikolojik ve sosyoekonomik çevresiyle de ilgili bir kavramsallaştırmayı gerektirmektedir. Bu anlamda yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılması, yaşlılığın fiziksel, işlevsel ve sosyoekonomik kayıpları üzerinden değil, hobilerine daha fazla zaman ayıracağı ve daha çok sosyalleşmeye imkan bulacağı bir yaşam dönemi olarak tanımlanmasıyla mümkündür. Kutsal, yaşlılara yönelik politikalarda yaşlıların iyiliği ile ilgili kavramların göz önüne alınması gerektiğini belirterek, yaşam kalitesiyle de ilişkili olan bu iyilik halinin boyutlarını şu şekilde ifade eder;

1. Fiziksel iyilik: Bilinçli ve düzgün beslenme alışkanlıkları geliştirmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmaktır.
2. Manevi iyilik: Yaş ilerlemiş olsa da kişinin yaşamda bir amacının olması, güçlü etik değerlere ve ahlaka sahip olmasıdır.
3. Zihinsel iyilik: Zihnin sürekli olarak öğrenmeyle uyarılması, problem çözebilme ve yaratıcılık süreçlerinin devam etmesidir.
4. Sosyal iyilik: İyi ilişkilerle güzel iletişim kurulabilmesi, topluma ve çevreye pozitif katkıda bulunabilmek için çaba gösterilmesidir.
5. Duygusal iyilik: Başkalarına ve kendisine karşı olan düşünceleri anlayabilme, duygusal açıdan dengede olabilmeyi başarmaktır (Kutsal, 2011).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin genel olarak yaşamının iyi olduğuna yönelik değer yargılarını içerir. Fiziksel koşullar, çevresel faktörler, sağlık ve sosyo-ekonomik memnuniyet göstergelerinin tamamını kapsayan genel bir çerçeve çizmektedir. Bu anlamda yaşam kalitesi "... kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir" (Telatar ve Özcebe, 2004:163).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşam kalitesini "bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları" şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi tanımı 6 boyut içermektedir. Bu tanım fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve son olarak ruhsal özellikleri içermektedir (Oktik 2004'den aktaran Akça ve Şahin, 2008: 191).

Yaşam kalitesinin bu çok boyutlu yapısı kavramın hem öznel hem de sosyo-kültürel nesnel gerçeklik boyutları üzerinden ele alınabileceği görüşünü beraberinde getirmektedir. Örneğin Lawton ve diğerleri (1999) yaşam kalitesini bireyin yaşamını etkileyen nesnel kriterlerle birlikte (çevresel özellikler davranışla ilgili beceriler) öznel kriterler üzerinden de (algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali) ölçmeyi

amaçlamaktadır. Bu çalışmada, yaşlılarda yaşam kalitesi aile, arkadaş ilişkileri ve standart aktivitelerde zaman kullanımı gibi nesnel kriterlerin, öznel bir kriter olan psikolojik iyilik haliyle ilişkili olduğu savunulmakta ve bu ilişkiselliğin de yaşam kalitesini pozitif olarak etkilediği ortaya konulmaktadır (Lawton 1999'dan aktaran Günaydın, 2010:279).

Yaşam kalitesi kavramının pek çok faktörü içermesi, bu alanda yapılan çalışmaların birbirinden farklılaşmasına ve farklı yaşam kalitesi tanımlarının ve yaklaşımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu konuda yapılan kimi çalışmalar yaşam kalitesi kavramını psikolojik iyilik hali ve yaşam memnuniyeti gibi kavramlar üzerinden tanımlamışlardır. Örneğin Henrich ve Herschbach (2000) yapmış olduğu çalışmalarda yaşam kalitesinin öznel kriterler üzerinden değerlendirerek bireylerin yaşam kalitesini yaşam memnuniyeti kavramıyla ilişkilendirmişlerdir. Yaşama kalitesiyle ilgili diğer bir yaklaşım ise bireylerin fiziksel sağlığı ve işlev kaybının yaşam kalitesi ile ilişkilendiren yaklaşımlardır (Bowling 2001). Bu yaklaşım bireylerin sağlık durumu ve organların işlevleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu varsayarak bireylerin sağlık durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini inceler.

Sarvimaki ve Stenbock-Hult (2000) yapmış olduğu çalışmalarında yaşam kalitesi kavramını 3 boyut üzerinden değerlendirmektedir. Bu yaklaşıma göre kişinin kendini iyi hissetmesi (sense of well being) kişinin hayatını anlamlı hissetmesi (meaning) ve kişinin kendini değerli hissetmesi kavramları üzerinden yaşam kalitesini ölçmüşürler. Bu yaklaşımda kişinin maddi refahı, fiziksel çevresi ve sosyo-ekonomik koşulları onun yaşam kalitesine etki eden unsurlardır ancak bu unsurlar yaşam kalitesini her koşulda yükselten etkenler olarak görülmemelidir. Bu yaklaşımda kişinin kendini iyi hissetmesi yaşam memnuniyeti üzerinden ölçülmüş, anlam boyutu yaşamını anlamlı bulup bulmadığı üzerinden ve son olarak değer boyutu ise kendi öz saygısı ve kendini değerli hissedip hissetmediği üzerinden değerlendirilmiştir (Sarvimaki ve Stenbock-Hult, 2000:1027).

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir yapıyı içerdiğinden, incelenen konuya göre ve araştırmacının bu konuya bakış açısına göre değişebilmekte, bu durumda kendisini yaşam kalitesinin ölçümüne ilişkin yaklaşımlarda kendini göstermektedir. Yaşam kalitesi objektif kriterler kadar, bireyin kendi yaşamıyla ilgili algısını belirleyen etmenleri subjektif değerlendirmeye yönelik soruları da içermeli ve bireyin kendi yaşam kalitesini ilgilendiren konularda ne düşündüğünü dikkate almalıdır.

1.2.5.2. Aktif Yaşlanma

21. yüzyıla doğru modern toplumların en önemli sorunlarından birisini, yaşlılık ve yaşlılığa bağlı ortaya çıkacak problemler oluşturmaktadır. 21. yüzyılda yaşlanmak 20.

yüzyılda yaşlanmaktan farklıdır (Canatan, 2008:135) düşüncesi, yaşlılığa ilişkin günümüzde yeni paradigmanın ön plana çıktığını, gerek toplumların gerekse bireylerin “yaşlılığa” ilişkin politikalarında ve kalıp yargılarında önemli değişimlerin yaşandığını göstermektedir. Yaşlılık sosyolojisinde hakim olmaya başlayan yeni paradigma, sağlıklı yaşlanma, iyi yaşlanma, olumlu yaşlanma, başarılı yaşlanma ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990’larda geliştirilen aktif yaşlanma kavramları çerçevesinde, yaşlıların politik, sosyal, ekonomik ve kültürel haklarına karşı duyarlı olmayı ve yaşlı bireylerin öz düşünümsel perspektiflerini geliştirmeye odaklanmayı temel hedef olarak saptamaktadır.

Aktif yaşlanma kavramı Avrupa’da henüz yeni olmasına karşın önemli bir gündem oluşturmasını büyük oranda Dünya Sağlık Örgütü’nün çabaları sayesinde elde etmiştir. ABD’deki geçmişi daha uzundur ve kökleri “başarılı yaşlanma” olarak tanımlanan tartışmaların bulunduğu 1960’lara kadar uzanır. “Başarılı yaşlılık” kavramı yaşlılığın başlangıcını inkâr ederek aktiviteleri ve hayat memnuniyetini devam ettirmek için orta yaşın kaybolan ilişkilerini, aktivitelerini ve rollerini yenileriyle değiştirerek elde edilmesi olarak tanımlanmaktadır. “Başarılı yaşlılık” kavramının sınırlılıkları karşısında, yaşlılığın hem yaşlı bireylerin yaşlılığa ilişkin değerlerinde değişiklik yaratmayı hedefleyen hem de bütün toplumsal bireyleri doğrudan ilgilendiren bir kavram olarak “aktif yaşlanma” kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından vurgulanmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı; “toplum yaşlanırken yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarının en yararlı hale getirme sürecidir” (Canatan, 2008:136) şeklinde tanımlar. Aktif yaşlanmak, ekonomik, toplumsal, siyasal, spor, iş, üretim, kültürel yeteneklerini kullanarak yaşlı yıllarını kaliteli ve verimli yaşayabilmek anlamına gelmektedir. Günümüzün bilinçli insanı dinç, başarılı ve faal yaşlanma üzerine yoğunlaşan, bilimin ve refahın sunduklarını bu yönde değerlendiren, aldığı kadar verebilen insan olarak tanımlanabilir. Bu yeni yaklaşımın arkasındaki düşünce WHO raporlarında şu şekilde ifade edilmiştir; “Hayata yıllar eklenmiştir; şimdi de biz yıllara hayat eklemeliyiz” (Özcan, 2010:42).

Aktif Yaşlanma, yaşlı bireyi başarılı yaşlanma sürecinden sorumlu tutar. Gençlikte kendine bakan, sağlığını koruyan, gerekli yatırımları ve tasarrufları yapan yaşlı birey yaşlılık döneminde de sağlıklı ve aktif olmayı başaracak olan bireydir. Aktif Yaşlanma kavramı, yaşlılığa ilişkin Batı toplumlarında ortaya çıkan “yaşlı sorunlarının” giderek karmaşıklaşması ve diğer toplumlarda da daha fazla görünür hale gelmesi üzerine geliştirilmiş bir bakış açısını ifade eder. Batı toplumlarında artmaya başlamış ve bütün toplumları etkileyen yaşlı sorunları şu şekilde formüle edilebilir:

- 1- Yaşlıların Toplumda Yalnızlaşmaları - Yaşlılarının işten ve hayattan çekilmesi, çocuklarının uzaklaşması;
- 2- Yaşlıların Toplumda Kenarsanmaları - Toplumsal ve ekonomik refahlarından uzakta kalma;

- 3- Yaşlıların Toplumda Güçsüzleştirilmeleri - Yeterliliklerini kullanma alanlarının ellerinden alınması;
- 4- Yaşlıların Toplumdan Dışlanmaları - Duyarsız bir çevrede hayat desteklerinden mahrum kalma, toplumsal yaşama alanlarının dışına itilme (Dülger, 2012:35)

Bu bağlamda yaşlı bireylerin yalnızlaşması, toplumdaki dışlanması, güçsüzleşmeleri ve ekonomik/sosyal hayattan izole edilmeleri karşısında, aktif yaşlanma stratejisi geliştirilmiştir. Bu stratejideki temel vizyon bütün yaşların değerli kılındığı bir paradigmadır. Buna göre herkes değerlidir ve burada yaşları veya diğer kişisel özelliklerine bakılmaksızın herkes için katılım ve katkıda bulunma imkanı vardır. Aktif yaşlanma, yaşlanan bireyler olarak bütün yaşlardan vatandaşların potansiyellerini ve hayat kalitelerini en yükseğe çıkarma, insan sermayesinden en iyi şekilde yararlanma, toplumda yer almayı ve dayanışmayı arttırma, nesiller arası çatışmayı önleme ve daha adil ve kapsayıcı bir toplum yaratma açısından önem arz etmektedir (Özcan, 2010:81).

Aktif yaşlanmanın fiziksel, ruhsal, işlevsel ve sosyal yönleri vardır. Aktif yaşlanma, yaşlanma sürecindeki insanlara sağlık, katılım ve güvenlik açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitesini optimize etmeyi hedefleyen bir sistemdir. Aktif yaşlanma yaklaşımı yaşlanmanın yaşam boyu devam eden bir süreç olarak tanımlar. İnsanların yaşam biçimleri, sosyo-ekonomik durumları, sağlık bakımları, gençlik ve orta yaş dönemindeki entelektüel ve sosyal etkinlikleri yaşamın sonraki yıllarındaki yaşam kalitelerini belirlemektedir (Canatan, 2008:136-137).

Aktif Yaşlanma kavramında şekillendirilen yedi anahtar ilkeyi şöyle özetlemek mümkündür:

1. Her şeyden önce, “aktiflik” ilgili birey, ailesi ve geniş manada yerel toplumun esenliğine katkıda bulunan bütün anlamlı arayışlardan oluşmalıdır ve sadece karşılığı ödenen istihdam veya üretimle ilgili olmamalıdır. Bunun amacı, dahil etmenin önde gelen yöntemi olmaya devam eden istihdamın önemini azaltmak değil aktifliğin karşılığının ödenen işten daha fazlası anlamına geldiğini göstermektir.
2. Aktif yaşlanma bütün yaşlıları, bir ölçüde zayıf ve başkasına bağımlı olanları bile kucaklamalıdır. Bunun nedeni, sadece “genç-yaşlılara” odaklanmanın “yaşlı-yaşlıları” dışlama tehlikesi ve aktiflik ile sağlık arasındaki bağın ileri yaşlılıkta da korunmasıdır.
3. Aktif Yaşlanma her şeyden önce koruyucu bir kavram olmalıdır. Bu da bütün yaş gruplarının bütün bir hayat süresince aktif olarak yaşlanma sürecinde kapsanması anlamına gelir.
4. Nesiller arası dayanışmanın devam ettirilmesi aktif yaşlanmanın önemli bir özelliğidir. Bu da nesilleri kapsayan aktiviteler üretme imkânı olduğu gibi, nesiller arasında adillik anlamına gelmektedir. Aktif yaşlanma nesiller arasıdır, sadece bugünkü yaşlı insanlar değil bizim geleceğimiz de demektir.

5. Aktif Yaşlanma kavramı hem bireylere tanınan hakları, hem de bireylerin uyması gereken kuralları belirlemelidir. Böylece, sosyal koruma, hayat boyu öğretim ve eğitim konusundaki haklar eğitim ve öğretim imkânlarından yararlanma ve diğer yollarla aktif kalma zorunluluğuyla birlikte hareket edilebilir.
6. Aktif Yaşlanma hakkındaki strateji, katılımcı ve yetki verici olmalıdır.
7. Aktif Yaşlanma etnik ve kültürel çeşitliliğe saygı göstermelidir. (Walker'den akt., Özcan, 2010:51-52)

Aktif yaşlanma kavramı, toplumsal kültürün bilinçli hale getirilmesi temeline dayanır. Toplumda yaşayan bütün bireylerin, sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel açıdan sürekli bir “gelişme” ve “aktivite” içerisinde bulunmaları gerektiğini vurgular. Toplumda “yaş” konusundaki bu genel perspektifle birlikte, yaşlanma döneminde “öğrenme” gereksiniminin daha fazla ön plana çıkması, bunun fark edilmesi ve giderilmesi için olanaklar yaratılması, sürekliliğin sağlanması aktif yaşlanmanın desteklenmesi demektir. Çünkü öğrenme üretken olmakla bir arada anılmaktadır. Hem bilişsel işlevlerin kullanılması hem sosyal ilişkilerin kurulması, hem de daha önceden yapamadığı bir işi yapabilmesi yani yeni bir beceri kazanması anlamına gelmektedir ki bu süreç, bireye üretken olma hissini ve doyumunu verecektir (Ünalın,2012:16).

Yaşlanmada ortaya çıkan önemli problemlerden biri de, izole olmaktır. Yaşlının izole olması, sosyal, ekonomik, psikolojik açılardan önemli kayıplara ve sorunlara yol açmaktadır. Bu açıdan aktif yaşlanma stratejisinin en önemli bileşenlerinden biri, yaşlı bireyin izolasyonunun önlenmesidir. Sosyal alanda rol almak bilişsel işlevlerin kullanılmasına yol açarak aktif yaşlanmaya yardım eder. Aynı görüşü destekleyecek şekilde; yalnız ya da izole yaşayan yaşlıların sağlık ve iyilik hallerinin daha kötü olduğu da gösterilmiştir. Yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiş olan sosyal etkinliklerin daha sık yapılabilmesi için yaşlıların bir arada yaşadığı kurumların motive edilmesi ve katılımcılara toplum içinde aktif görevler verilmesi önerilmektedir.” (Ünalın, 2012:16)

Aktif yaşlanma stratejisiyle hayat kalitesinin artırılması, bireylerin çalışma hayatının daha uzun süre devamlılığını sağlar. Bu strateji, yaşlılık politikalarının “yaşlı” insanlardan çıkarılıp bütün topluma uyarlanmasını gerekli kılar. Toplumda yaşayan bütün bireyler, yaşam kalitelerinin artırılması ve nitelikli/bütüncül yaşlanmayı hedeflerler.

Toplumda yaşayan bütün bireyler, aynı projenin birer parçasıdır. “Aktif Yaşlanma”, daha genel olarak, “Hayat Boyu Yaşlanma” stratejisinin öne çıkmasını, genel bir kamusal/sosyal/kültürel bir politika olarak belirlenmesini ve bireyler tarafından bir “değer” olarak içselleştirilmesinin önemini vurgular. Bu ise, kuşaklar arası dayanışmanın artırılmasını, yaşlanmanın bir değer olarak olumlanmasını ve sosyal adalet ilkelerinin bir toplumda geçerli olmasını mümkün kılacaktır.

1.2.6. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Sorunları

Yaşlanma ile bağımlılık artmaktadır. Genel olarak yaşlılar günlük aktiviteleri sırasında yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu destek aile içinde ya da sosyal hizmet uzmanlarının sağlanabilir. Ancak, gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşlıya sunulacak hizmetler, yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını destekleyecek boyutta ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yaşlı hizmetleri birinci basamak hizmetleri içine entegre edilmeli, bunun yanında kronik hastalıklar, psikolojik ve sosyal sorunlar için geriatri klinikleri ve bakımevleri kurulmalıdır. Bu hizmetler önümüzdeki yıllarda Türkiye’nin şiddetle ihtiyaç duyacağı hizmetlerdir (Akgün ve Erdal, 2007).

Türkiye’de yaşlıya yönelik hem birinci basamakta hem ikinci basamakta birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik önlemler yetersizdir. Geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir. Eğitilmiş personel azlığı yaşlının yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşlılara sağlık hizmeti sunumunda psikiyatri hizmeti ile bağlantılı hizmet sunumu göz ardı edilmektedir. Yaşlılara sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanamamaktadır. Toplumun yaşlılık dönemi ve sorunları ile ilgili bilgi düzeyi eksiktir. Yaşlılara uygun sosyal ilişkiler ağı yoktur. Yaşlılar için gerekli araç gereç ve uygun çevre düzenlemesi yoktur (Akgün ve Erdal, 2007;Sağlık Bakanlığı, 2001).

Türkiye Sağlık Bakanlığı önümüzdeki 20 yılın hedefleri içinde, toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 yaş ve üzeri bireylerin oranını en az % 50 arttırmak olarak belirlemiştir (Akgün ve Erdal, 2007;Sağlık Bakanlığı, 2001). Bu hedeflere yönelik olarak; yaşlıların birinci basamak rutin izleme programı kapsamına alınması, yaşlıların uzun süre bakım görebilecekleri sağlık sosyal tesislerin kurulması ve hastanelerden kolay hizmet almalarını sağlayabilecek düzenlemelerin yapılması, yaşlılar ve özürlüler için uygun çevre düzenlemesinin yapılması, evde bakım olanaklarının geliştirilmesi, yaşlıların bilgilendirilmesi stratejileri belirlenmiştir (Akgün ve Erdal, 2007).

Sağlık hizmeti sunumunda yapılması gereken, birinci basamaktan itibaren, yaşlı hizmetlerini sağlık hizmeti içerisine entegre etmektir. Bu bir “Temel Sağlık Hizmeti” anlayışıdır. Yaşlılar evlerinde birinci basamak kurumlar tarafından olası sorunları yönünden takip edilebilmeli ve birincil ve ikincil koruyucu hizmetleri alabilmelidir. Ayrıca ikincil ve üçüncül koruyucu hizmetler için ülke genelinde geriatri klinikleri ve hastaneleri kurulmalıdır (Akgün ve Erdal, 2007).

Sosyal Hizmetler; ev ortamı yaşlının bildiği, içinde kendini güvende hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortam olması nedeniyle çoğu zaman daha güvenlidir. Öte yandan yaşlı bakımı profesyonel bilgi ve tecrübe istemesi nedeniyle huzurevlerine ya da yaşlı bakım evlerine duyulan ihtiyaç göz ardı edilmemelidir. Türkiye’de bulunan huzurevi sayısı yaşlı nüfusa gereken hizmeti verebilecek sayıda görünmemektedir (Akgün ve

Erdal, 2007). Bu yüzden özellikle büyük illerde olmak üzere daha fazla yaşlıya hizmet verecek sayıda huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri yapılmalıdır.

Türkiye’de son yıllarda kronik hastalıkların bakımı ve izlemi için önemli gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 yılları arasında Stratejik Planından bu konuda önemli tespitler yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Bu planda yapılan SWOT analizinde nüfusun yaşlanma eğiliminde olması tehditler arasında sayılmaktadır. Stratejik konular içinde sağlıklı yaşlanmaktan ve birinci basamak uygulamalarının güçlendirilmesi ile ilgili hedefler içerisinde, yaşlı sağlığı hizmetlerini aile hekimliği hizmetlerine entegre etmekten bahsedilmektedir. Ayrıca yaşlı sağlığı ile ilgili aşağıda sıralanan sağlık hizmetlerini geliştirme stratejileri belirlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013):

- Bireyin sağlıklı, güvenli ve sosyal olarak aktif olacağı hayat tarzını benimsetecek sağlıklı yaşlanma programlarını oluşturmak
- Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek için altyapı, eğitim ve teknoloji kapasitesini artırmak
- Sağlık hizmet sunumunda yaşlılara öncelik veren uygulamaları iyileştirmek
- Sağlıklı yaşlanma ve yaşlıların sosyalizasyonu konusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili kurumlarla işbirliği yapmak.

Yine aynı stratejik belgede sağlık turizmi başlığı altında yaşlı bakımı amaçlı sağlık turizmi kapasitesinin ve kalitesinin geliştirilmesinden bahsedilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Ülkemizde son yıllarda kronik hastaların ve yaşlıların takibi açısından önemli hizmetler yapılmaya başlanmıştır. Bunlardan birisi evde bakım hizmetleridir. Evde bakım, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu). Bunların dışında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kanser ve kronik hastalıklardan korunma, sigara ile mücadele kapsamında programlar yürütmektedir.

Yaşlı sağlığı hizmetleri sadece sağlık hizmetleri olarak algılanmamalıdır. Ayrıca sosyal hizmetler ve sürekli bakım hizmetleri de bulunmaktadır. Ülkemizde bu hizmetlerin önemli bir bölümü Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı huzurevlerinde yürütülmektedir. Türkiye’deki Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı ilk huzurevi 1966’da Konya’da, ikincisi de Eskişehir’de açılmıştır.

Ülkemizde Bulunan Huzurevlerinin Sayıları Kapasiteleri ve Doluluk Durumları

| Türü | Sayı | Kapasite | Doluluk |
|--------------------------------------|------------|---------------|--------------|
| Bakanlığa Bağlı Huzurevleri | 107 | 11717 | 10692 |
| Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri | 2 | 566 | 566 |
| Belediyelere Ait Huzurevleri | 20 | 2013 | 1409 |
| Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri | 31 | 2556 | 1789 |
| Azınlıklara Ait Huzurevleri | 7 | 920 | 644 |
| Özel Huzurevleri | 128 | 6422 | 4495 |
| TOPLAM | 294 | 24 194 | 19596 |

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Aralık 2012)

<http://www.eyh.gov.tr/tr/8448/Turkiyede-Yasli-lara-Hizmet-Veren-Kuruluslar> (06.10.2013)

Ülkemizde Bulunan Gündüz Bakımevlerinin Durumları

| Türü | Merkez Sayısı | Üye sayısı |
|---|---------------|-------------|
| Genel Müdürlüğümüze Bağlı Yaşlı Hizmet Merkezleri | 5 | 1100 |
| Özel Yaşlı Hizmet Merkezleri | 1 | 15 |
| Toplam | 6 | 1115 |

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Aralık 2012)

<http://www.eyh.gov.tr/tr/8448/Turkiyede-Yasli-lara-Hizmet-Veren-Kuruluslar> (06.10.2013)

Son yıllarda mevzuatta yapılan bazı değişiklikler ile özellikle riskli gruplara yönelik gündüz bakım hizmetleri daha önem kazanmakta ve giderek daha fazla merkez açılmaktadır.

1.2.6.1. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları

Yaşlılık dönemi mutlaka sağlık sorunu olarak anlandırılmamalıdır. Çünkü bu dönem yaşamın diğer evreleri gibi bir süreci kapsar. Ancak yaşanan fizyolojik süreçler bazı hastalıkların görülmesini kolaylaştırır. Bu da yaşam beklentilerini ve kalitesini olumsuz etkiler. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç yaşlılarda diğer yaş gruplarına göre daha fazladır (Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşlılık döneminin öncelikli sağlık sorunları, kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Bu hastalıkların sıklığı yaş ile birlikte artmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler

yaşlılarda önde gelen hastalık ve ölüm nedenidir. Bununla birlikte kas iskelet sisteminin dejeneratif hastalıkları da önemli sağlık sorunları arasındadır (Akgün ve Erdal, 2007).

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin 2007 yılında yaptığı bir çalışmada 65 yaş ve üzeri 600 kişi ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılanların %60,5'i kendisini sağlıklı ve dinç hissettiğini, %73,2'si düzenli ilaç kullandığını, %65,5'i en az bir kez hastanede yattığını, %48,8'i en az bir kez ameliyat olduğunu ve %6,2'si fiziksel ve zihinsel özrü olduğunu belirtmiştir. Sağlık sorunları arasında en fazla görülen hastalıklar tansiyon, şeker, kalp hastalığı, romatizma, kolesterol, görme sorunları, mide rahatsızlıkları ve kemik erimesidir. İncelenen yaşlıların %16'sı hiçbir sağlık sorunu bildirmemiştir (İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı, 2007).

İncelenen yaşlıların %60'nın kendilerini sağlıklı ve dinç hissettiği görülmektedir. Araştırmacılar bu sonuca psikolojik durumlarının etkili olduğunu görmüşlerdir. Yaşlıların %26,8'i hiç ilaç kullanmazken, diğerleri en az bir ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir (İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı, 2007).

Trabzon'da yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta hipertansiyon prevalansı erkeklerde %33,6, kadınlarda %37,9 olarak, koroner kalp hastalığı prevalansı erkeklerde %22,5, kadınlarda %16,1 olarak bulunmuştur (Yarış ve ark.,2001). Sivas'ta yapılan bir çalışmada, yaşlıların %22,7'sinde koroner hastalık şüphesi, %60,9'unda hipertansiyon saptanmıştır (Koçoğlu ve Ark.,2001). Günay'ın yaptığı bir çalışmada ise, Kayseri'de 65 yaş ve üzeri grubun %69,7'sinde görme problemi, %34,4'ünde işitme problemi, %53,2'sinde yürüme sorunu saptanmıştır (Günay ve ark.,2001).

Chul Won Choi ve arkadaşlarının Seul'de 60 yaş ve üzeri grupta yaptıkları çalışmasında üç yıllık anemi insidansı tüm gruplarda %7,2; 60-69 yaş arasında %4,3; 70-79 yaş arasında %7,4; 80 yaş ve üzeri grupta %18,5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada anemilerin 5 tanesi demir eksikliğine bağlı iken 8 tanesinin kronik hastalık anemisi olduğu gözlenmiştir. Bu hastalıklar arasında diabetes mellitus, osteoartrit, böbrek yetmezliği, hipotiroidi ve malignansilerin bulunduğu görülmüştür (Choi ve ark., 2005). Yaşlanma ile birlikte immünolojik sistemdeki değişimler ve diyabet, malignensi, malnutrisyon, vasküler hastalık ve stres gibi faktörlerin de sinerjik etkileşimi ile tüberküloz, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonları gibi enfeksiyonların görülme sıklığı artmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007).

Türkiye'de ise Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet (UHY-ME) çalışması sonuçlarına göre, 60 yaş ve üzeri grupta Ulusal düzeyde ölüme, hastalık yüküne (DALY) neden olan ilk beş hastalık dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme ve Hastalık Yüküne (DALY) Neden Olan İlk Beş Hastalığın % Dağılımı, UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye

| Ölüme Neden Olan Hastalıklar | % | DALY'e Neden Olan Hastalıklar | % |
|----------------------------------|------|-------------------------------|------|
| İskemik Kalp Hastalığı | 27.0 | İskemik Kalp Hastalığı | 20.4 |
| Serebrovasküler Hastalıklar | 20.7 | Serebrovasküler Hastalıklar | 16.1 |
| KOAH | 9.3 | KOAH | 8.5 |
| Hipertansif Kalp Hastalığı | 4.2 | Diabetes Mellitus | 4.9 |
| Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri | 3.1 | Hipertansif Kalp Hastalığı | 3.9 |

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ankara,2005

Yaşlılık döneminde artan morbitide ve mortalite eğilimi ile birlikte yaşlıların sağlık merkezlerine başvurma sıklığı da ve hastanede yatış süreleri artmaktadır. Ayrıca, kronik hastalıklar ve özürülükteki dramatik artışlar nedeniyle uzun dönem bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır (Sağlık Bakanlığı-Yaşlı Sağlığı, 2002).

1.2.6.2. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu

Araştırmalar, yaşlılarda depresyon sıklığının oldukça yüksek saptandığını göstermektedir. Ankara'da yapılan bir çalışmada; huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 48,1, evde yaşayan yaşlılarda % 24,3 olarak; Hollanda'da huzurevlerinde yapılan çalışmada da major depresyon % 8,1, minör depresyon % 14,1 ve sub-klinik depresyon ise % 24,0 olarak tespit edilmiştir (Maral ve Ark.,2001; Jongenelis ve Ark., 2004). UHY-ME çalışması sonuçlarına göre ulusal düzeyde 60 yaş ve üzeri grupta, sakatlığa ayarlanmış yaşam yıllarına (YLD) neden olan 10 hastalık arasında demanslar ile unipolar depresif hastalıklar bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Yaşlılık döneminde insanlar, somatizasyon gibi çevresel tepkilere karşı çeşitli tepkiler gösterirler. Böylece bedensel yakınmalar ve hipokondriyazis geliştirebilirler. Günlük yaşam içerisindeki çevresel faktörlerin anksiyete yarattığı durumlarda, yaşlı stresi hafifletmek amacıyla etkinliklerini kısıtlayabilir, yeniliklere direnebilir ya da bağımlılık geliştirebilir (Akgün ve Erdal, 2007).

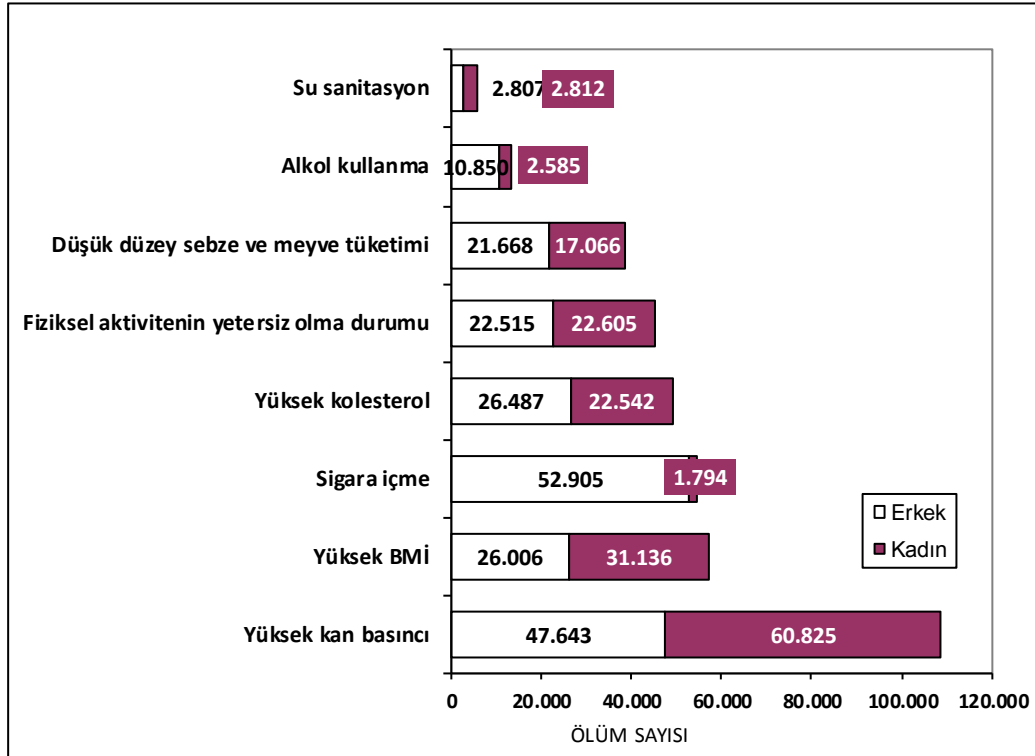
Yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, düşünce hızında yavaşlama olasıdır. Dolayısıyla, yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlemlendiği bir dönemdir (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3. Yaşlı Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik

1.2.6.3.1. Kronik hastalıklardan korunma

Hastalıklardan korunmanın yolu etiyolojilerinin tam ve doğru olarak bilinmesinden geçmektedir. Dolayısıyla nedenin ya da nedenlerin ortadan kaldırılması ile birçok hastalık ve sekeli önleyebilmek mümkün olabilmektedir. Birincil koruma adı verilen bu yöntem daha çok bulaşıcı hastalıklar için geçerli olsa da kronik hastalıklar için de örnek vermek mümkün olmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007). Ülkemizde 2000 yılında seçilmiş bazı risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile engellenebilecek ölüm sayıları aşağıdaki şekilde görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Türkiye Geneline Seçilmiş Risk Faktörlerinin Ortadan Kaldırılması İle Önlenebilecek Ölüm Sayılarının Dağılımı (430.459)



Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara-2005

Ancak yine de, kronik hastalıklarda birincil koruma çok yaygın değildir. Çünkü hastalıkların nedenleri karmaşık ve birden fazladır. Ayrıca, çevresel nedenler, davranış özellikleri, sosyal faktörler hastalık dağılımlarını etkiler. Bunların kontrol altına alınması oldukça zordur. Bu hastalıkların ortaya çıkması için gereken kuluçka dönemi uzun olduğundan, kronik hastalıklarda daha çok ikincil koruma hizmetleri yani erken döneme yönelik tanı hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Bu yüzden hastalığın doğal seyrinin bilinmesi gerekmektedir. Hastalık etkeni ile karşılaşıldığı andan hastalığın sonlanmasına

kadar geçen süreye hastalığın doğal seyri denir. Hastalıkların erken dönemde tanısı için toplum taramaları yapılmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Hekimlik İlkeleri

Yaşlı nüfusa verilmesi gereken hizmetler oldukça karmaşıktır. Çünkü yaşlılık dönemi fiziksel, ruhsal sorunların yanında sosyal problemleri de içermektedir. Bu yüzden yaşlılık döneminin hastalıkları ile mücadelede olayın sosyal boyutu da göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, uygun çevresel düzenlemeleri yapmadan osteoporozun neden olabileceği kırıklarla mücadele etmek kolay olmayacaktır; ya da hava kirliliği kış mevsiminde solunum yolları enfeksiyonlarının daha yüksek mortalitede görülmesine neden olacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini planlarken tüm bu koşulların göz önüne alınması gerekmektedir. Yaşlılık döneminde risk grupları tanımlanmalı ve öncelik bu gruplara verilmelidir (Akgün ve Erdal, 2007);

Yaşlı risk grubu

1. Çok yaşlı grup (80 yaş üzeri)
2. Yalnız başına yaşayanlar (hane halkı bir kişi)
3. Huzurevlerinde yaşayanlar,
4. İzole edilmiş yaşlılar (Tek başına ya da çift olarak)
5. Çocuksuz yaşlılar,
6. Kronik bir hastalığı ya da kendilerinin günlük aktiviteleri yerine getirmede bir yetersizliği olanlar,
7. Yaşlı çiftten birinin kronik bir hastalığı ya da günlük aktivitelerini yerine getirmede bir yetersizliği olanlar,
8. Devlet ya da sosyal kuruluşlardan çok az bir destek görerek yaşayanlar.

1.2.6.3.2.1. Yaşlıların Yalnızlıktan Korunması

Sanayi toplumu ile birlikte aile yapısının değişmesi, yaşlının aileden dışlanmasına ve giderek daha fazla yalnızlaşmana neden olmuştur. Oysa her zaman sorunlarla boğuşan yaşlı, eskiden bu sorunlarını aile içerisinde çözüyor ya da aile bireylerinden destek alıyordu. Ayrıca, aile içerisinde kendisine bir rol biçiliyor, böylece sorumluluk duygusu içerisinde yalnızlaşmadan yaşıyordu. Oysa çekirdek aile ile birlikte geleneksel aile yapısından kaynaklanan bu dayanışma biçimleri giderek azalmaktadır. Öte yandan bilinmektedir ki; yaşlılara yapacakları bir iş ve uğraş bulmak mental bozulmayı ve depresyonu önlemektedir. Hareketleri kısıtlı yaşlılarda yalnızlığı ve bunun sonucu ortaya çıkacak komplikasyonları önlemek için sık sık ziyarete gitmek gerekmektedir (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2.2. Yaşlılara Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Programı Verilmesi

Düzenli, orta düzeyde fiziksel aktivitelere katılmak, fonksiyon kaybını, kronik hastalıkların ya da sekellerinin oluşma riskini azaltır. Örneğin, düzenli orta düzeyde fiziksel aktivite yapmak, kalp hastalığı olanlarda ölüm riskini % 20-25 azaltır (Akgün ve Erdal, 2007). UHY-ME Çalışması sonuçlarına göre düzenli fiziksel aktivite ile 2000 yılında

meydana gelmiş ölümlerin 45.120'nin (430.459 ölüm içerisinde) önlenebileceği tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Yaşlılık döneminde fiziksel aktivitenin faydaları (Akgün ve Erdal, 2007; Yaman H, 2003);

- eklem fleksibilitesinin korunması;
- kas gücünün artırılması;
- kalp ve akciğer fonksiyonlarının geliştirilmesi;
- kemik mineralizasyonuna katkıda bulunması;
- iyi postür oluşturması;
- fizyolojik fonksiyonlara katkıda bulunması;
- yeni yetenekler kazandırması;
- stresle mücadele edilmesi;
- sosyal iletişimin ve yaşam kalitesinin arttırmasıdır.

1.2.6.3.2.3.Beslenme

Toplumun kötü beslenen bir dilimini de yaşlılar oluşturmaktadırlar. Kötü beslenme nedenleri ekonomik, eğitim, dış sorunları ve mental durumları nedeniyledir. Her yaşlının besin gereksinimleri yönünden eğitilmesi ve diyetinin beslenme yönünden denetimi gereklidir. Doymuş yağdan zengin, aşırı tuzlu, sebze ve meyve tüketimi düşük, lifli gıdaların ve vitaminlerin yetersiz alındığı diyetle birlikte hareketsiz yaşam, kronik hastalıklar ve komplikasyonları için oldukça ciddi risk faktörüdür (Akgün ve Erdal, 2007). UHY-ME Çalışması sonuçlarına göre yeterli meyve ve sebze tüketimi ile 2000 yılında meydana gelmiş ölümlerin 38.734'nün (430.459 ölüm içerisinde) önlenebileceği tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

1.2.6.3.2.4.Kazalardan Korunma

Kazanın neden olduğu ölümler arasında düşme başta gelmektedir. Düşmelerin çoğu görme fonksiyonunda yaşla ortaya çıkan yetmezlikten kaynaklanmaktadır. Ev içinde son basamağın fark edilmemesi veya yetersiz aydınlatma düşme için risktir. Bu durum gençlerde düşme nedeni olmaz iken yaşlılarda denge mekanizmasının bozulmasına bağlı olarak düşme nedeni olabilmektedir (Akgün ve Erdal, 2007).

Kaygan yüzeylerde dengeyi kaybetmek de bir başka önemli düşme nedenidir. Buzlanmış bir kapı eşiği ya da bir bahçe yolu tipik ev kazası yerleridir. Küçük paspaslar, altı kaygan halılar, kaygan muşambalar, yere dökülmüş herhangi bir şey, ıslak kaldırımlarda altı lastik ayakkabılarla yürümek de düşmeye yol açan nedenlerdendir (Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşlılıkta sık bir düşme nedeni de beklenmedik yerlerde bulunan objelere takılmaktır. Yaya kaldırımların kenarları, basamakları, eşikler yaşlılar için tehlikeli engellerdir. İlerleyen yaşla kişilerin yürüyüşleri değişmekte, ayaklarını açarak ve yerden fazla kaldırmadan yürüme hakim olmaktadır. Genç yaşlarda uygun olmayan ayakkabılardan

dolayı deforme olmuş ayaklar ve yaşla zayıflamış bir algılama yeteneği de sendelemelere neden olmaktadır (Akgün ve Erdal, 2007).

Ev kazaları arasında üçüncü sırada yer alan zehirlenmeler solunum ya da ağız yolu ile olmaktadır. Koku alma duyuları zayıflayan yaşlılarda, açık unutulmuş havagazi musluklarından ya da üzerinde bir şey unutulmuş ocakların taşma sonucu sönmesi ve açık kalmasından dolayı gazla zehirlenmeler sıktır. Yaşlılarda ağız yolu ile olan zehirlenme durumu kaza ile yüksek dozda ilaç alma ya da yanlış ilaç içme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Özellikle sürekli bir ya da daha fazla ilaç kullanmak zorunda olan yaşlılarda ilacın dozunu, aralıklarını ve alınma zamanını unutma, renkleri ve şekilleri birbirine benzeyen ilaçları karıştırma sık rastlanan bir durumdur. Yukarıda sıralanan olumsuzlukların çevredeki kişilerin eğitimleri ile kolayca sağlanabilir. Güvenli bir çevrenin yaratılması ile yaşlı kazaları önlenabilir (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2.5. İlaç kullanımı

Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıklar, dolayısıyla ilaç kullanımı da artmaktadır. Ancak 65 yaş ve üzeri grupta ilaç tedavisi gençlere göre oldukça karmaşıktır. Bunun yanında araştırmalar her dört kişiden birisine yanlış ilaç tedavisi uygulandığını göstermektedir. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, artan kronik hastalıklara bağlı birden fazla tedavinin kombine bir şekilde uygulanması, hekimlerin işlerini karmaşıklaştıran etkenler arasındadır (Akgün ve Erdal, 2007). Dolayısıyla ilaç tedavisini doğru planlamak ve hastayı sürekli olarak izlemek gerekmektedir. Çünkü, ilaçların vücuttaki hareketlerini belirleyen farmakokinetik ve farmakodinamik olaylarla yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan değişiklikler arasında beklenmeyen etkileşimler görülebilmektedir (Akgün ve Erdal, 2007).

Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı sırasında önemli bir nokta, üçte biri ile yarısının ilaç kullanımına uymadığıdır. Hasta hekim ilişkisinin kopuk oluşu, bilişsel bozukluklar, yan etkiler, reçetelerin tekrarlanmasındaki zorluk, yüksek fiyat, karmaşık ilaç alma programları, hastaların tedaviye inanmamaları ilaç kullanılmamasının nedeni olabilir (Akgün ve Erdal, 2007).

Hastanın ilaçlarını düzenli kullanmasını sağlamak için (Akgün ve Erdal, 2007);

- Hastaya, hastalığı ve tedavi programı nedenleri ile birlikte anlayacağı dilde anlatılmalıdır.
- Bilişsel fonksiyon bozuklukları olanlarda akrabaları ya da hastaya bakan kişiye anlatılmalıdır.
- Hastadan kullanmakta olduğu tüm ilaçların kutularını getirmesi istenmelidir.
- Her kontrolde kullandığı ilaçların azaltılması için tedavi programı gözden geçirilmelidir.
- Tedavinin ekonomik boyutu da değerlendirilmelidir.

- Olabildiğince günde tek doz kullanılan ilaçlar tercih edilmelidir.
- İlaç tedavisindeki en önemli faktörün hekimin hastayla olumlu ilişkisinde yattığı unutulmamalıdır.

1.2.6.3.2.6. Ayak Bakımı

Yaşlılarda, özellikle diyabetik yaşlılarda ayak bakımı çok önemlidir. Kan akımı yetersiz olduğundan ayak ve parmakların derisi travma ve ülserasyona ileri derecede duyarlıdır. Ayakların günlük bakımı, yıkanması, kurulanması, yağlanması önemlidir. Zira ayaktaki ülserin tedavisi korunmaya göre çok güçtür (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2.7. Sigaranın Bırakılması

Yaşlılarda tütün alışkanlığına son verilmesi aşağı solunum yolu enfeksiyonları sıklığının azalması, bunların ağırlık ve komplikasyonlarının önlenmesi, periferik damar hastalıkları riskinin azaltılması ve kalp hastalıkları için yararlı etkileri bulunmaktadır. UHY-ME Çalışması sonuçlarına göre sigara kullanımının engellenmesi ile 2000 yılında meydana gelmiş ölümlerin 54.699'nun (430.459 ölüm içerisinde) önlenebileceği tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

1.2.6.3.2.8. Aşılama Programları

Türkiye'de yaşlılara yönelik sistematik aşılama programı bulunmamaktadır. Ancak, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yaşlı nüfus özelliklerine yönelik olarak aşılama programı entegre edilmelidir (Akgün ve Erdal, 2007; Bouree, 2003).

Kronik solunum ve kalp sistemi hastalığı olan yaşlılar için influenza (grip) önemli ve mortalitesi yüksek bir bulaşıcı hastalıktır. İnfluenza aşısının konjestif kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, kronik ağır anemiler, immünosupresif tedavi alanlar ve 65 yaş üzerindeki tüm yaşlılara yapılması önerilmektedir. Her yıl gribal enfeksiyonların sık görüldüğü kış mevsimi öncesi tekrarlanmalıdır (Akgün ve Erdal, 2007; Bouree, 2003).

Pnömonokok enfeksiyonları, morbidite ve mortalite yönünden 65 yaş üzerindeki etkileyen bir hastalık olduğundan, alkolizm, diabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, kronik kalp hastalığı ve kronik böbrek yetmezliğindeki tüm yaşlılara önerilmektedir (Akgün ve Erdal, 2007; Bouree, 2003).

Yaşlıların çok sık kaza geçirmeleri sonucu tetanoz ciddi bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Herhangi bir yaralanma sonrasında son aşı tarihi 10 yıldan önce ise tek doz aşı yapılmalıdır (Akgün ve Erdal, 2007; Bouree, 2003).

1.2.6.3.2.9. Görme ve İşitmenin Korunması

Yaşlılarda önlenebilir körlük ve sağırılıkların tanısını koyabilmek için, sürekli olarak oftalmolojik ve odimetrik değerlendirilmelerden geçirilmelidir (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2.10. Nöro-Psikiyatrik Fonksiyonlar

Nöropsikiyatrik fonksiyonların korunmasında amaç, vücut sağlığının her yönden sürdürülmesidir. Nöropsikiyatrik fonksiyonların bir diğer yönü sosyal yönüdür. Mental etkinliğin sürdürülmesi için dış dünyadan sürekli duyu algılamaları sürdürülmelidir. Nöropsikiyatrik bozulmanın belirlenmesinde genellikle bir yakının kaybedilmesi, hastalık nedeni ile eve kapanıp kalma, hastaneye yatırılmaya neden olmaktadır. Hastaneye yatmalarda yaşlı yanında birinin kalması ya da sık ziyarete izin verilmesi önerilmektedir (Akgün ve Erdal, 2007).

1.2.6.3.2.11. Anemi Araştırması

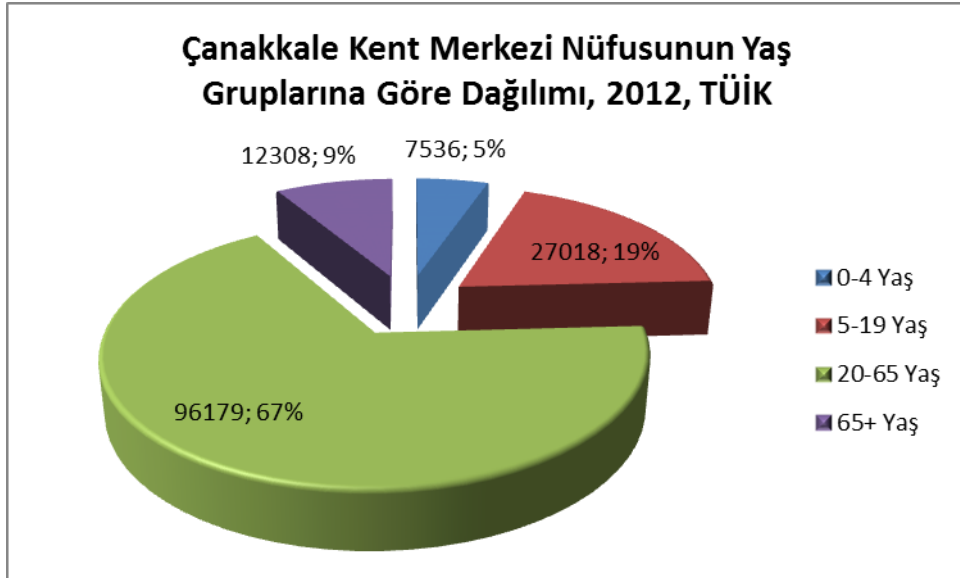
Yaşlı kişilerde anemi görülme sıklığı diğer yaş gruplarına göre fazla değildir. Prevelans % 2 dolayındadır. En sık anemi nedeni demir eksikliği anemidir. Anemik yaşlılarda gizli kanama odağı, malnütrisyon ve gizli enfeksiyon araştırılmalıdır. Nedeni bulunmadan tedaviye başlamaktan kaçınmak gerekir (Akgün ve Erdal, 2007).

II. BÖLÜM

2.1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın yapılacağı Çanakkale Merkez ilçesinin 2012 yılı nüfusu Adrese Dayalı Nüfus kayıt sistemine göre 143.041'dir. Bu nüfusun 72.798'i erkek, 70.243'ü kadındır. Çanakkale il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfus (bağlı köyler dâhil) 12308 kişidir (%8,6). Bu nüfusun 5520'si (%44,8) erkek, 6788'i de (%55,2) kadınlardan oluşmaktadır. Çanakkale il merkezi nüfusunun %77,7'si şehir merkezinde yaşarken %22,3'ü belde ve köylerde yaşamaktadır. Bu noktadan yapılan bir tahminle il merkezinde 65 yaş ve üzerinde yaklaşık 9563 kişi (8500-10000) bulunması beklenmektedir.



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. 2013 Ankara

Bu araştırmanın amacı, Çanakkale ili merkez ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri insanların sosyo-kültürel, ekonomik durumları ve sağlık sorunları hakkında bilgi edinmek ve bunun yaşam kalitesi ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırma kapsamına giren birçok konuda bilgi edinilmesi amaçlanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evren oranını (hızını) tahmin etmek için kullanılan örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır. Bu formülde olayın görülüş sıklığı, birden fazla konu araştırıldığı için, hızın bilinmediği durumlarda alınan $P=0,50$ değeri olarak alınmıştır. Örneklem sayısının hesaplanması için aşağıda belirtilen evrendeki birey sayısının bulunduğu durumlardaki formülü kullanılarak hesaplanmış, 961 kişi olarak belirlenmiştir. Bu formülde evren değeri (N) için Çanakkale ilinde ikamet etmekte olan 65 yaş ve üzeri

nüfus (9565) alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında 1001 kişi ile görüşülmüştür.

$$n = \frac{N [Z^2_{\alpha/2} P(1-P)]}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

n: Örneklem Büyüklüğü(**961**)

N: Evren Büyüklüğü(**9565**)

Z²_{α/2} : İstenilen yanılma düzeyinde iki yönlü hipoteze göre T tablosundan elde edilen sabit değer(**1,96**)

P: İncelenecek olayın görülme sıklığı(**0,50**)

D: İncelenecek olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma(**0,03**)

Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmada basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmıştır.

2.1.2. Kapsam ve Sınırlılıklar

Çanakkale kent merkezinde yaşayan yaşlıların adreslerine dair yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yaşlı nüfusa ilişkin hali hazırda bir veri tabanının bulunmaması araştırmamızın örnekleminin oluşturulması süreci açısından temsil kısıtlılıkları yaratmıştır.

2.1.3. Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar

Bu araştırma Çanakkale Belediyesi, Altın Yıllar Yaşam Merkezi Proje uzmanları, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim elemanları tarafından yürütülmüştür.

Araştırmanın anket formunun hazırlanması Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim üyeleri tarafından yapılmıştır.

Veri toplama aşaması için Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi kapsamında oluşturulan anketör ekibi kullanılmıştır. Bu amaçla Merkez bünyesindeki uzmanların denetiminde 10 kişilik bir ekip oluşturulmuş ve görüşmeler bu ekip tarafından yapılmıştır.

Anketörlere öğretim elemanları tarafından eğitim verilmiş olup, 30 kişilik ön deneme yapılmıştır. Yapılan ön deneme sonucunda anket formuna son hali verilmiştir.

Bu araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak yapılmıştır. Çanakkale Belediyesi'nde kayıtlı bulunan kentte yaşayan yaşlı nüfusa ilişkin listelerinden de yararlanılarak, her mahallede hane ziyaretleri yapılmış ve yaşlıların en sık bir araya geldikleri sosyal mekanlara gidilmesi suretiyle anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

2.1.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Bu araştırmada anket formu kullanılmıştır. Anket formu demografik özellikler, yaşlılığa yüklenen anlamlar, gündelik yaşam aktiviteleri, yaşlılıkta yaşam kalitesi ve sosyal network, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık sorunları, zararlı alışkanlıklar ile Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) bölümlerinden oluşmuştur.

EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8): Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2010 yılında yapılan bu ölçek, WHOQOL-Bref ölçeğinden üretilmiş olan genel amaçlı sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğidir. İki genel soru olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri 5'li Likert tipindedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Bu nedenle Türkçe sürümde bu iki sorunun hiçbirinin yanıtsız olmaması istenmektedir. Bu 6 soru: enerji (s3), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (s4), kendinden hoşnut olmak (s5), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (s6), para (s7) ve yaşanılan evin koşulları (s8) ile ilgili sorulardır (Eser ve arkadaşları, 2010).

Puan arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği ölçek, özellikle farklı grupların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve bu anlamda risk gruplarının tanımlanmasında kullanılmıştır.

2.1.5. Araştırmanın Süresi

Bu araştırmanın uygulanması için gerekli izinlerin finansmanın sağlanmasından itibaren 6 aylık bir sürede tamamlanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamaları aşağıdaki takvimde görülmektedir.

Araştırma Takvimi

| İş Paketi | MAYIS | | HAZİRAN | | TEMMUZ | | AĞUSTOS | | EYLÜL | | EKİM | |
|--|-------|-------|---------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|------|-------|
| | 1-15 | 15-31 | 1-15 | 15-30 | 1-15 | 15-31 | 1-15 | 15-30 | 1-15 | 15-30 | 1-15 | 15-31 |
| Araştırmanın planlanması | | | | | | | | | | | | |
| Literatür derlenmesi | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| Anket formunun hazırlanması | | *** | *** | | | | | | | | | |
| Ön denemelerin yapılması | | | *** | | | | | | | | | |
| Anket formuna son halinin verilmesi | | | | *** | | | | | | | | |
| Saha Araştırmasının Uygulanması | | | | | | | | | | | | |
| Eğitimlerin verilmesi | | | | | | *** | | | | | | |
| Anketlerin uygulanması | | | | | | | *** | *** | *** | | | |
| Verilerin bilgisayar aktarılması | | | | | | | | | *** | *** | | |
| Veri kontrolü | | | | | | | | | | *** | | |
| Analiz ve Raporlama | | | | | | | | | | | | |
| Analizlerin yapılması | | | | | | | | | | | *** | |
| Raporun yazılması | | | | | | | | | | *** | *** | |
| Raporun kontrol edilmesi | | | | | | | | | | | | *** |
| Raporun teslim edilmesi | | | | | | | | | | | | *** |
| Raporun basılması | | | | | | | | | | | | *** |

2.1.6. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırmanın verileri elektronik ortamda toplanarak, SPSS paket programına aktarılmıştır. Analizler bu programda yapılmıştır. Tanımlayıcı değişkenlerin gösterilmesinde yüzdeler, ortalama, standart sapma (SS), ortanca, minimum, maksimum kullanılmıştır. Bağımlı, bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Ki-Kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi ile Kendall Sıra Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirme için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

2.1.7. Araştırmanın Finansmanı

Bu araştırma Güney Marmara Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen Çanakkale Belediyesi'nin Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi çerçevesinde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyoloji Bölümü öğretim elemanlarından Doç. Dr. Şeref ULUOCAK, Doç. Dr. Cumhuri ASLAN, Yrd. Doç. Dr. Gökhan GÖKULU ve Araş. Gör. Olgun BİLİR ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanı Doç. Dr. Coşkun BAKAR arasındaki protokol kapsamında gerçekleştirilmiştir.

2.1.8. Etik Değerlendirme

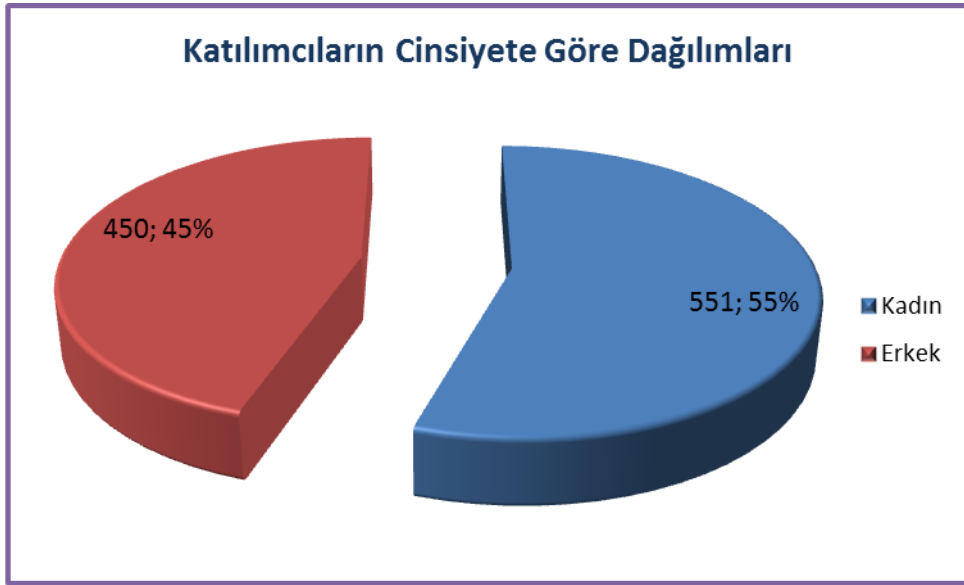
Bu araştırma 65 yaş ve üzeri kişilere yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Anketörler Sosyoloji Bölümü öğretim üyeleri tarafından eğitilmiş ve Altın Yıllar Yaşam Merkezi proje uzmanları gözetiminde görüşmeler yapılmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına göre yapılmış olup katılmak istemeyenler dâhil edilmemiştir. Ayrıca anket sırasında yaşlılar istedikleri anda çalışmadan çekilme haklarını kullanmışlardır. Çalışma öncesinde çalışmanın amacı, verilerin nasıl değerlendirileceği, nasıl saklanacağı konusunda kendilerine yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır.

III. BÖLÜM

3.1. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

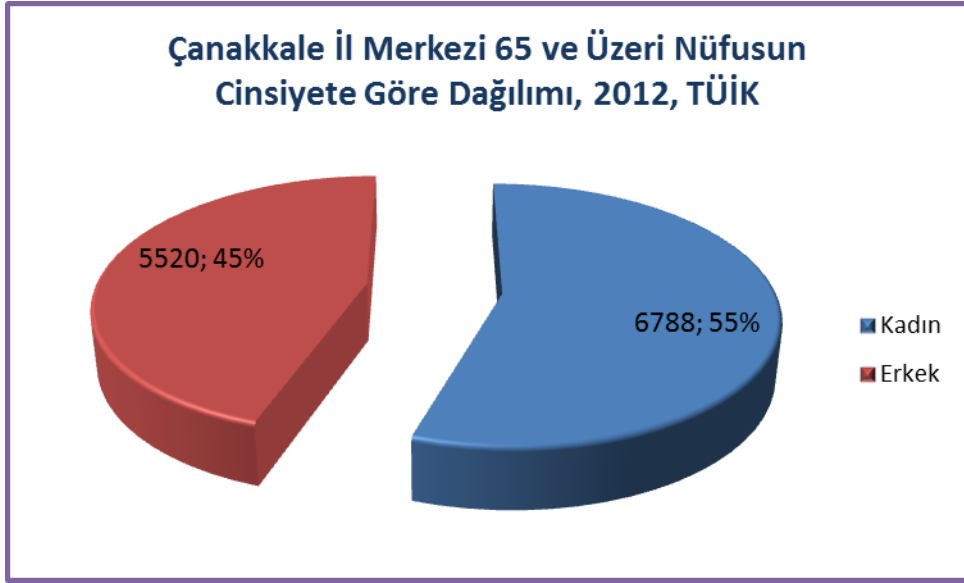
3.1.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3.1.1.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları



Bu araştırmada 65 yaş üzeri toplam 1001 kişi ile görüşülmüştür. Örneklemimize dâhil olan katılımcıların %55'i (551 kişi) kadın, %45 (450 kişi) erkektir. Örnekleme dahil olan katılımcıların cinsiyete göre oranları TÜİK'in 2012 nüfus istatistiklerindeki Çanakkale ili cinsiyet dağılımı oranları ile benzerlik göstermektedir.

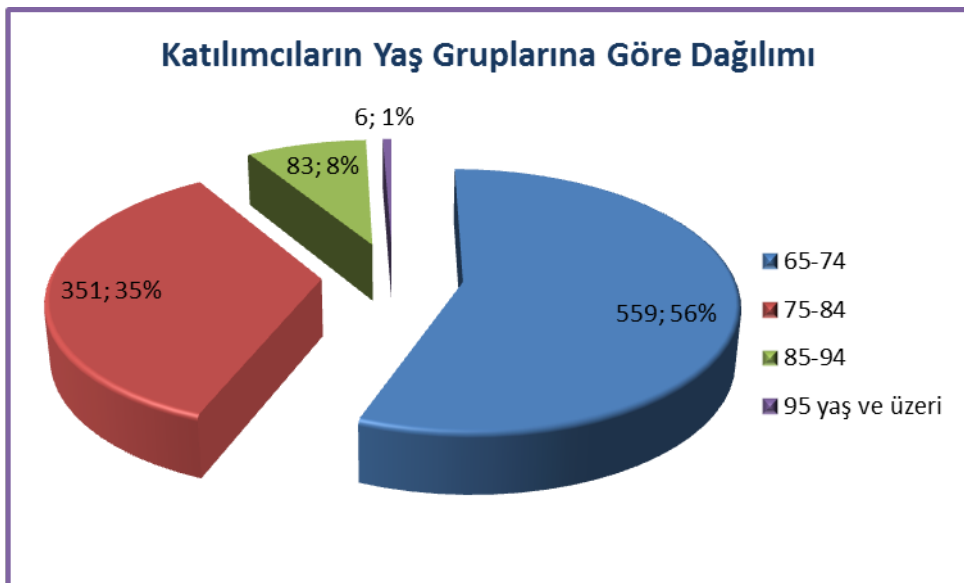
3.1.1.2. Çanakkale İli 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımları (TÜİK)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. 2013 Ankara

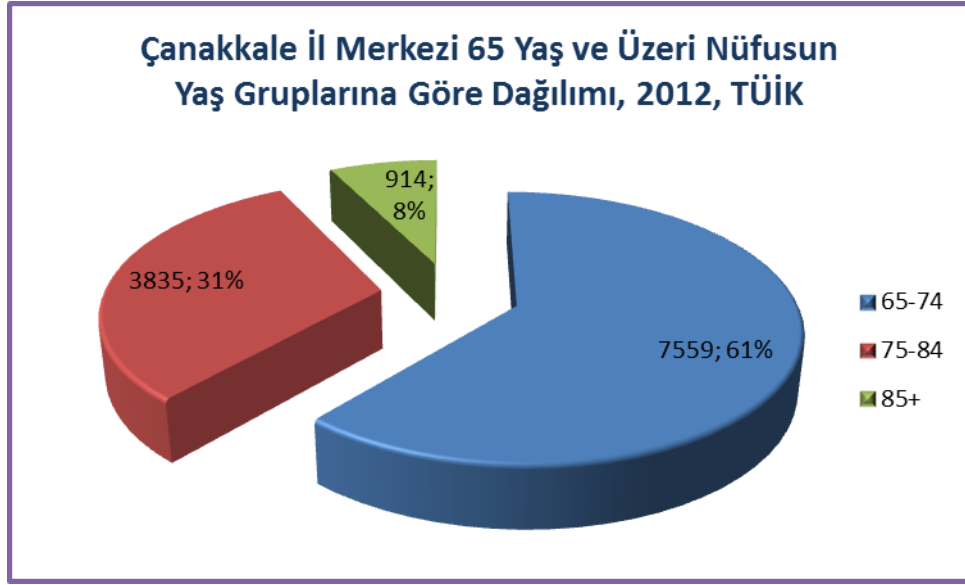
Çanakkale Merkez ilçesinin toplam nüfusu 143041 olup, şehir merkezi nüfusu 111137'dir. Merkez ilçede nüfusun %78'i şehir merkezinde yaşamaktadır. Çanakkale merkez ilçesine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri nüfus 12308 kişidir. Bu nüfusun %55'ni kadınlar, %45'ni erkekler oluşturmaktadır (TÜİK, 2013).

3.1.1.3. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



65 yaş ve üzerindeki yaş kategorisindeki kentli nüfus üzerinde gerçekleştirilmiş olan çalışmamız kapsamında; katılımcıların yaş kategorileri açısından en yüksek oranda %56 (559 kişi) ile “65-74” yaş kategorisinde yer aldıkları gözlemlenmektedir. Bu oranı %35 (351 kişi) ile “75-84”, %8 ile “85-94” yaş kategorisinin ve %1 ile “95 yaş ve üzeri” yaş kategorisindeki katılımcıların takip ettikleri görülmektedir.

3.1.1.4. Çanakkale İli 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımları (TÜİK)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. 2013 Ankara

Bir önceki grafikte yer alan, araştırmanın örnekleminde yer alan katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı ile yukarıdaki grafikte yer alan TÜİK verilerinin uyumluluk göstermesi önemlidir.

TÜİK verilerine bakıldığında, 2012 yılında Çanakkale il merkezindeki yaşlı nüfusunun %61'inin 65-74 yaş aralığında, %31'inin 75-84 yaş aralığında ve %8'inin de 85 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir.

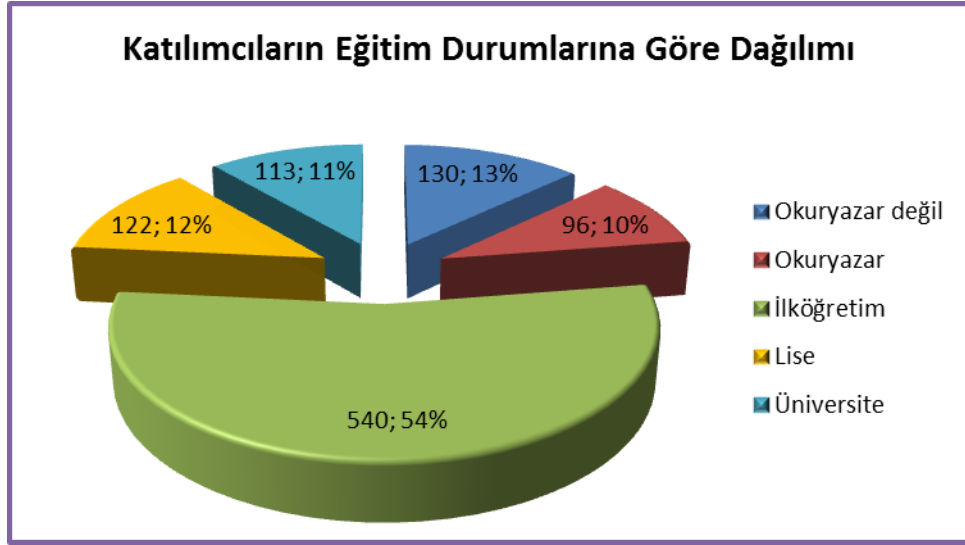
3.1.1.5. Katılımcıların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımları

| Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılım | | | | | |
|--|-----------------|---------|----------|--------|--------|
| | | | Cinsiyet | | Toplam |
| | | | Kadın | Erkek | |
| Yaş Grupları | 65-74 | Sayı | 302 | 257 | 559 |
| | | % Satır | 54,0% | 46,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 55,0% | 57,1% | 56,0% |
| | 75-84 | Sayı | 193 | 158 | 351 |
| | | % Satır | 55,0% | 45,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 35,2% | 35,1% | 35,1% |
| | 85-94 | Sayı | 52 | 31 | 83 |
| | | % Satır | 62,7% | 37,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 9,5% | 6,9% | 8,3% |
| | 95 yaş ve üzeri | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | | % Satır | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | | % Sütun | 0,4% | 0,9% | 0,6% |
| Toplam | Sayı | 549 | 450 | 999 | |
| | % Satır | 55,0% | 45,0% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Frekans oranı düşük olan “95 yaş ve üzeri” yaş kategorisi dışında, 65 yaş ve üzeri yaş kategorilerinin tamamında “kadınların” oranının “erkeklerin” oranından yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

İncelenenlerin yaş ortalaması $74,1 \pm 6,8$ 'dir (Ortanca 73,0 Min-Maks:65-100). Kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla $74,1 \pm 7,0$; $74,1 \pm 6,7$).

3.1.1.6. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %54'lük (540 kişi) büyük bir oranının İlköğretim mezunu oldukları görülmektedir. Okur-yazar olmayan katılımcı oranı %13'tür (130 kişi).

Üniversite düzeyinde eğitim gören katılımcıların örneklem içindeki oranı %11'dir (113 kişi). Bu oran içinde ön lisans yapanların, örnekleme dâhil olan katılımcılar içindeki oranı %2 (20 kişi); lisans düzeyinde öğrenim görenlerin %8,6 (86 kişi) ve lisansüstü öğrenim görenlerin oranı ise %0,7'dir (7 kişi).

Katılımcılardan lisans-üstü öğrenim görmüş olan 7 kişiden, 2 si "doktora", 5'i ise "yüksek lisans" yapmış olduklarını ifade etmişlerdir.

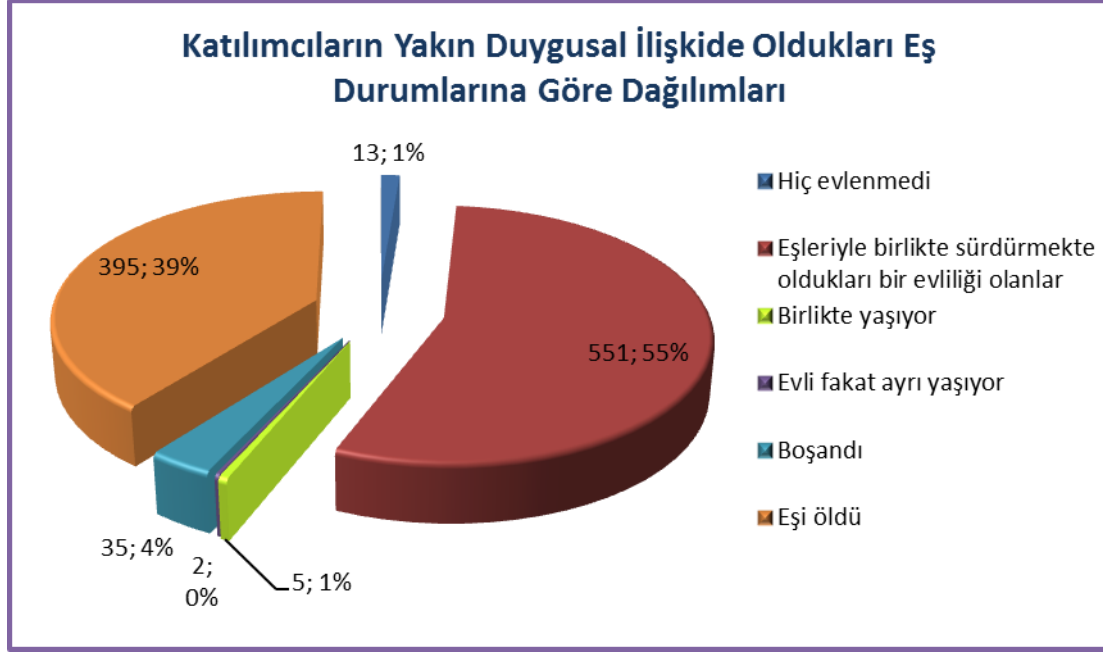
3.1.1.7. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

| Cinsiyet ve Eğitim Durumuna Göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|----------|---------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| | | | Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
| | | | Okuryazar değil | Okuryazar | İlköğretim | Lise | Üniversite | |
| Cinsiyet | Kadın | Sayı | 103 | 63 | 308 | 51 | 26 | 551 |
| | | % Satır | 18,7% | 11,4% | 55,9% | 9,3% | 4,7% | 100,0% |
| | | % Sütun | 79,2% | 65,6% | 57,0% | 41,8% | 23,0% | 55,0% |
| | | % Toplam | 10,3% | 6,3% | 30,8% | 5,1% | 2,6% | 55,0% |
| | Erkek | Sayı | 27 | 33 | 232 | 71 | 87 | 450 |
| | | % Satır | 6,0% | 7,3% | 51,6% | 15,8% | 19,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 20,8% | 34,4% | 43,0% | 58,2% | 77,0% | 45,0% |
| | | % Toplam | 2,7% | 3,3% | 23,2% | 7,1% | 8,7% | 45,0% |
| Toplam | Sayı | 130 | 96 | 540 | 122 | 113 | 1001 | |
| | % Satır | 13,0% | 9,6% | 53,9% | 12,2% | 11,3% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 13,0% | 9,6% | 53,9% | 12,2% | 11,3% | 100,0% | |

Cinsiyete göre katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu gözlemlenmektedir ($p < 0.05$, $sd=4$, Chi-square=91,450).

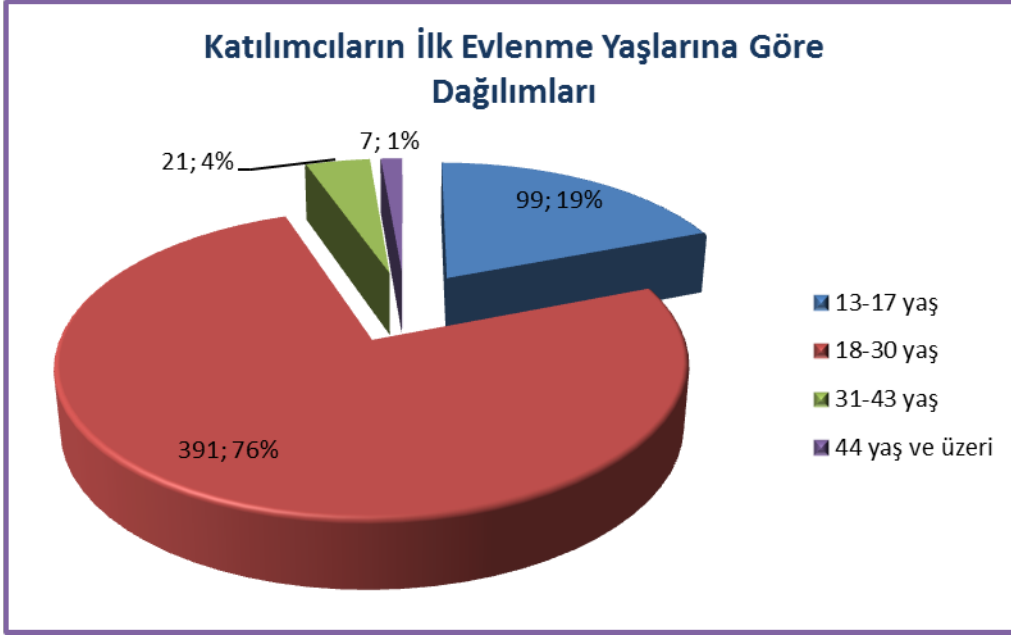
“Okur yazar olmayan” katılımcıların, %79,2’si “kadın”, %20,8’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır. “Kadın” katılımcıların, %18,7’si “okur-yazar değil” iken “erkek” katılımcıların %6’sı “okur-yazar değil”dir. “Üniversite mezunu olan” katılımcıların %23’ü kadın katılımcılardan oluşurken, bu oran erkek katılımcılarda %77’dir.

3.1.1.8. Katılımcıların Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Eş Durumlarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %55'inin eşleriyle birlikte sürdürmekte oldukları bir evliliklerinin olduğu ve yaşamı eşleri ile paylaştıklarını ifade ettikleri görülürken; %39'unun "eşlerinin vefat etmiş" olduğu; %4'ünün (35 kişi) "boşanmış" oldukları; %1'inin (13 kişi) "hiç evlenmemiş oldukları"; %1'inin (5 kişi) "birlikte yaşadığı"; %1'inin (2 kişi) "evli fakat ayrı yaşamakta" olduklarını ifade ettikleri görülmüştür.

3.1.1.9. Katılımcıların İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımları

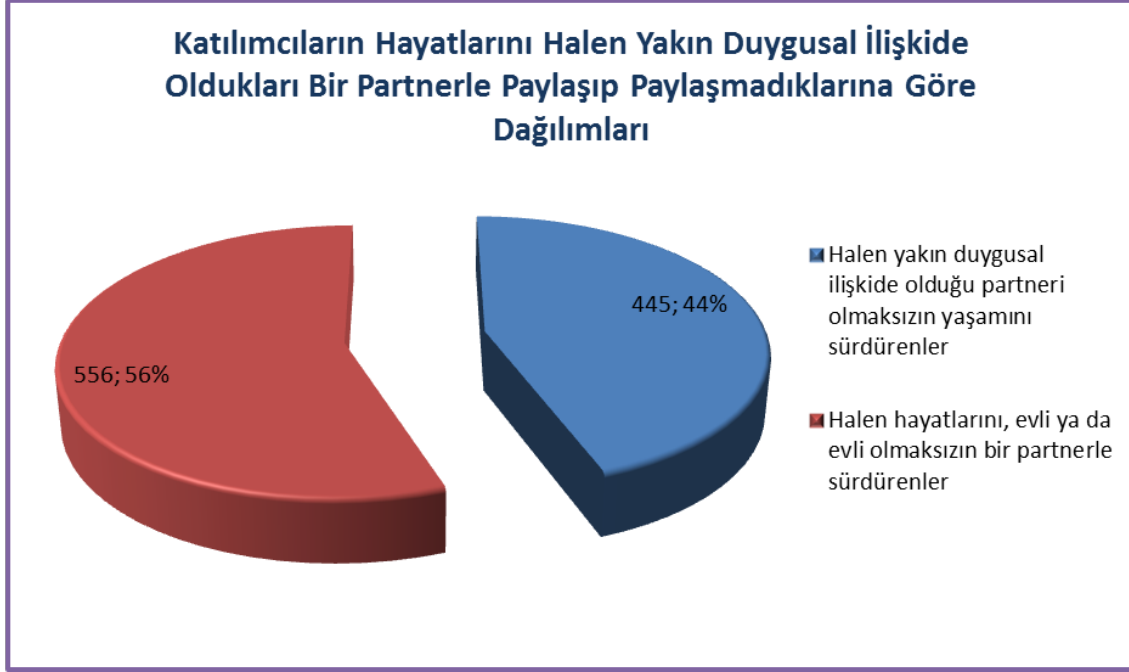


Katılımcılardan yaklaşık olarak her 5 kişiden birinin, bir başka deyişle de %19'unun (99 kişi) ilk evliliklerinin "13-17 yaş" kategorisinden gerçekleşmiş olduğu görülmektedir.

"18-30 yaş" kategorisinde ilk evliliklerini yapmış olanların oranı %76'dır (391 kişi).

"31-43 yaş" kategorisinde ilk evliliklerini yapmış olanların oranı % 4 (21 kişi) iken, "44 yaş ve üzeri yaş" kategorisinde ilk evliliklerini yapmış olanların oranı %1'dir (7 kişi).

3.1.1.10. Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %56'sının halen hayatlarını, evli ya da evli olmaksızın "yakın duygusal ilişki içinde oldukları, partnerleri ile birlikte (eş, nişanlı, sevgili vb.) sürdürmekte oldukları; %44'ünün ise "eşin vefatı, boşanma, hiç evlilik yapılmaması vb gerekçelerle" yakın duygusal ilişkide oldukları partnerleri olmaksızın yaşamlarını sürdürmekte oldukları tespit edilmiştir.

3.1.1.11. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Sahibi Olma İlişkisi

| Cinsiyet ve Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılım | | | | | |
|---|-----------------|---------------|---|--|---------------|
| | | | Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları | | Toplam |
| | | | Halen yakın duygusal ilişkide olduğu partneri olmaksızın yaşamını sürdürenler | Halen hayatlarını, evli ya da evli olmaksızın bir partnerle sürdürenler | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 342 | 209 | 551 |
| | | % Satır | 62,1% | 37,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 76,9% | 37,6% | 55,0% |
| | | % Toplam | 34,2% | 20,9% | 55,0% |
| | Erkek | Sayı | 103 | 347 | 450 |
| | | % Satır | 22,9% | 77,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 23,1% | 62,4% | 45,0% |
| | | % Toplam | 10,3% | 34,7% | 45,0% |
| Toplam | Sayı | 445 | 556 | 1001 | |
| | % Satır | 44,5% | 55,5% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 44,5% | 55,5% | 100,0% | |

Hayatlarını “partnerleri olmaksızın sürdürenlerin” %76,9’u “kadın”, %23,1’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır. “Kadınların” %62,1’i “partnersiz”, %37,9’u “partnerleri” ile yaşamlarını sürdürmekte iken, “erkeklerin” %22,9’u “partnersiz”, %77,1’inin ise “partnerleri ile birlikte” yaşamlarını sürdürmekte oldukları tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre, katılımcıların “partnerli” ya da “partnersiz” olarak yaşamlarını devam ettirme eğilimleri arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir (p<0.05, sd=1, Chi-square=153,991, Continuity Correction=152,408).

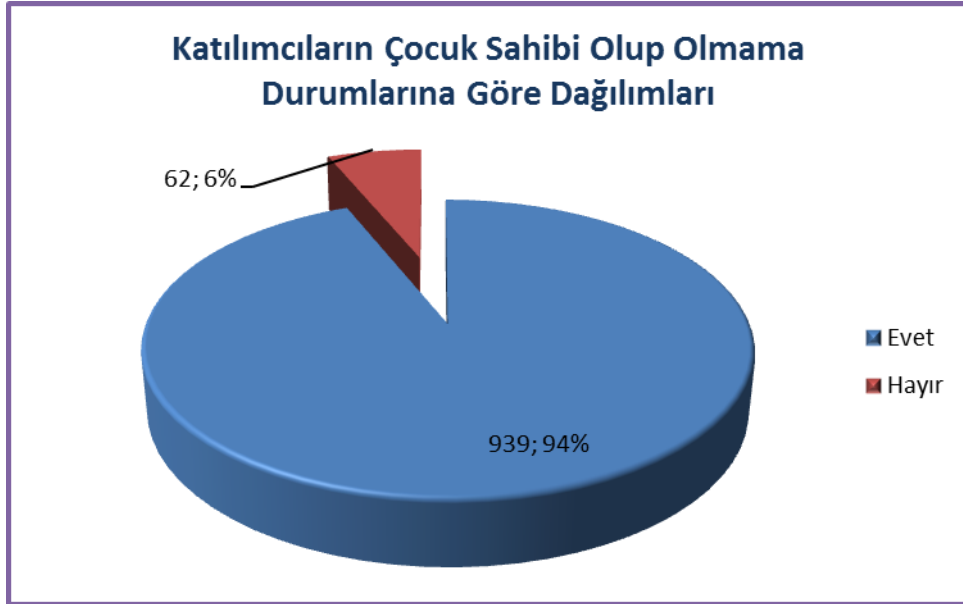
3.1.1.12. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları

| Eğitim Durumu ve Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları | | | | | |
|--|------------------------|---------------|---|--|---------------|
| | | | Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları | | Toplam |
| | | | Halen yakın duygusal ilişkide olduğu partneri olmaksızın yaşamını sürdürenler | Halen hayatlarını, evli ya da evli olmaksızın bir partnerle sürdürenler | |
| Eğitim Durumuna Göre Dağılım | Okuryazar değil | Sayı | 94 | 36 | 130 |
| | | % Satır | 72,3% | 27,7% | 100,0% |
| | | % Sütun | 21,1% | 6,5% | 13,0% |
| | | % Toplam | 9,4% | 3,6% | 13,0% |
| | Okuryazar | Sayı | 54 | 42 | 96 |
| | | % Satır | 56,2% | 43,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 12,1% | 7,6% | 9,6% |
| | | % Toplam | 5,4% | 4,2% | 9,6% |
| | İlköğretim | Sayı | 235 | 305 | 540 |
| | | % Satır | 43,5% | 56,5% | 100,0% |
| | | % Sütun | 52,8% | 54,9% | 53,9% |
| | | % Toplam | 23,5% | 30,5% | 53,9% |
| | Lise | Sayı | 41 | 81 | 122 |
| | | % Satır | 33,6% | 66,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 9,2% | 14,6% | 12,2% |
| | | % Toplam | 4,1% | 8,1% | 12,2% |
| | Üniversite | Sayı | 21 | 92 | 113 |
| | | % Satır | 18,6% | 81,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 4,7% | 16,5% | 11,3% |
| | | % Toplam | 2,1% | 9,2% | 11,3% |
| Toplam | Sayı | 445 | 556 | 1001 | |
| | % Satır | 44,5% | 55,5% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 44,5% | 55,5% | 100,0% | |

“Okur-yazar olmayanların” %72,3’ünün partnersiz, %27,7’sinin hayatlarını bir partnerle paylaşarak sürdürdükleri görülürken; “Üniversite” mezunu katılımcıların %18,6’sının partnersiz, buna karşın %81,4’ünün ise bir partnerle yaşamlarını paylaştıkları gözlemlenmektedir.

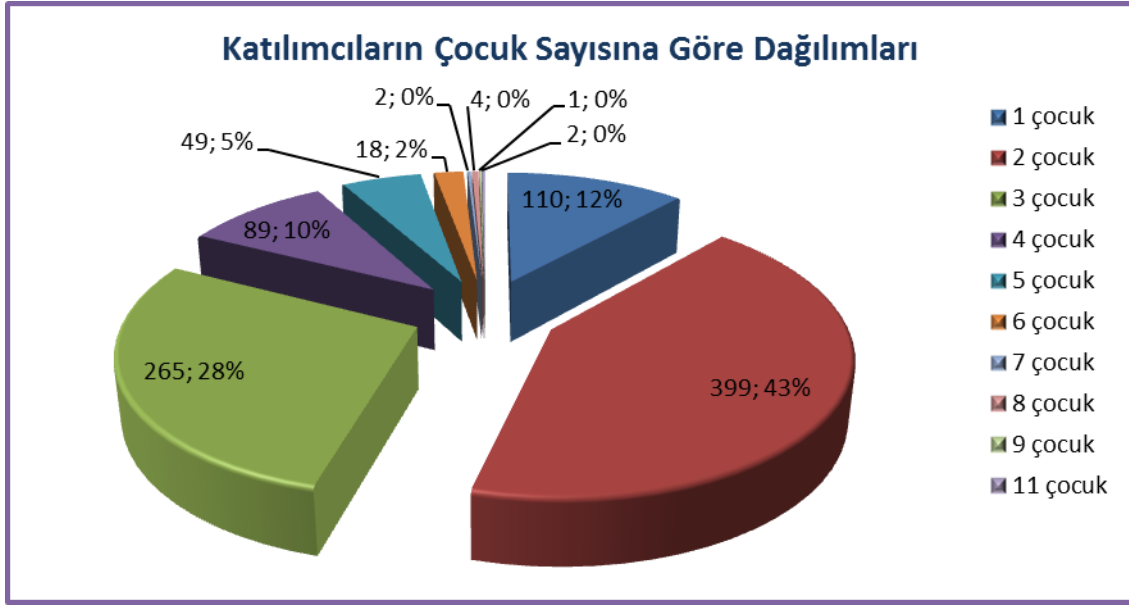
Eğitim durumuna göre, katılımcıların “partnerli” ya da “partnersiz” olarak yaşamlarını devam ettirme eğilimleri arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$, $sd=4$, $\text{Chi-square}=82,887$).

3.1.1.13. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımları



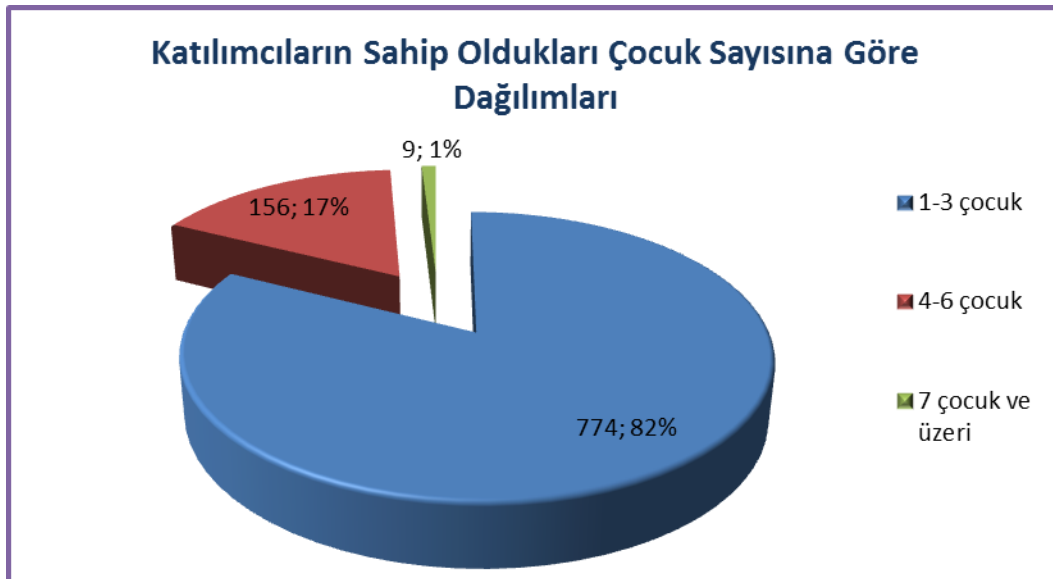
Katılımcıların %94’ünün (939 kişi) en az bir çocuğunun bulunduğu, %6’sının (62 kişi) ise çocuk sahibi olmadıkları görülmüştür.

3.1.1.14. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları



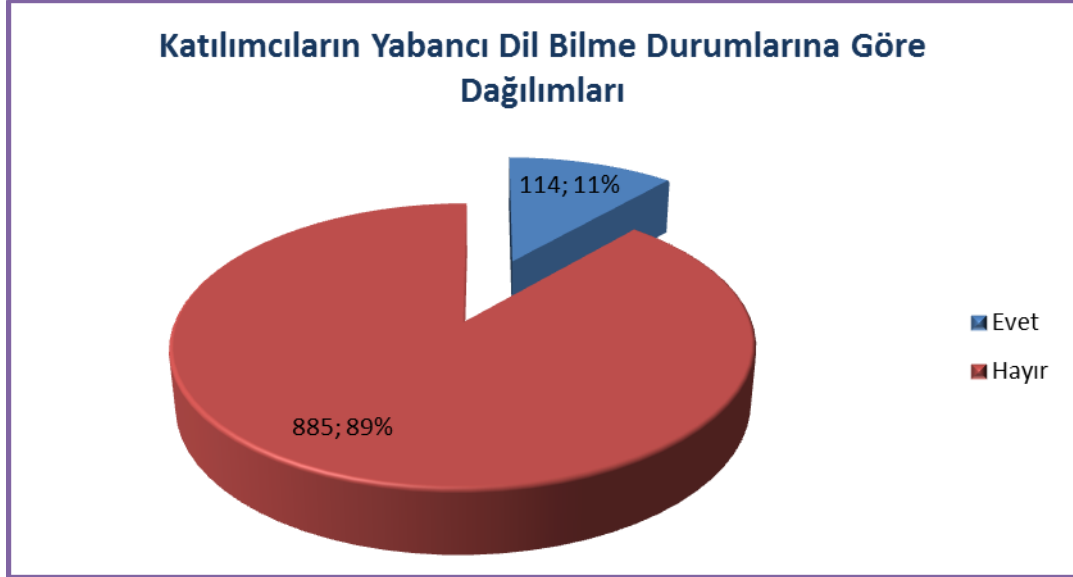
Çocuk sahibi olduklarını ifade eden ve örneklemin %94'lük (939 kişi) bölümünü oluşturan katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları göz önünde bulundurulduğunda, en yüksek oranın %43 (399 kişi) ile "2 çocuk sahibi olan" katılımcılar tarafından oluşturulduğu tespit edilmiş; bu oranın %28 (265 kişi) ile "3 çocuk sahibi olanlar"; %12 (110 kişi) ile "1 çocuk sahibi olanlar"; %10 (89 kişi) ile "4 çocuk sahibi olanlar" ve %5 (49 kişi) ile "5 çocuk sahibi olan" katılımcılar tarafından takip edildiği görülmüştür.

3.1.1.14.1. Katılımcıların Gruplandırılmış Çocuk Sayısına Göre Dağılımları



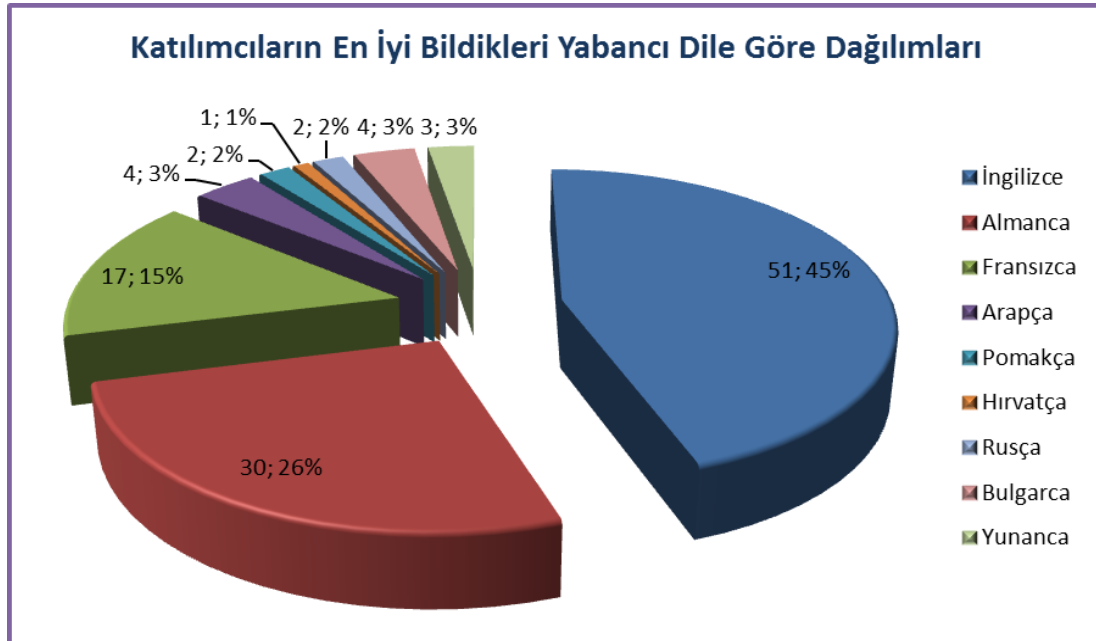
Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı kategorilere göre değerlendirilecek olduğunda, %82'lik yüksek bir oranda çocuk sahibi olanların en yoğun olarak, "1-3 çocuk sahibi olan katılımcılar" kategorisinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir.

3.1.1.15. Katılımcıların Yabancı Dil Bilgisine Göre Dağılımları



Örnekleme dâhil olan 65 yaş üzeri kentli katılımcıdan her on kişiden birinin, en az bir yabancı dil bilmekte olduklarını ifade ettikleri görülmüştür.

3.1.1.16. Katılımcıların En İyi Bildikleri Yabancı Dile Göre Dağılımları



En az bir tane yabancı dil biliyor olduklarını ifade etmiş bulunan ve toplam örneklemin %11'lik bölümünü oluşturan 114 katılımcıdan, %45'i "İngilizce"; %26'sı "Almanca"; %15'i "Fransızca"; %3'erlik oranlarda "Arapça", "Pomakça" ve "Bulgarca"; %2'şerlik oranlarda "Yunanca" ve "Rusça"; %1'lik oranda da "Hırvatça" bildiklerini ifade etmişlerdir.

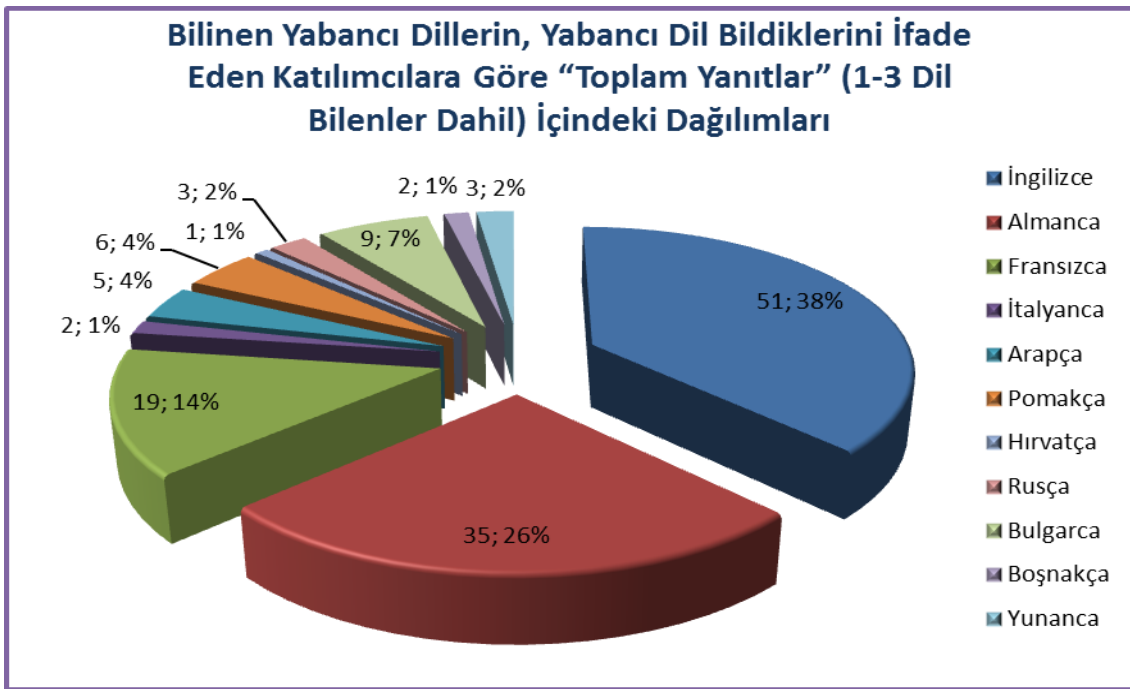
İki yabancı dil bildiklerini ifade etmiş katılımcıların örnekleme dâhil olan toplam katılımcı sayısına oranı % 0,9 (9 kişi) iken, üç yabancı dil bildiklerini ifade etmiş olanların örnekleme dahil olan toplam katılımcılara oranı ise %0, 49 (5 kişi) dir. Bilinen ikinci ve üçüncü diller içinde "Boşnakça" bilen 2 kişi bulunmaktadır.

3.1.1.17. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yabancı Dil Bilgisi Arasındaki İlişki

| Eğitim Durumu ve Yabancı Dil Bilme Durumuna Göre Dağılım | | | | | |
|--|-----------------|----------|--------------------------|--------|--------|
| | | | Yabancı Dil Bilme Durumu | | Toplam |
| | | | Evet | Hayır | |
| Eğitim durumu | Okuryazar değil | Sayı | 0 | 130 | 130 |
| | | % Satır | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 0,0% | 14,7% | 13,0% |
| | | % Toplam | 0,0% | 13,0% | 13,0% |
| | Okuryazar | Sayı | 3 | 93 | 96 |
| | | % Satır | 3,1% | 96,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 2,6% | 10,5% | 9,6% |
| | | % Toplam | 0,3% | 9,3% | 9,6% |
| | İlköğretim | Sayı | 31 | 508 | 539 |
| | | % Satır | 5,8% | 94,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 27,2% | 57,4% | 54,0% |
| | | % Toplam | 3,1% | 50,9% | 54,0% |
| | Lise | Sayı | 34 | 88 | 122 |
| | | % Satır | 27,9% | 72,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 29,8% | 9,9% | 12,2% |
| | | % Toplam | 3,4% | 8,8% | 12,2% |
| | Üniversite | Sayı | 46 | 66 | 112 |
| | | % Satır | 41,1% | 58,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 40,4% | 7,5% | 11,2% |
| | | % Toplam | 4,6% | 6,6% | 11,2% |
| Toplam | Sayı | 114 | 885 | 999 | |
| | % Satır | 11,4% | 88,6% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 11,4% | 88,6% | 100,0% | |

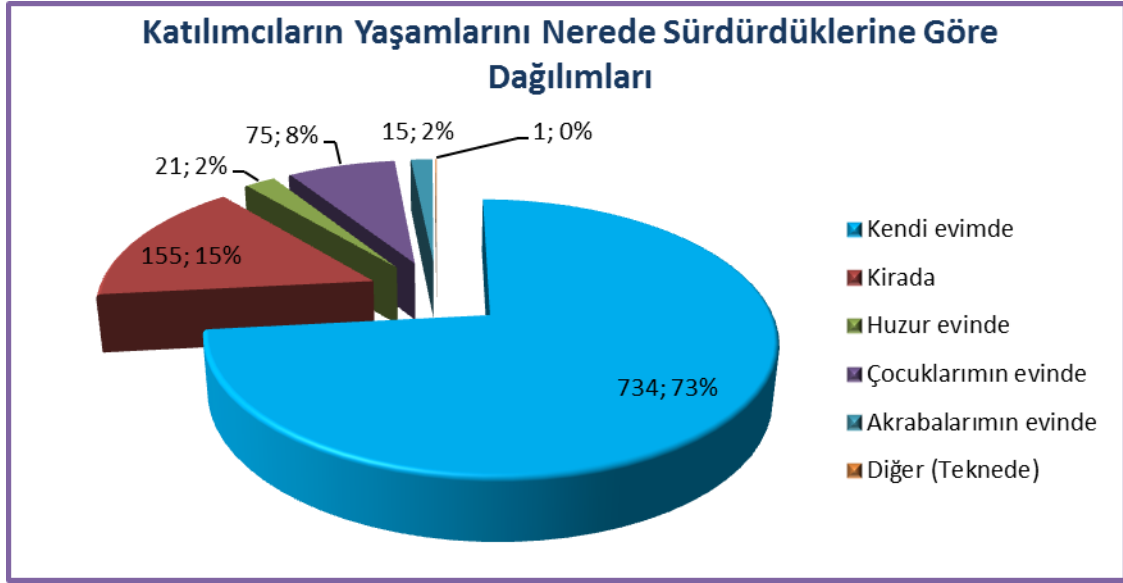
Eğitim durumlarına göre katılımcıların “yabancı dil bilme” durumları arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu gözlemlenmektedir ($p<0.05$, $sd=4$, $Chi-square=170,497$). Yabancı dil bilenlerin, %40’ı “üniversite mezunu”, %29,8’i “lise mezunu”, %27,2’si “ilköğretim”, %2,6’sı “okuryazar” katılımcılardan oluşmaktadır. Okur-yazar olmayıp, yabancı dil bilen katılımcı bulunmamaktadır.

3.1.1.18. Bilinen Yabancı Dillerin, Yabancı Dil Bildiklerini İfade Eden Katılımcılara Göre “Toplam Yanıtlar” (2. ve 3. Dil Bilenler) İçindeki Dağılımları



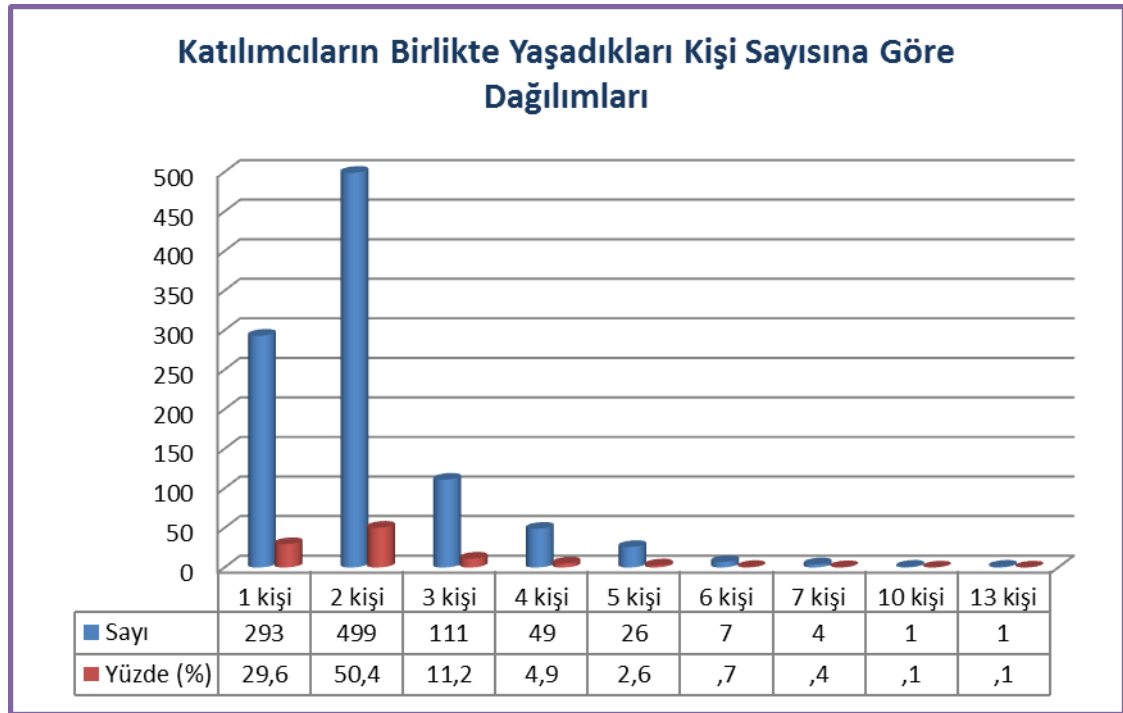
Yabancı dil bildiğini ifade etmiş olan 114 katılımcının (1-3 dil bilenler dâhil olmak üzere) toplam yanıtları içindeki dağılım göz önünde bulundurulduğunda; 51 kişinin İngilizce, 35 kişinin Almanca, 19 kişinin Fransızca, 2 kişinin İtalyanca, 5 kişinin Arapça, 6 kişinin Pomakça, 1 kişinin Hırvatça, 3 kişinin Rusça, 9 kişinin Bulgarca, 2 kişinin Boşnakça, 3 kişinin Yunanca bildiklerini ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.1.19. Katılımcıların Yaşamlarını Nerede Sürdüklerine Göre Dağılımları



Yaşamlarını “huzurevinde” sürdürmekte olduklarını ifade etmiş olan katılımcıların oranı %2 (21 kişi) ve “kirada” sürdürmekte olduklarını ifade etmiş olanların yüzdesi ise %15’tir (155 kişi).

3.1.1.20. Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre Dağılımları

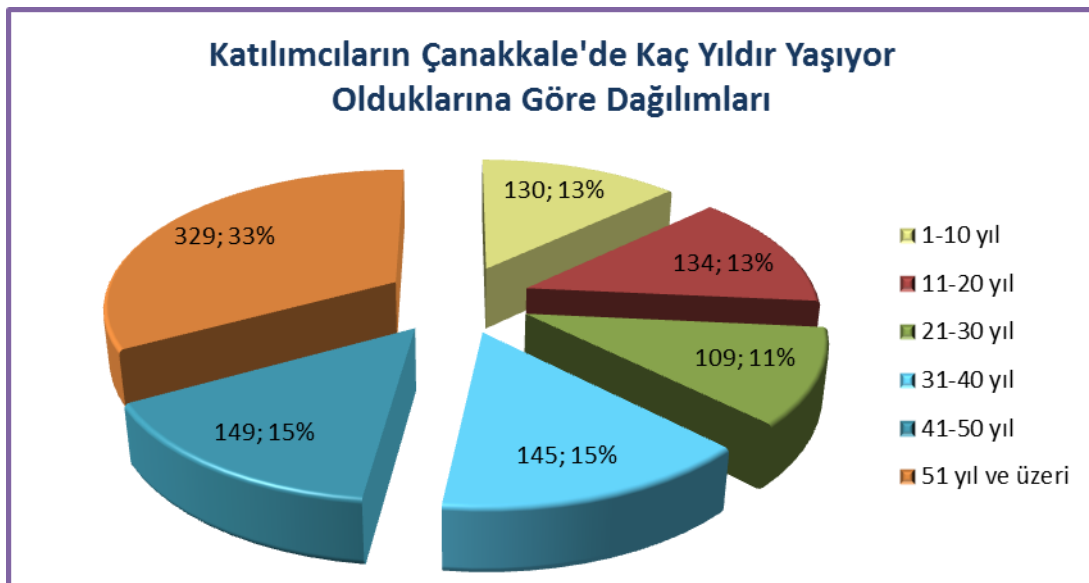


3.1.1.21. Katılımcıların Şu Anda Kimlerle Birlikte Yaşıyor Olduklarına Göre Dağılımları



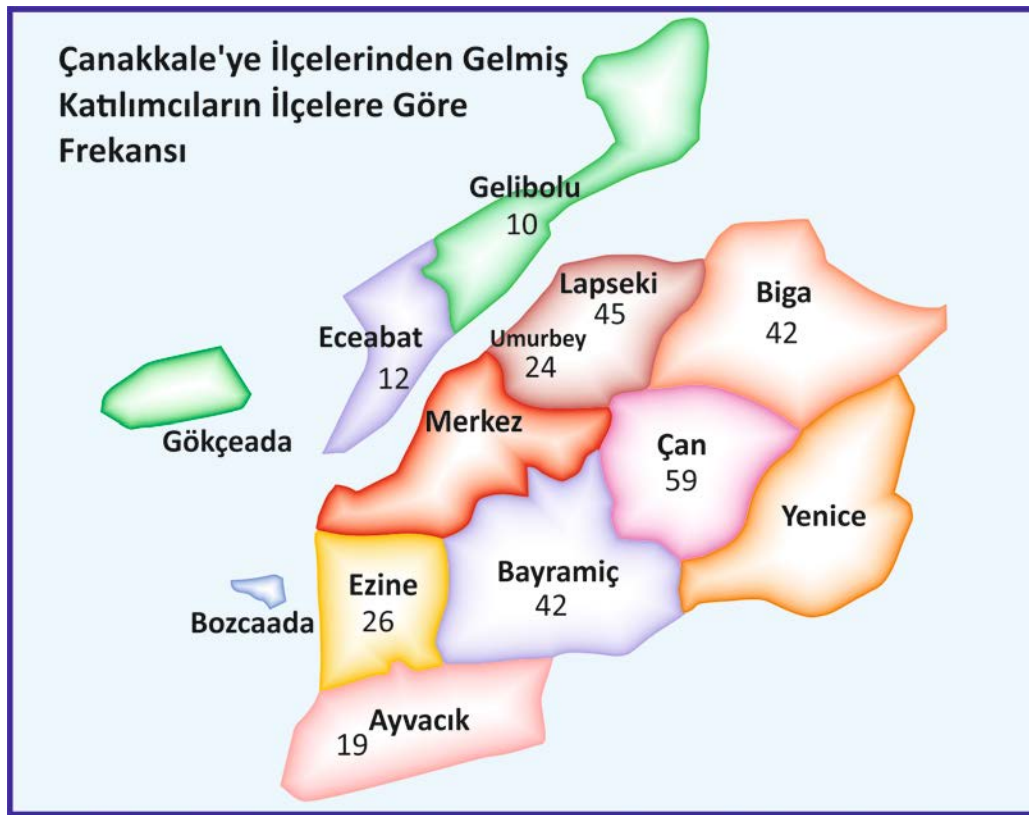
Katılımcıların “şu anda kimlerle birlikte yaşıyor oldukları” sorusuna ilişkin olarak en yüksek oranda %42 (418 kişi) ile “eşleri ile birlikte” yaşıyor oldukları yanıtı vermiş oldukları gözlemlenmektedir. Bu oranı %28,8 (297 kişi) ile “tek başına” yaşamakta olduklarını ifade eden katılımcılar takip etmektedir.

3.1.1.22. Katılımcıların Çanakkale’de Kaç Yıldır Yaşıyor Olduklarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %33'lük bir oranı Çanakkale'de "51 yıl ve üzeri" bir süredir yaşıyor olduklarını ifade etmiş olanlar kategorisinde yer almışlardır. "51 yıl ve üzeri" bir süredir burada olanlar içinde; "60 yıldır" Çanakkale de yaşayan 16 kişi (% 1,6); "65 yıldır" yaşayan 20 kişi (%2); "67 yıldır" yaşayan 16 kişi (% 1,6); "68 yıldır" yaşayan 22 kişi (%2.2); "80 yıldır" yaşayan 11 kişi (% 1,1); "90 yıldır" yaşayan 2 kişi (% 0,2) ve "96 yıldır" yaşayan 1 kişi (% 0,1) bulunmaktadır.

3.1.1.23. Katılımcıların Çanakkale'ye Nereden Gelmiş Olduklarına Göre Dağılım



Örnekleme dâhil olan ve Çanakkale'ye sonradan gelmiş olduklarını ifade eden katılımcıların; değişen oranlarda Türkiye'nin diğer illerinden ve büyük şehirlerinden (İstanbul, Bursa, Ankara vs.) buraya gelip yerleşmiş oldukları anlaşılmakta; Çanakkale'nin ilçe ve köylerinden Çanakkale merkeze gelip yerleşenlerin ise toplam yanıtlar açısından oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

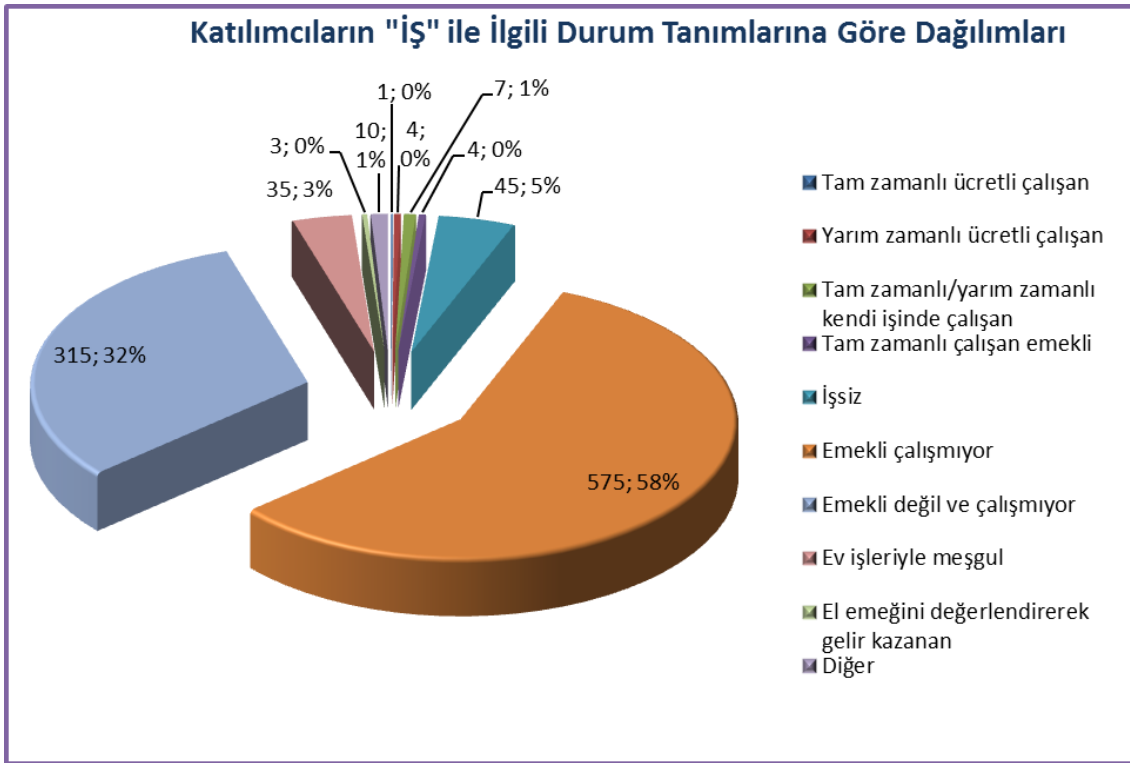
Dikkat çekici olduğu düşünülen bazı oranlara aşağıdaki biçimde dikkat çekilebilir:

Ayvacık'tan gelenler 19 kişi (%2,4); Bayramiç'ten gelenler 42 kişi (%5,4); Biga'dan gelenler 42 kişi (%5,4); Çan'dan gelenler 59 kişi (%7,5); Eceabat'tan gelenler 12 kişi (%1,5); Ezine'den gelenler 26 kişi (%3,3); Gelibolu'dan gelenler 10 kişi (%1,3); Lapseki'den gelenler 45 kişi (%5,8); Umurbey'den gelenler 24 kişi (% 3).

Adana'dan gelenler 3 kişi (% 0,4); Ankara'dan gelenler 26 kişi (% 3,3); Balıkesir'den gelenler 11 kişi (% 1,4); Bursa'dan gelenler 12 kişi (% 1,5); Edirne'den gelenler 6 kişi (% 0,8); Eskişehir'den gelenler 6 kişi (% 0,8); İstanbul'dan gelenler 78 kişi (% 10,2); İzmir'den gelenler 28 kişi (% 3,6);

Almanya'dan gelenler 19 kişi (% 2,4); Bulgaristan'dan gelenler 4 kişi (%0,4).

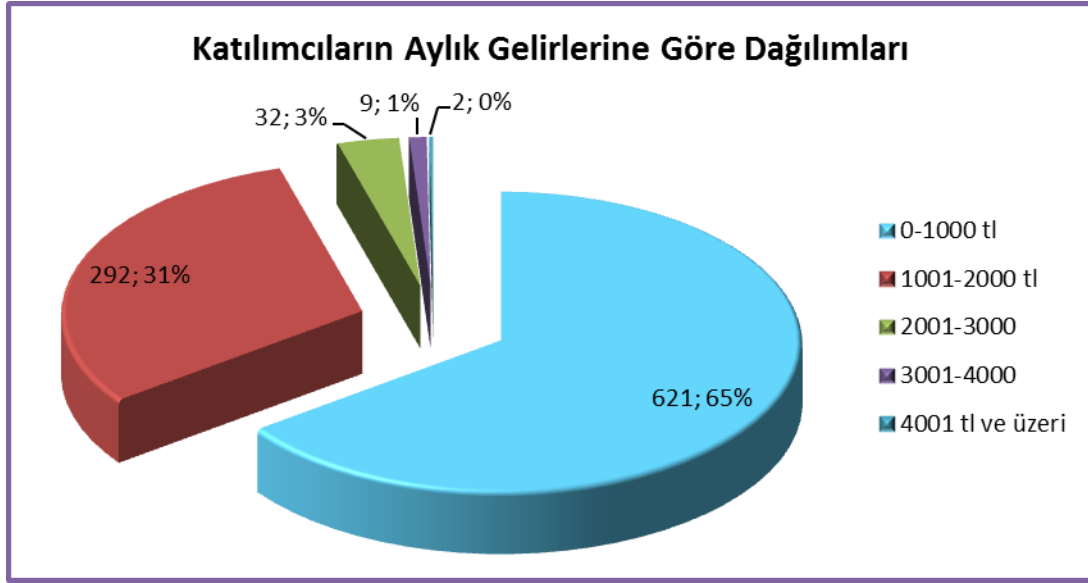
3.1.1.24. Katılımcıların "İş" ile İlgili Durum Tanımlarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %58'lik (575 kişi) büyük bir oranda "emekli ve çalışmıyor" oldukları, bu oranı %32'lik (315 kişi) bir oranda "emekli değil ve şu anda çalışmayan" katılımcıların takip ettikleri görülmektedir.

"El emeğini değerlendirerek gelir" elde ettiklerini ifade eden katılımcıların oranı % 0.3 (3 kişi) iken "ev işleri ile meşgul" olduklarını ifade edenlerin oranı % 3,5'tir (35 kişi).

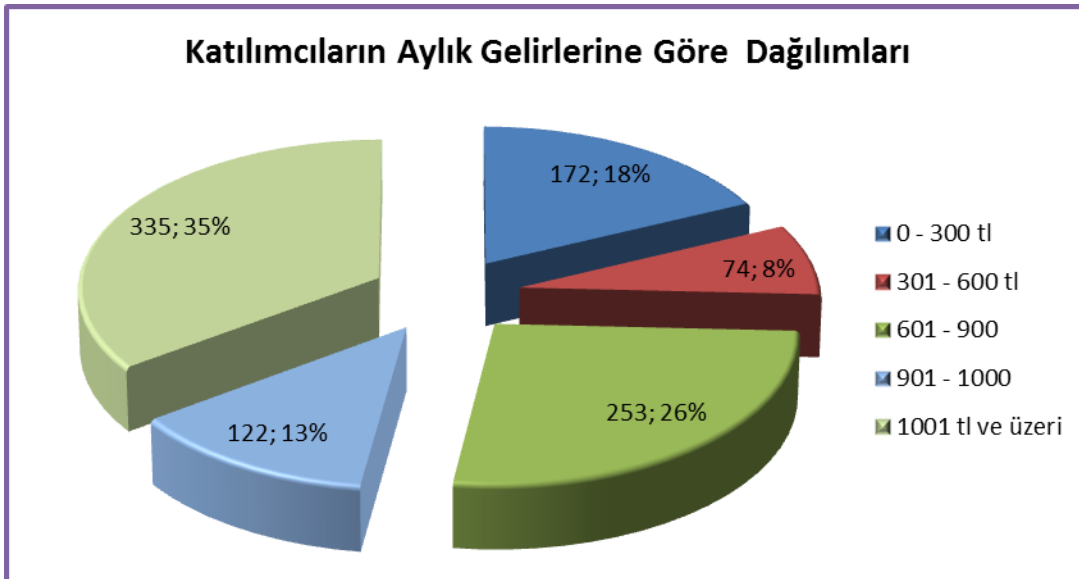
3.1.1.25. Katılımcıların Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımları - I



Katılımcıların %65'inin (621 kişi) aylık geliri "0-1000" gelir kategorisi içinde dağılım göstermektedir.

"0-1000 tl" gelir kategorisinde aylık gelire sahip olduklarını ifade etmiş katılımcıların bu kategori içindeki dağılımları aşağıdaki biçimde dağılım göstermektedir.

3.1.1.25.1. Katılımcıların Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımları – II



Katılımcıların %18'i (172 kişi) aylık "0-300 tl" arasında gelire sahip olduklarını ifade etmişlerken, %8'i (74 kişi) "301-600 tl" arası, %26'sı (253 kişi) "601-900 tl" arası, %13'ü (122 kişi) "901-1000 tl" arası aylık gelire sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %35'lik (335 kişi) bir oranının aylık ortalama geliri "1000 tl ve üzeri" gelir kategorisi içinde yer almaktadır.

3.1.1.26. Katılımcıların Aylık Gelirlerinin Cinsiyet ile İlişkisi

| Cinsiyet ve Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|-------|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|
| | | | Aylık Gelir | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 t1 | 301 – 600 t1 | 601 - 900 t1 | 901 - 1000 t1 | 1001 t1 ve üzeri | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 145 | 60 | 172 | 49 | 87 | 513 |
| | | % Satır | 28,3% | 11,7% | 33,5% | 9,6% | 17,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 84,3% | 81,1% | 68,0% | 40,2% | 26,0% | 53,7% |
| | | % Toplam | 15,2% | 6,3% | 18,0% | 5,1% | 9,1% | 53,7% |
| | Erkek | Sayı | 27 | 14 | 81 | 73 | 248 | 443 |
| | | % Satır | 6,1% | 3,2% | 18,3% | 16,5% | 56,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 15,7% | 18,9% | 32,0% | 59,8% | 74,0% | 46,3% |
| | | % Toplam | 2,8% | 1,5% | 8,5% | 7,6% | 25,9% | 46,3% |
| Toplam | | Sayı | 172 | 74 | 253 | 122 | 335 | 956 |
| | | % Satır | 18,0% | 7,7% | 26,5% | 12,8% | 35,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 18,0% | 7,7% | 26,5% | 12,8% | 35,0% | 100,0% |

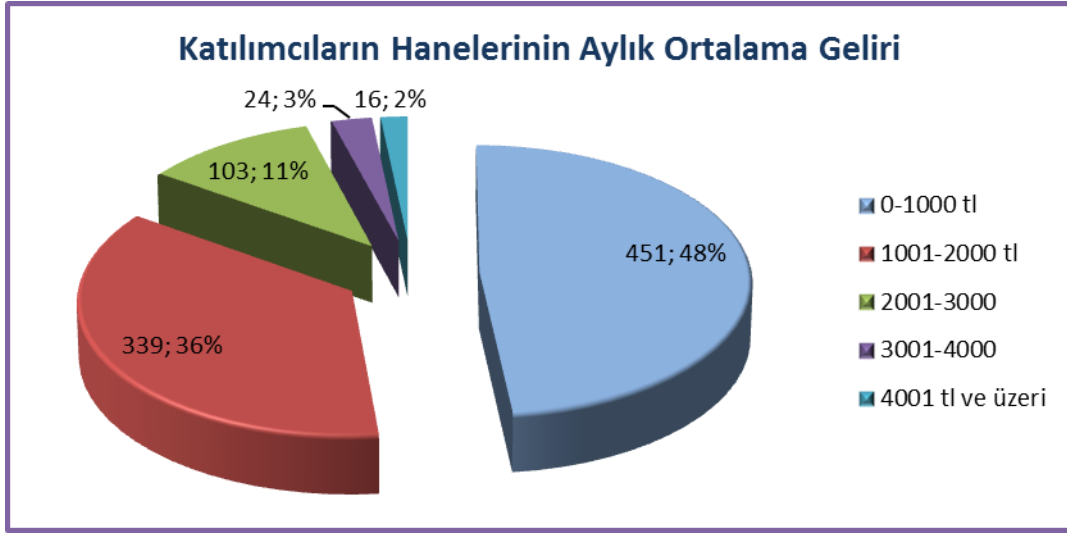
Katılımcıların cinsiyetleri ile "aylık gelirleri" durumları arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$, $sd=4$, Chi-square=220). Kadınların %17'sinin aylık gelirleri "1001 t1 ve üzeri" gelir kategorisinde yer almakta iken, erkeklerin %56'sının aylık geliri "1001 t1 ve üzeri" gelir kategorisinde yer almaktadır. "0-300 t1" geliri olanların %84,3'ü "kadın" iken, %15,7'si "erkek" katılımcılardan oluşmaktadır. "1001 t1 ve üzeri" geliri olanların, % 26'sı "kadın" iken, %74'ü "erkek" katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.1.27. Katılımcıların Aylık Gelirlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi

| Eğitim Durumu ve Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------|--------------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------|
| | | | Aylık Toplam Gelir | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 t1 | 301 – 600 t1 | 601 - 900 t1 | 901 - 1000 t1 | 1001 t1 ve üzeri | |
| Eğitim Durumuna Göre Dağılım | Okuryazar değil | Sayı | 50 | 27 | 34 | 5 | 3 | 119 |
| | | % Satır | 42,0% | 22,7% | 28,6% | 4,2% | 2,5% | 100,0% |
| | | % Sütun | 29,1% | 36,5% | 13,4% | 4,1% | 0,9% | 12,4% |
| | | % Toplam | 5,2% | 2,8% | 3,6% | 0,5% | 0,3% | 12,4% |
| | Okuryazar | Sayı | 18 | 14 | 37 | 12 | 11 | 92 |
| | | % Satır | 19,6% | 15,2% | 40,2% | 13,0% | 12,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 10,5% | 18,9% | 14,6% | 9,8% | 3,3% | 9,6% |
| | | % Toplam | 1,9% | 1,5% | 3,9% | 1,3% | 1,2% | 9,6% |
| | İlköğretim | Sayı | 94 | 32 | 172 | 90 | 129 | 517 |
| | | % Satır | 18,2% | 6,2% | 33,3% | 17,4% | 25,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 54,7% | 43,2% | 68,0% | 73,8% | 38,5% | 54,1% |
| | | % Toplam | 9,8% | 3,3% | 18,0% | 9,4% | 13,5% | 54,1% |
| | Lise | Sayı | 8 | 0 | 10 | 10 | 88 | 116 |
| | | % Satır | 6,9% | 0,0% | 8,6% | 8,6% | 75,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 4,7% | 0,0% | 4,0% | 8,2% | 26,3% | 12,1% |
| | | % Toplam | 0,8% | 0,0% | 1,0% | 1,0% | 9,2% | 12,1% |
| | Üniversite | Sayı | 2 | 1 | 0 | 5 | 104 | 112 |
| | | % Satır | 1,8% | 0,9% | 0,0% | 4,5% | 92,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 1,2% | 1,4% | 0,0% | 4,1% | 31,0% | 11,7% |
| | | % Toplam | 0,2% | 0,1% | 0,0% | 0,5% | 10,9% | 11,7% |
| Toplam | Sayı | 172 | 74 | 253 | 122 | 335 | 956 | |
| | % Satır | 18,0% | 7,7% | 26,5% | 12,8% | 35,0% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 18,0% | 7,7% | 26,5% | 12,8% | 35,0% | 100,0% | |

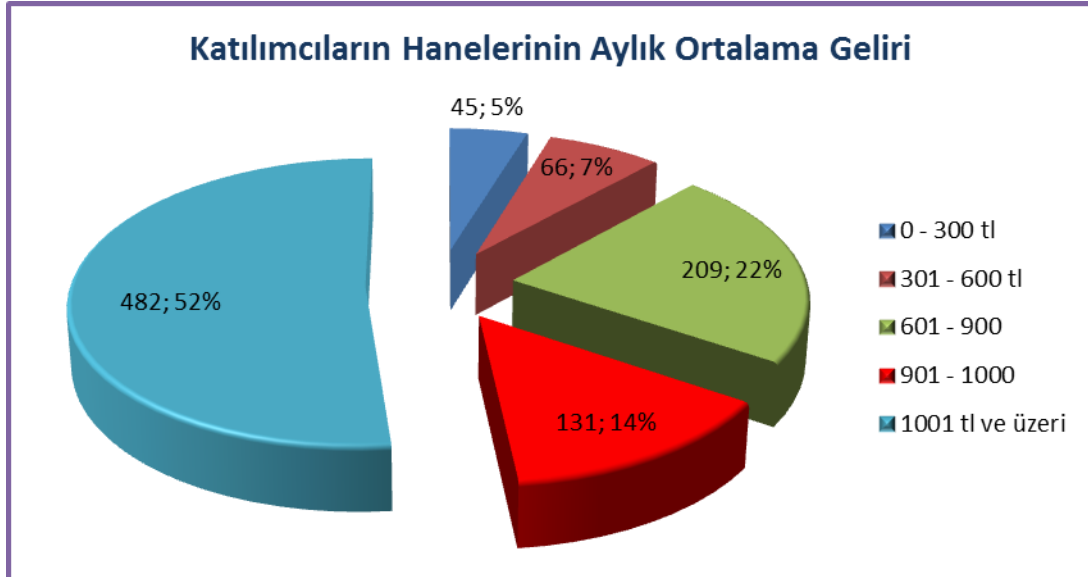
Eğitim durumlarına göre katılımcıların “aylık gelir” durumları arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$, $sd=16$, Chi-square=430, 495). “Okur-yazar olmayan” katılımcıların; % 42’si “0-300 t1”; %22,7’si “301-600 t1”; %28,6’sı “601-900 t1”; %4,2’si “901-1000 t1” ve % 2.5’i “1001 t1 ve üzeri” gelir düzeyi kategorisinde dağılım göstermişlerken, “Üniversite mezunu” olanların; % 1,8’i “0-300 t1”; %0,9’u “301-600 t1”; %0’ı “601-900 t1”; %4,5’si “901-1000 t1” ve % 92,9’u “1001 t1 ve üzeri” gelir düzeyi kategorisinde dağılım göstermişlerdir.

3.1.1.28. Katılımcıların Hanelerinin Gruplandırılmış Aylık Ortalama Geliri - I



Katılımcıların yaşamlarını sürdürmekte oldukları “hanelerinin aylık ortalama gelirleri” göz önünde bulundurulduğunda, %48’inin “0-1000 tl”; %36’sının “1001-2000 tl”; %11’inin “2001-3000 tl”; %3’ünün “3001-4000 tl” ve % 2’sinin “4001 tl ve üzeri” aylık ortalama “hane gelir düzeyi”ne sahip oldukları görülmektedir.

3.1.1.28.1. Katılımcıların Hanelerinin Gruplandırılmış Aylık Ortalama Geliri – II



Katılımcıların yaşamlarını sürdürmekte oldukları “hanelerinin aylık ortalama gelirleri” göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların %48’inin dahil oldukları “0-1000 tl arası gelir düzeyi” kategorisinde yer alan katılımcıların alt kategorilere ve örneklemin geneline göre dağılımının şu şekilde olduğu tespit edilmiştir: %5’inin (45 kişi) “0-300

tl”; %7’sinin (66 kişi) “301-600 tl”; %22’sinin (209 kişi) “601-900 tl”; %14’ünün (131 kişi) “901-1000 tl” ve % 52’sinin “1001 tl ve üzeri” aylık ortalama “hane gelir düzeyi”ne sahip oldukları görülmektedir.

3.1.1.29. Katılımcıların Aylık Ortalama Hane Gelirlerinin Cinsiyet İle İlişkisi

| Cinsiyet ve Aylık Ortalama Hane Gelir Durumuna Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|----------|----------|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|--------|
| | | | Hanenin Aylık Ortalama Geliri | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 tl | 301 – 600 tl | 601 - 900 tl | 901 - 1000 tl | 1001 tl ve üzeri | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 30 | 55 | 147 | 71 | 205 | 508 |
| | | % Satır | 5,9% | 10,8% | 28,9% | 14,0% | 40,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 66,7% | 83,3% | 70,3% | 54,2% | 42,5% | 54,4% |
| | | % Toplam | 3,2% | 5,9% | 15,8% | 7,6% | 22,0% | 54,4% |
| | Erkek | Sayı | 15 | 11 | 62 | 60 | 277 | 425 |
| | | % Satır | 3,5% | 2,6% | 14,6% | 14,1% | 65,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 33,3% | 16,7% | 29,7% | 45,8% | 57,5% | 45,6% |
| | | % Toplam | 1,6% | 1,2% | 6,6% | 6,4% | 29,7% | 45,6% |
| Toplam | Sayı | 45 | 66 | 209 | 131 | 482 | 933 | |
| | % Satır | 4,8% | 7,1% | 22,4% | 14,0% | 51,7% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 4,8% | 7,1% | 22,4% | 14,0% | 51,7% | 100,0% | |

Cinsiyete göre; katılımcıların “aylık ortalama hane gelirleri” arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$, $sd=4$, $Chi-square=73,782$).

“0-300 tl” aylık ortalama hane geliri olanların; % 66,7’si “kadın”, %33,3’ü “erkek”tir.

“1001 tl ve üzeri” aylık ortalama hane geliri olanların, %42,5’i “kadın”, %57,5’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

“Kadınların” %5,9’u “0-300 tl” aylık ortalama hane gelirine sahipken bu oran “erkekler”de %3,5’tir . “Kadınların” %40,4’ü “1001 tl ve üzeri” aylık ortalama hane gelirine sahipken bu oran “erkekler”de %65,2’dir.

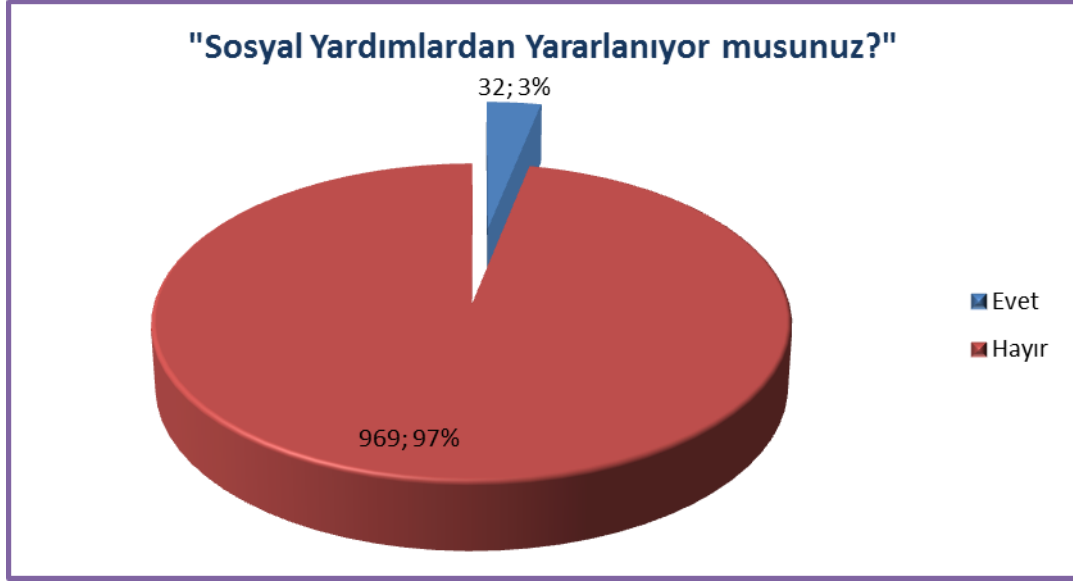
3.1.1.30. Katılımcıların Aylık Ortalama Hane Gelirlerinin Eğitim Durumları İle İlişkisi

| Eğitim Durumu ve Aylık Ortalama Hane Gelir Durumuna göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|--------|
| | | | Hanenin Aylık Ortalama Geliri | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 tl | 301 – 600 tl | 601 - 900 tl | 901 - 1000 tl | 1001 tl ve üzeri | |
| Eğitim Durumu | Okuryazar değil | Sayı | 21 | 31 | 27 | 8 | 24 | 111 |
| | | % Satır | 18,9% | 27,9% | 24,3% | 7,2% | 21,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 46,7% | 47,0% | 12,9% | 6,1% | 5,0% | 11,9% |
| | | % Toplam | 2,3% | 3,3% | 2,9% | 0,9% | 2,6% | 11,9% |
| | Okuryazar | Sayı | 4 | 12 | 36 | 17 | 21 | 90 |
| | | % Satır | 4,4% | 13,3% | 40,0% | 18,9% | 23,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 8,9% | 18,2% | 17,2% | 13,0% | 4,4% | 9,6% |
| | | % Toplam | 0,4% | 1,3% | 3,9% | 1,8% | 2,3% | 9,6% |
| | İlköğretim | Sayı | 18 | 23 | 141 | 98 | 226 | 506 |
| | | % Satır | 3,6% | 4,5% | 27,9% | 19,4% | 44,7% | 100,0% |
| | | % Sütun | 40,0% | 34,8% | 67,5% | 74,8% | 46,9% | 54,2% |
| | | % Toplam | 1,9% | 2,5% | 15,1% | 10,5% | 24,2% | 54,2% |
| | Lise | Sayı | 2 | 0 | 5 | 4 | 105 | 116 |
| | | % Satır | 1,7% | 0,0% | 4,3% | 3,4% | 90,5% | 100,0% |
| | | % Sütun | 4,4% | 0,0% | 2,4% | 3,1% | 21,8% | 12,4% |
| | | % Toplam | 0,2% | 0,0% | 0,5% | 0,4% | 11,3% | 12,4% |
| | Üniversite | Sayı | 0 | 0 | 0 | 4 | 106 | 110 |
| | | % Satır | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,6% | 96,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,1% | 22,0% | 11,8% |
| | | % Toplam | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,4% | 11,4% | 11,8% |
| Toplam | Sayı | 45 | 66 | 209 | 131 | 482 | 933 | |
| | % Satır | 4,8% | 7,1% | 22,4% | 14,0% | 51,7% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0 % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 4,8% | 7,1% | 22,4% | 14,0% | 51,7% | 100,0% | |

Eğitim durumuna göre, katılımcıların “aylık ortalama hane gelirleri” arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$, $sd = 16$, $Chi-square = 375,584$).

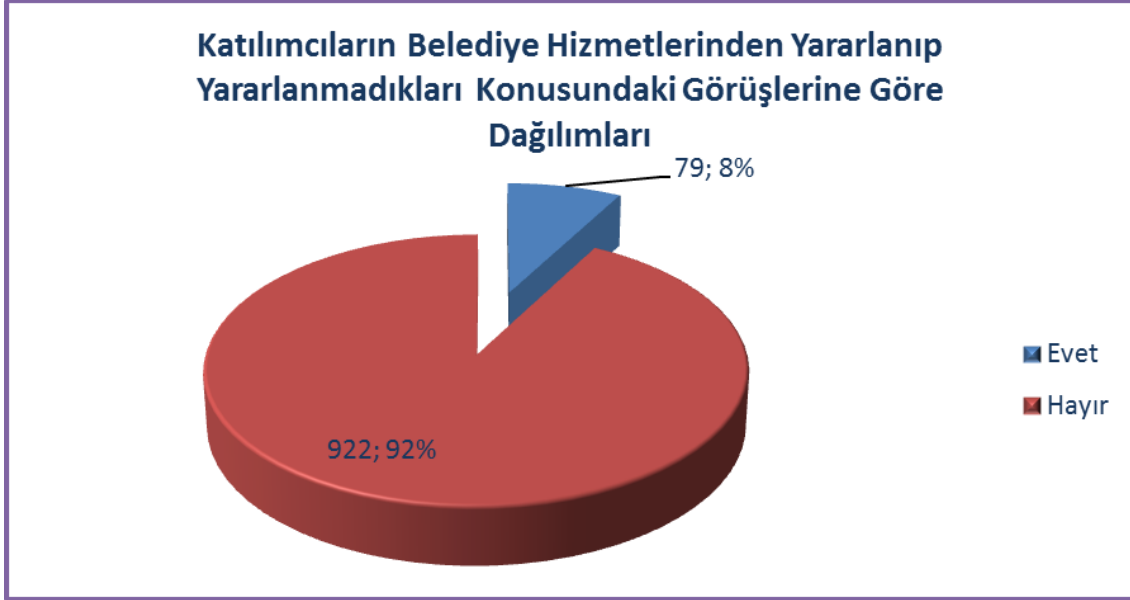
“Üniversite” mezunlarının %96,4’ü “1001 tl ve üzeri” aylık ortalama hane gelirine sahiplerken, “okur-yazar olmayanlar”da bu oran %21,6, “okur-yazar”larda %23,3, “İlköğretim mezunları”nda %44,7, “lise mezunları”nda %90,5’dir.

3.1.1.31. Katılımcıların Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumlarına İlişkin Dağılımları



Sosyal yardımlardan yararlandıklarını ifade etmiş olan katılımcıların oranı %3’tür (32 kişi).

3.1.1.32. Katılımcıların Belediye Hizmetlerinden Yararlanıp Yararlanmadıkları Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımları

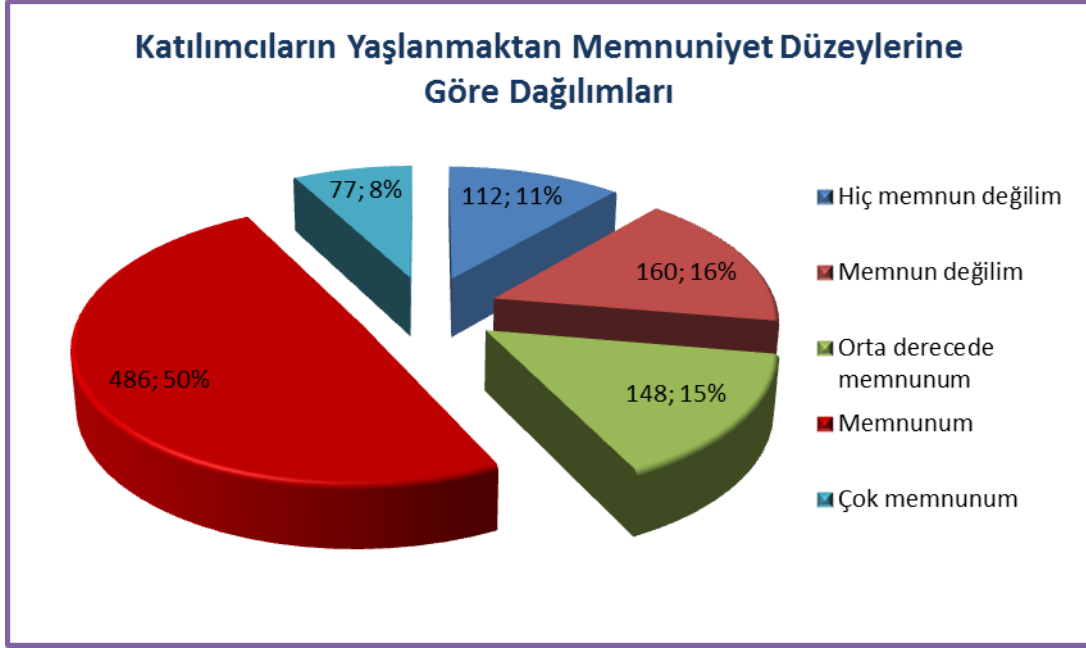


Katılımcıların “Belediye hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadıkları konusundaki görüşleri”nin dağılımına bakıldığında, %92’lik bir oranda “hizmetlerden yararlanmadıkları”nı, %8’lik bir oranda ise “hizmetlerden yararlandıkları”nı ifade ettikleri görülmektedir.

Belediye hizmetlerinden yararlandıklarını ifade etmiş olan katılımcıların (örneklem içindeki %8’lik oranın) %93,8’i “belediye hizmetlerinden memnun olduklarını”, % 6,2’si ise “belediye hizmetlerinden memnun olmadıklarını” vurgulamışlardır.

3.1.2. YAŞLILIĞA YÜKLENE ANLAMLAR

3.1.2.1. Katılımcıların Yaşlanmaktan Memnuniyet Düzeylerine Göre Dağılımları



Katılımcıların yaşlanmaktan memnuniyet düzeylerine dağılımları göz önünde bulundurulduğunda; %50'sinin "**memnun**"; %16'sının "**memnun değil**"; %15'inin "**orta derecede memnun**"; %11'inin "**hiç memnun değil**" ve %8'inin "**çok memnun**" olduklarını ifade etmiş oldukları görülmektedir.

Katılımcıların yaşlanmaktan memnuniyet düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$, $sd=4$, $Chi-square=2,6$).

3.1.2.2. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Yaşlanmaktan Memnuniyet Dereceleri Arasındaki İlişki

| Eğitim Durumu ve Yaşlanmaktan Memnuniyet Derecesine Göre Dağılım | | | | | | |
|--|-----------------|----------|----------------------------------|------------------------|--------------|--------|
| | | | Yaşlanmaktan Memnuniyet Derecesi | | | Toplam |
| | | | Memnun değilim | Orta derecede memnunum | Çok memnunum | |
| Eğitim Durumu | Okuryazar değil | Sayı | 54 | 26 | 47 | 127 |
| | | % Satır | 42,5% | 20,5% | 37,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 19,9% | 17,6% | 8,3% | 12,9% |
| | | % Toplam | 5,5% | 2,6% | 4,8% | 12,9% |
| | Okuryazar | Sayı | 22 | 12 | 60 | 94 |
| | | % Satır | 23,4% | 12,8% | 63,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 8,1% | 8,1% | 10,7% | 9,6% |
| | | % Toplam | 2,2% | 1,2% | 6,1% | 9,6% |
| | İlköğretim | Sayı | 129 | 75 | 325 | 529 |
| | | % Satır | 24,4% | 14,2% | 61,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 47,4% | 50,7% | 57,7% | 53,8% |
| | | % Toplam | 13,1% | 7,6% | 33,1% | 53,8% |
| | Lise | Sayı | 34 | 19 | 67 | 120 |
| | | % Satır | 28,3% | 15,8% | 55,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 12,5% | 12,8% | 11,9% | 12,2% |
| | | % Toplam | 3,5% | 1,9% | 6,8% | 12,2% |
| | Üniversite | Sayı | 33 | 16 | 64 | 113 |
| | | % Satır | 29,2% | 14,2% | 56,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 12,1% | 10,8% | 11,4% | 11,5% |
| | | % Toplam | 3,4% | 1,6% | 6,5% | 11,5% |
| Toplam | Sayı | 272 | 148 | 563 | 983 | |
| | % Satır | 27,7% | 15,1% | 57,3% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 27,7% | 15,1% | 57,3% | 100,0% | |

Katılımcıların yaşlanmaktan memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$, $sd=8$, Chi-square=27,563).

“Okur-yazar olmayanlar”ın %42,5’i; “okur-yazarlar”ın %23,4’ü; “İlköğretim mezunları”nın %24,4’ü; “Lise mezunları”nın %28,3’ü ve “üniversite mezunları”nın %29,2’si **“yaşlanmaktan memnun olmadıklarını”** ifade etmişlerdir.

3.1.2.3. Katılımcıların “Geçmişe Dönüp Keşke Şunu Yapsaydım Dediğiniz Bir Pişmanlığınız Var mı?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %70’i (691 kişi) “geçmişe dönüp keşke şunu yapsaydım dedikleri” bir **“pişmanlıklarının olmadığını”**, %30 (290 kişi) ise bu türden bir **“pişmanlıklarının olduğunu”** ifade etmişlerdir.

3.1.2.4. Katılımcıların Geçmişe Dönük “Pişmanlık” Duyguları ile Yaşlanmaktan “Memnuniyet Dereceleri” Arasındaki İlişki

| Geçmişe Dönük “Pişmanlık” ve Yaşlanmaktan Memnuniyet Derecesine Göre Dağılım | | | | | | |
|--|----------|----------|----------------------------------|------------------------|--------------|--------|
| | | | Yaşlanmaktan Memnuniyet Derecesi | | | Toplam |
| | | | Memnun değilim | Orta derecede memnunum | Çok memnunum | |
| Geçmişe Dönük “Pişmanlık” | Evet | Sayı | 111 | 54 | 125 | 290 |
| | | % Satır | 38,3% | 18,6% | 43,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 41,1% | 36,7% | 22,2% | 29,6% |
| | | % Toplam | 11,3% | 5,5% | 12,8% | 29,6% |
| | Hayır | Sayı | 159 | 93 | 438 | 690 |
| | | % Satır | 23,0% | 13,5% | 63,5% | 100,0% |
| | | % Sütun | 58,9% | 63,3% | 77,8% | 70,4% |
| | | % Toplam | 16,2% | 9,5% | 44,7% | 70,4% |
| Toplam | Sayı | 270 | 147 | 563 | 980 | |
| | % Satır | 27,6% | 15,0% | 57,4% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 27,6% | 15,0% | 57,4% | 100,0% | |

Katılımcıların geçmişe dönük pişmanlık yaşıyıp yaşamadıkları konusundaki görüşleri ile yaşlanmaktan memnuniyet dereceleri arasında istatistik bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, $sd=2$, $\text{Chi-square}=35,55$).

Geçmişe dönük pişmanlık yaşadıklarını ifade edenlerin, %43,1'i yaşlanmaktan “çok memnun” olduklarını ifade etmişlerken, geçmişe dönük pişmanlık yaşamadıklarını ifade edenlerin %63,5'i yaşlanmaktan “çok memnun” olduklarını vurgulamışlardır.

Yaşlanmaktan “memnun olmayanlar”ın % 41,1'inin geçmişe dönük pişmanlığı bulunurken, %58,9'unun geçmişe dönük herhangi bir pişmanlığı bulunmamaktadır.

3.1.2.5. Katılımcıların Geçmişe Dönük “Pişmanlık” Duyguları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki

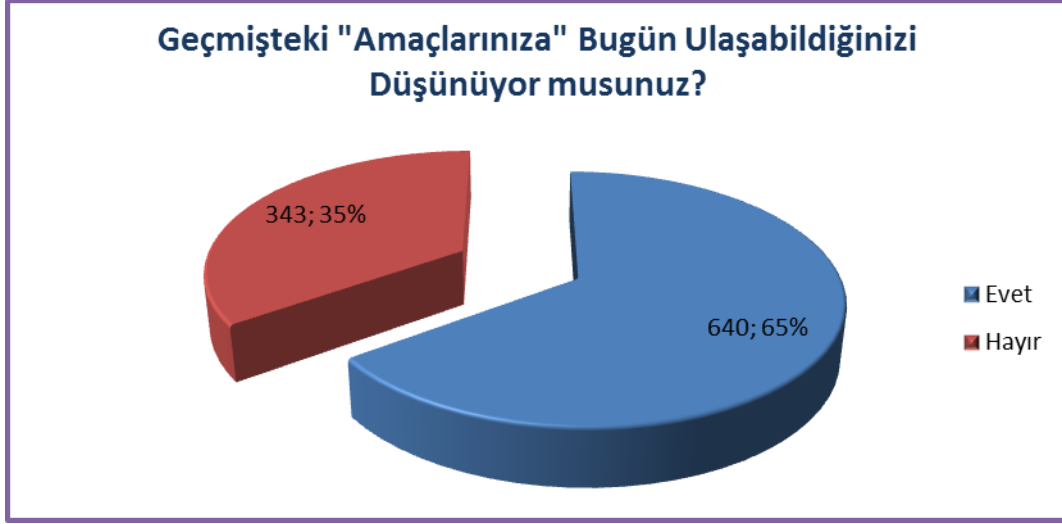
| Geçmişe Dönük “Pişmanlık” ve Cinsiyete Göre Dağılım | | | | | |
|---|----------|----------|----------|--------|--------|
| | | | Cinsiyet | | Toplam |
| | | | Kadın | Erkek | |
| Geçmişe Dönük Pişmanlık | Evet | Sayı | 181 | 109 | 290 |
| | | % Satır | 62,4% | 37,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 33,5% | 24,7% | 29,6% |
| | | % Toplam | 18,5% | 11,1% | 29,6% |
| | Hayır | Sayı | 359 | 332 | 691 |
| | | % Satır | 52,0% | 48,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 66,5% | 75,3% | 70,4% |
| | | % Toplam | 36,6% | 33,8% | 70,4% |
| Toplam | Sayı | 540 | 441 | 981 | |
| | % Satır | 55,0% | 45,0% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 55,0% | 45,0% | 100,0% | |

Katılımcıların geçmişe dönük pişmanlık duyguları ile cinsiyetleri arasında istatistik bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, $sd=1$, Chi-square=9,032, Countinuity Correction= 8,614).

Geçmişe dönük pişmanlık duyanların %62,8'i “kadın”, %37,6'sı erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

“Kadınların”, %33,5'i “pişmanlık duyarken”, “erkeklerin” %24,7'si “pişmanlık” duygusu taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

3.1.2.6. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşıp Ulaşamadıklarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %65'inin "geçmişteki amaçlarına ulaşabildiklerini"; %35'inin ise "ulaşamadıklarını" düşündükleri görülmektedir.

3.1.2.7. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşıp Ulaşamadıklarına İlişkin Görüşleri ile Aylık Gelirleri Arasındaki İlişki

| Geçmişteki Amaçlara Ulaşma ve Aylık Toplam Gelire Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|----------|----------|--------------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------|
| | | | Aylık Toplam Gelir | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 t1 | 301 – 600 t1 | 601 - 900 t1 | 901 - 1000 t1 | 1001 t1 ve üzeri | |
| Geçmişteki "amaçlarınıza" bugün ulaştığınızı düşünüyor musunuz? | Evet | Sayı | 82 | 38 | 176 | 84 | 242 | 622 |
| | | % Satır | 13,2% | 6,1% | 28,3% | 13,5% | 38,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 49,1% | 52,8% | 71,0% | 70,6% | 72,5% | 66,2% |
| | | % Toplam | 8,7% | 4,0% | 18,7% | 8,9% | 25,7% | 66,2% |
| | Hayır | Sayı | 85 | 34 | 72 | 35 | 92 | 318 |
| | | % Satır | 26,7% | 10,7% | 22,6% | 11,0% | 28,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 50,9% | 47,2% | 29,0% | 29,4% | 27,5% | 33,8% |
| | | % Toplam | 9,0% | 3,6% | 7,7% | 3,7% | 9,8% | 33,8% |
| Toplam | Sayı | 167 | 72 | 248 | 119 | 334 | 940 | |
| | % Satır | 17,8% | 7,7% | 26,4% | 12,7% | 35,5% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 17,8% | 7,7% | 26,4% | 12,7% | 35,5% | 100,0% | |

Katılımcıların geçmişteki amaçlarına ulaşip ulaşamadıklarına ilişkin değerlendirmeleri ile aylık ortalama toplam gelirleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, $sd=4$, $Chi-square=36,984$).

“1001 tl ve üzeri” aylık ortalama geliri olanların %72,5’i; “901-1000 tl” geliri olanların %70,6’sı; “601-900 tl” geliri olanların %71’i; “301-600 tl” geliri olanların %52,8’i ve “0-300 tl” geliri olanların ise %49,1’i “Geçmişteki amaçlarına bugün ulaştıklarını düşünen” katılımcılardan oluşmaktadır.

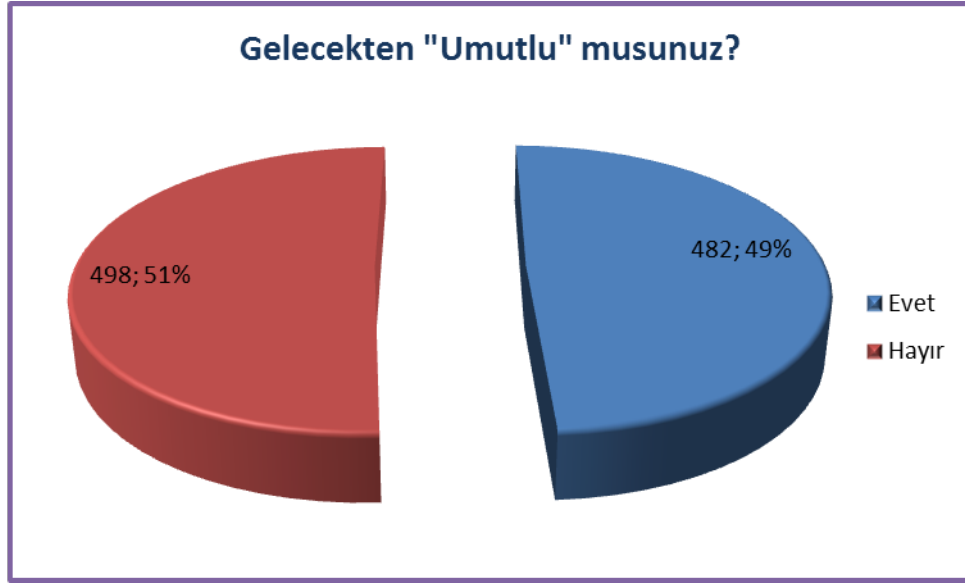
3.1.2.8. Katılımcıların Geçmişteki Amaçlarına Ulaşip Ulaşamadıklarına İlişkin Görüşleri ile Aylık Ortalama Hane Gelirleri Arasındaki İlişki

| Geçmişteki Amaçlara Ulaşma ve Aylık Ortalamam Hane Gelirine Göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|--------|
| | | | Hanenin Aylık Ortalama Geliri | | | | | Toplam |
| | | | 0 – 300 tl | 301 – 600 tl | 601 - 900 tl | 901 - 1000 tl | 1001 tl ve üzeri | |
| Geçmişteki “amaçlarınıza” bugün ulaştığınızı düşünüyor musunuz? | Evet | Sayı | 21 | 32 | 143 | 85 | 330 | 611 |
| | | % Satır | 3,4% | 5,2% | 23,4% | 13,9% | 54,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 48,8% | 50,8% | 69,1% | 66,4% | 69,0% | 66,5% |
| | | % Toplam | 2,3% | 3,5% | 15,6% | 9,2% | 35,9% | 66,5% |
| | Hayır | Sayı | 22 | 31 | 64 | 43 | 148 | 308 |
| | | % Satır | 7,1% | 10,1% | 20,8% | 14,0% | 48,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 51,2% | 49,2% | 30,9% | 33,6% | 31,0% | 33,5% |
| | | % Toplam | 2,4% | 3,4% | 7,0% | 4,7% | 16,1% | 33,5% |
| Toplam | Sayı | 43 | 63 | 207 | 128 | 478 | 919 | |
| | % Satır | 4,7% | 6,9% | 22,5% | 13,9% | 52,0% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 4,7% | 6,9% | 22,5% | 13,9% | 52,0% | 100,0% | |

İstatistikî bakımdan benzer bir anlamlı ilişki, katılımcıların geçmişteki amaçlarına ulaşip ulaşamadıklarına ilişkin değerlendirmeleri ile aylık ortalama hane geliri arasında görülmektedir ($p<0.05$, $sd=4$, $Chi-square=14,99$).

“1001 tl ve üzeri” aylık ortalama hane geliri olanların %69’u; “901-1000 tl” geliri olanların %66,4’ü; “601-900 tl” geliri olanların %69,1’i; “301-600 tl” geliri olanların %50,8’i ve “0-300 tl” geliri olanların ise %48,8’i “Geçmişteki amaçlarına bugün ulaştıklarını düşünen” katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.2.9. Katılımcıların Geleceğe İlişkin “Umutlarına” Göre Dağılımları



Katılımcıların %49'unun “gelecekte umutlu”; %51'inin ise “gelecekte umutsuz” olduklarını ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.2.10. Katılımcıların Gelecekte Umutlu Olup Olmadıklarına İlişkin Görüşleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

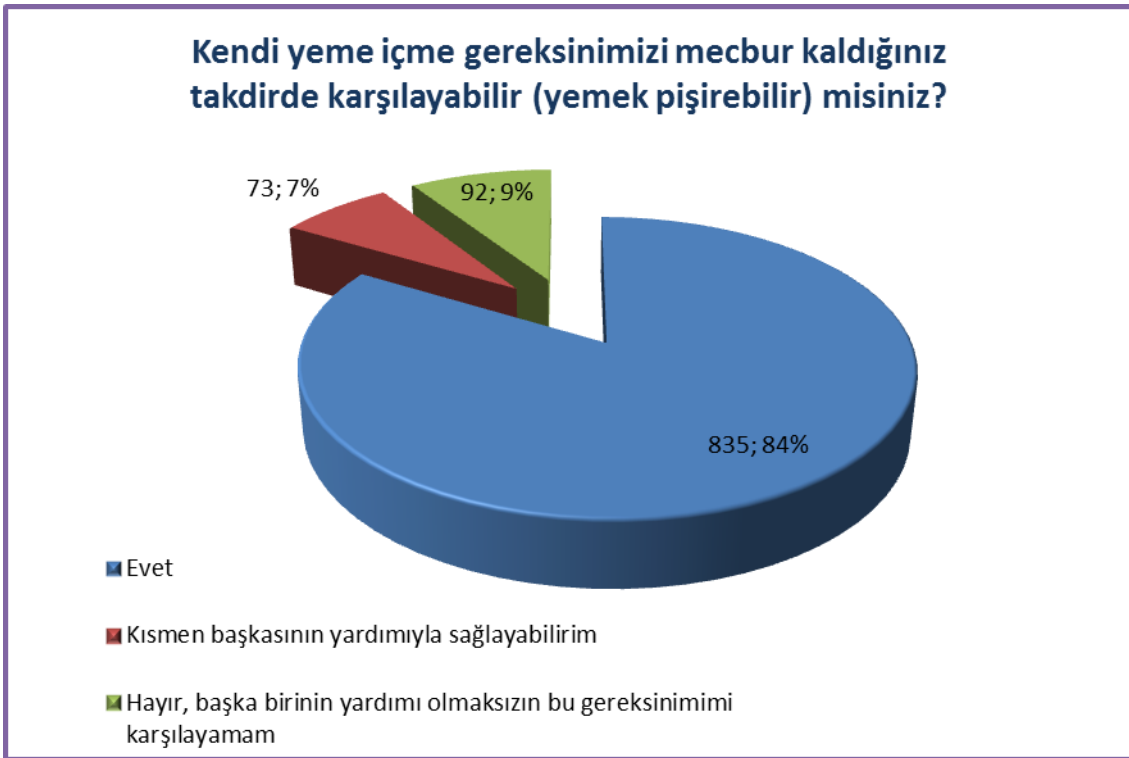
| Gelecekte Umut Duygusu ve Eğitim Durumuna Göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|-------|----------|-----------------|-----------|------------|--------|------------|--------|
| | | | Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
| | | | Okuryazar değil | Okuryazar | İlköğretim | Lise | Üniversite | |
| Gelecekte “umutlu” musunuz? | Evet | Sayı | 45 | 46 | 277 | 52 | 62 | 482 |
| | | % Satır | 9,3% | 9,5% | 57,5% | 10,8% | 12,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 36,0% | 48,9% | 52,4% | 43,3% | 55,4% | 49,2% |
| | | % Toplam | 4,6% | 4,7% | 28,3% | 5,3% | 6,3% | 49,2% |
| | Hayır | Sayı | 80 | 48 | 252 | 68 | 50 | 498 |
| | | % Satır | 16,1% | 9,6% | 50,6% | 13,7% | 10,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 64,0% | 51,1% | 47,6% | 56,7% | 44,6% | 50,8% |
| | | % Toplam | 8,2% | 4,9% | 25,7% | 6,9% | 5,1% | 50,8% |
| Toplam | | Sayı | 125 | 94 | 529 | 120 | 112 | 980 |
| | | % Satır | 12,8% | 9,6% | 54,0% | 12,2% | 11,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 12,8% | 9,6% | 54,0% | 12,2% | 11,4% | 100,0% |

Katılımcıların gelecekte umutlu olup olmadıklarına ilişkin değerlendirmeleri ile eğitim durumları arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, $sd=4$, $\text{Chi-square}=14,186$).

“Üniversite” mezunu olanların %44,6’sı; “Lise” mezunu olanların %56,7’si; “İlköğretim” mezunu olanların %47,6’sı; “okur-yazar” olanların %51,1’i ve “okur-yazar” olmayanların ise %64’ü “Gelecekte umutlu olmayan” katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.3. GÜNDELİK YAŞAM AKTİVİTELERİ

3.1.3.1. Katılımcıların “Yeme İçme” Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumlarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %84’ünün kendi **yeme-içme gereksinimlerini karşılayabildikleri**, %7’sinin “**kısmen**” başkalarından yardım alarak **karşılayabildikleri** ve %9’luk bir orandaki katılımcının ise kendi yeme-içme gereksinimlerini “**karşılayamadıkları**” görülmektedir.

3.1.3.2. Katılımcıların “Vücut Temizliklerini (Banyo/Tuvalet)” Kendilerinin Karşılabilme Durumlarına İlişkin Dağılımları



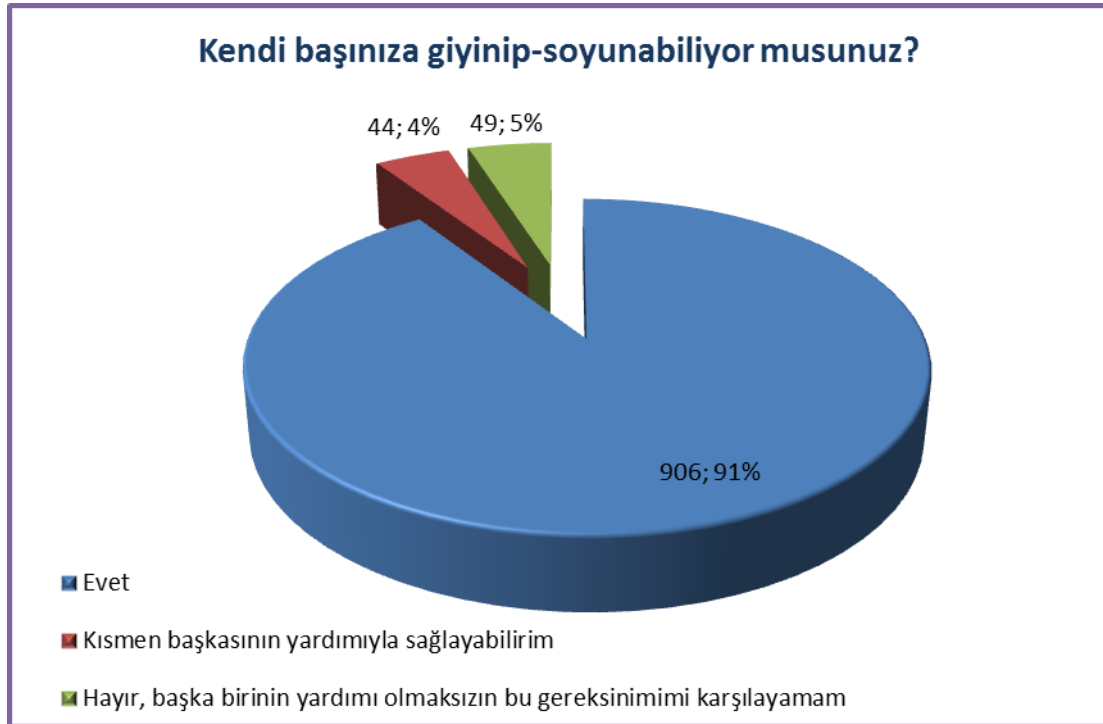
Katılımcıların %88’inin **kendi vücut temizliği ihtiyaçlarını karşılayabildikleri**, %6’sının **“kısmen”** başkalarından yardım alarak **karşılayabildikleri** ve %6’lık bir orandaki katılımcının ise kendi vücut temizliği ihtiyaçlarını **“karşılayamadıkları”** görülmektedir.

3.1.3.3. Katılımcıların Kendi Başlarına “Oturup, Kalkıp, Hareket Edip Edemedikleri”ne İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %91'inin **kendi başlarına hareket edebildikleri**, %5'inin başkalarından **"kısmen"** yardım alarak **kendi başlarına hareket edebildikleri** ve %4'lük bir orandaki katılımcının ise **kendi başlarına oturup, kalkıp, hareket etme imkânına sahip olmadıkları** görülmektedir.

3.1.3.4. Katılımcıların Kendi Başlarına "Giyinip-Soyunma" Durumlarına İlişkin Dağılımları



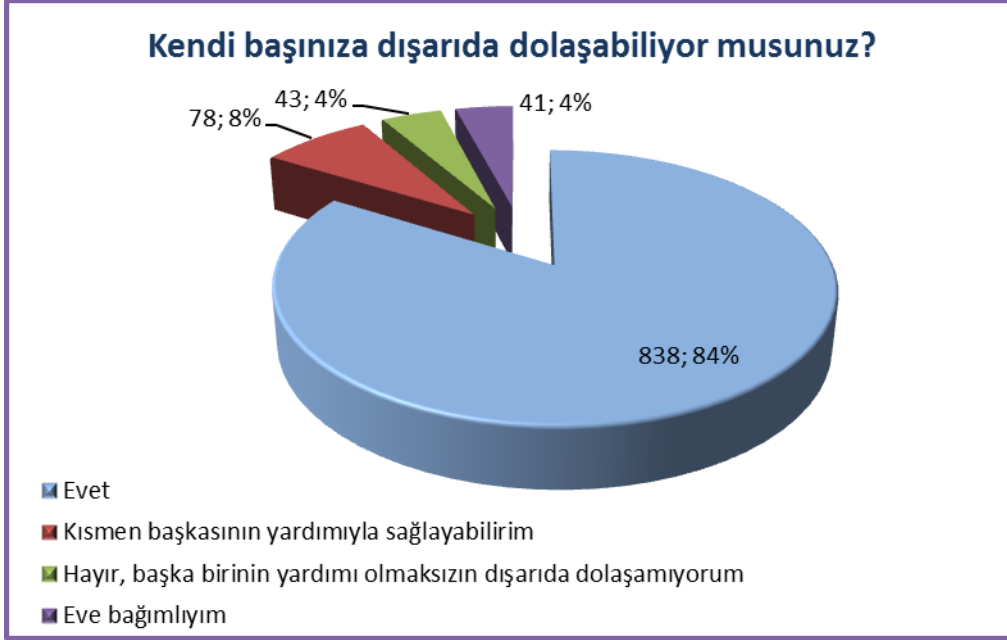
Katılımcıların %91'inin **kendi başlarına giyinip-soyunabildikleri**, %4'ünün başkalarından **"kısmen"** yardım alarak **kendi başlarına giyinip-soyunabildikleri** ve %5'lik bir orandaki katılımcının ise **kendi başlarına giyinip-soyunma imkânına sahip olmadıklarını** ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.3.5. Katılımcıların Kendi Başlarına “Evin İçinde Dolaşabilme” Durumlarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %92'sinin kendi başlarına evin içinde dolaşabildikleri, %4'ünün başkalarından “kısmen” yardım alarak evin içinde dolaşabildikleri ve %4'lük orandaki bir katılımcının ise kendi başlarına evin içinde dolaşabilme imkânına sahip olmadıkları görülmektedir.

3.1.3.6. Katılımcıların Kendi Başlarına “Dışarıda Dolaşabilme” Durumlarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %84'ünün **kendi başlarına dışarıda dolaşabildikleri**, %8'inin başkalarından **“kısmen”** yardım alarak **dışarıda dolaşabildikleri**, %4'ünün **başka birinin yardımı olmaksızın dışarıda dolaşabilme imkânına sahip olmadıkları** ve %4'lük orandaki bir katılımcının ise tamamen **eve bağımlı konumda** oldukları görülmektedir.

3.1.3.7. Katılımcıların “Son Altı Ay İçinde Ev İçinde Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %16'sının (156 kişi) “son altı ay içinde ev içerisinde” düştüklerini ifade etmiş oldukları görülmektedir.

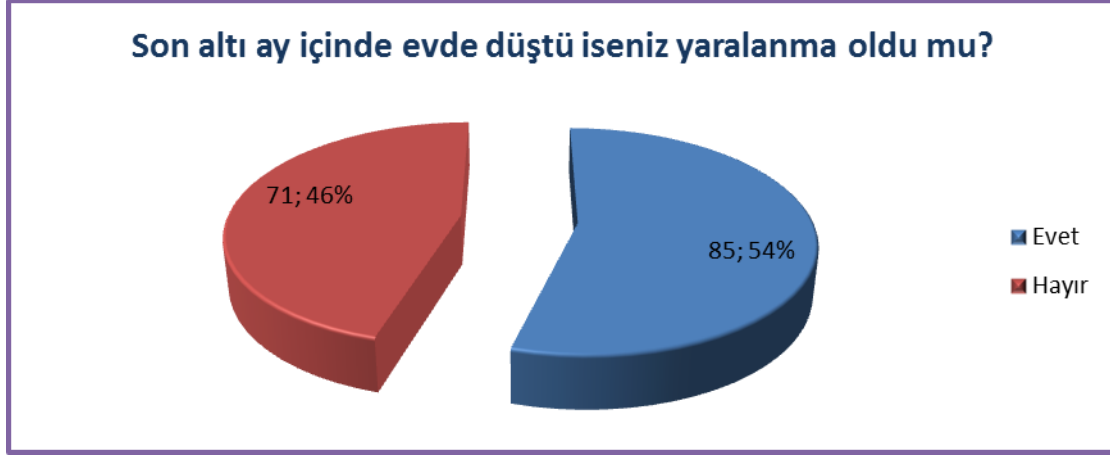
3.1.3.8. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre “Son Altı Ay İçinde Ev İçinde Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları

| | | | Son altı ay içinde evde düştünüz mü? | | Toplam |
|-----------------|-------|----------------|--------------------------------------|---------------|---------------|
| | | | Evet | Hayır | Evet |
| Cinsiyet | Kadın | Sayı | 112 | 436 | 548 |
| | | % Satır | 20,4% | 79,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 71,8% | 51,8% | 55,0% |
| | Erkek | Sayı | 44 | 405 | 449 |
| | | % Satır | 9,8% | 90,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 28,2% | 48,2% | 45,0% |
| Toplam | | Sayı | 156 | 841 | 997 |
| | | % Satır | 15,6% | 84,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Katılımcıların son 6 ay içinde ev içinde düşme durumlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$, $sd=1$, Chi-square=21,162).

Kadınların %20,4'nün, erkeklerin %9,8'nin son 6 ay içinde düştüğü görülmüştür.

3.1.3.9. Son Altı Ay İçinde Ev İçerisinde Düşmeden Kaynaklanan Yaralanma Durumlarına İlişkin Dağılım



“Son altı ay içinde ev içerisinde” düştüklerini ifade etmiş olan 156 katılımcının %54’ü (85 kişi) ev içerisindeki düşmenin ardından “**yaralanma**”ya maruz kalmış olduklarını ifade etmişlerdir.

3.1.3.10. Katılımcıların “Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %17’sinin (165 kişi) “son altı ay içinde ev dışında” düştüklerini ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.3.11. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre “Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşme” Durumlarına İlişkin Dağılımları

| | | | Son altı ay içinde ev dışında düştünüz mü? | | Toplam |
|----------|-------|---------|--|--------|--------|
| | | | Evet | Hayır | Evet |
| Cinsiyet | Kadın | Sayı | 117 | 430 | 547 |
| | | % Satır | 21,4% | 78,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 70,9% | 51,8% | 55,0% |
| | Erkek | Sayı | 48 | 400 | 448 |
| | | % Satır | 10,7% | 89,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 29,1% | 48,2% | 45,0% |
| Toplam | | Sayı | 165 | 830 | 995 |
| | | % Satır | 16,6% | 83,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Katılımcıların son 6 ay içinde ev dışında düşme durumlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, $sd=1$, Chi-square=20,289).

Kadınların %21,4'nün, erkeklerin %10,7'sinin son 6 ay içinde ev dışında düştüğü görülmüştür.

3.1.3.12. Son Altı Ay İçinde Ev Dışında Düşmeden Kaynaklanan Yaralanma Durumlarına İlişkin Dağılım



“Son altı ay içinde ev dışında” düştüklerini ifade etmiş olan 165 katılımcının %61'i (100 kişi) ev dışında düşmenin ardından “**yaralanma**”ya maruz kalmış olduklarını ifade etmişlerdir.

3.1.4. YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL NETWORK

3.1.4.1. Katılımcıların Eş, Dost ve Ahbablarıyla Nerelerde Görüşüyor Olduklarına İlişkin Dağılımları

| Eş, dost ve ahbablarınızla genellikle nerede görüşüyorsunuz? | Sayı | Yüzde % | |
|--|--------|---------|-------|
| Kahvehanede | Evet | 168 | 17,0 |
| | Hayır | 818 | 83,0 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Derneklere | Evet | 67 | 6,8 |
| | Hayır | 918 | 93,2 |
| | Toplam | 985 | 100,0 |
| Günlerde | Evet | 144 | 14,6 |
| | Hayır | 842 | 85,4 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Adaklarda | Evet | 6 | 0,6 |
| | Hayır | 980 | 99,4 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Hayırlarda | Evet | 62 | 6,3 |
| | Hayır | 924 | 93,7 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Bayramlarda | Evet | 82 | 8,3 |
| | Hayır | 904 | 91,7 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Düğünlerde | Evet | 111 | 11,3 |
| | Hayır | 875 | 88,7 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Camide | Evet | 119 | 12,1 |
| | Hayır | 867 | 87,9 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Pazarda | Evet | 58 | 5,9 |
| | Hayır | 928 | 94,1 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Çarşıda | Evet | 167 | 16,9 |
| | Hayır | 819 | 83,1 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Kafelerde | Evet | 322 | 32,7 |
| | Hayır | 664 | 67,3 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Köyde | Evet | 55 | 5,6 |
| | Hayır | 931 | 94,4 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Sağlık Merkezi | Evet | 4 | 0,4 |
| | Hayır | 982 | 99,6 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |
| Evlerde | Evet | 711 | 72,1 |
| | Hayır | 275 | 27,9 |
| | Toplam | 986 | 100,0 |

Katılımcıların “eş, dost ve ahbablarıyla en sık olarak nerelerde görüşüyor oldukları”na ilişkin verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında, %72,1’lik en yüksek oranda “evlerde” görüştiklerini ifade ettikleri, bu oranı, %32,7 ile “kafeler”in, %17 ile “kahvehane”lerin, %16,9 ile “çarşı”nın, %14,6 ile “günler”in ve %12,1 ile “cami”nin takip ettiği görülmektedir.

Cinsiyet değişkenine bağlı olarak görüşülen yerler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

3.1.4.2. Katılımcıların “Kişisel Beceri Arttırmaya Yönelik Uğraşılara Zaman Ayırma Durumları”na İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %19’unun (yaklaşık her beş kişiden birinin), yaşlılık döneminde kişisel becerilerini arttırmaya yönelik uğraşılara zaman ayırma imkânına sahip olabildiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Zaman ayırma fırsatı bulunduğu ifade edilen uğraşılardan oldukça geniş bir çeşitliliğe sahip oldukları görülmüştür. Aşağıdaki tabloda kişisel becerileri arttırmaya yönelik faaliyetlerin listesi verilmiştir:

| Faaliyetler | |
|--------------------------|---|
| Güzel sanatlar | Edebiyat, resim, müzik, plastik sanatlar, fotoğrafçılık |
| Zanaat | Marangozluk, terzilik, tamircilik |
| Hobi El Sanatları | Ahşap Boyama, Takı tasarımı, Yünden Bebek, Yapma |
| Ziraat | Bağ-Bahçe İşleri, Arıcılık, Hayvancılık, Çiftçilik |
| Avcılık | Deniz, Kara, Hava |
| Kurslara katılma | Bilgisayar öğrenme, Dil öğrenme, Okuma-yazma |
| Spor | Yürüyüş |
| Dernekçilik | |
| Bulmaca Çözme | |
| Çevirmenlik | |
| Tabelacılık | |

3.1.4.3. Katılımcıların Kişisel Becerilerini Arttırmaya Yönelik Olarak Özel Eğitim ve Kurslara Katılma Durumlarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %9'unun "kişisel becerilerini arttırmaya yönelik özel eğitim ve kurslar"a katılmış olmalarına karşın, %91'lik yüksek orandaki katılımcının bu türden eğitim ve kurslara katılım göstermediklerini ifade ettikleri gözlemlenmektedir. Aşağıdaki tabloda kişisel becerileri arttırmaya yönelik katılım gösterilen kursların listesi verilmiştir:

| Kurslar | |
|------------------------|--|
| El sanatları | Dikiş-nakiş, el-işi, boncuk boyama, Ahşap-boyama, çiçek |
| Güzel Sanatlar | Resim, müzik |
| Özel Eğitim ve Kurslar | Muhasebe, Bankacılık, hizmet içi eğitim seminerleri, moda, |
| Sağlık | İlk yardım kursu, beslenme eğitimi |
| Spor | Sörf, hakemlik, antrenörlük |
| Bilgisayar | İnternet kursu, genel bilgisayar |
| Dil | Yabancı dil, okuma-yazma kursu |
| Dini | Kur-an kursu, hafızlık kursu |

3.1.4.4. Katılımcıların “Sivil Toplum Faaliyetlerine Zaman Ayırma Durumları”na İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %14'ünün “sivil toplum faaliyetlerine” katılım gösterdiklerini ifade ettikleri görülmüştür.

3.1.4.5. Katılımcıların “Emekli olduktan sonra ya da yaşlılık dönemlerinde, daha sık zaman ayırma fırsatı buldukları faaliyet tiplerine” Göre Dağılımları

| Emekli olduktan sonra ya da yaşlılık döneminde daha önce zaman ayıramadığınız aşağıdaki sosyal faaliyetlerden hangilerine daha çok zaman ayırmaya başladınız? | Sayı | Yüzde % | |
|---|---------------|---------|-------|
| Ava Gitme | Evet | 43 | 4,8 |
| | Hayır | 857 | 95,2 |
| | Toplam | 900 | 100,0 |
| Kişisel Beceri Kursları | Evet | 13 | 1,4 |
| | Hayır | 886 | 98,6 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Turistik Geziler | Evet | 158 | 17,6 |
| | Hayır | 741 | 82,4 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Köyünde Daha Çok İkamet Etmeye Başlama | Evet | 46 | 5,1 |
| | Hayır | 853 | 94,9 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| El işi, Dikiş, Nakış İşlerine Daha Çok Zaman Ayırma | Evet | 78 | 8,7 |
| | Hayır | 821 | 91,3 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Müzikle Uğraşma | Evet | 45 | 5,0 |
| | Hayır | 854 | 95,0 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Resimle Uğraşma | Evet | 12 | 1,3 |
| | Hayır | 887 | 98,7 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Torun Bakımı | Evet | 188 | 20,9 |
| | Hayır | 711 | 79,1 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Konserlere Gitme | Evet | 46 | 5,1 |
| | Hayır | 853 | 94,9 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Sergilere Gitme | Evet | 47 | 5,2 |
| | Hayır | 852 | 94,8 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Adaklara Gitme | Evet | 19 | 2,1 |
| | Hayır | 880 | 97,9 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Hayırlara Gitme | Evet | 147 | 16,4 |
| | Hayır | 752 | 83,6 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |
| Düğünlere Gitme | Evet | 189 | 21,0 |
| | Hayır | 710 | 79,0 |
| | Toplam | 899 | 100,0 |

Katılımcıların yukarıda sözü geçen faaliyet ve etkinlikler içinde en yüksek oranda, %21 ile “düğünlere gitme”ye daha fazla oranda vakit bulabilmiş oldukları görülmektedir. Bu oranı %20,9 ile “torun bakımı” ve %17,6 ile “turistik gezilere katılma” faaliyetlerinin takip ettiği görülmektedir.

3.1.4.6. Katılımcıların “Torun Bakımına Daha Çok Fırsat Bulup Bulmadıklarına” İlişkin Görüşleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki

| Cinsiyet ve “Torun Bakımına Daha Çok Zaman Ayırma Fırsatı Bulup Bulunmadığı”na Göre Dağılım | | | | | |
|---|-------|----------|--|---------------|---------------|
| | | | “Torun Bakımına Daha Çok Zaman Ayırma Fırsatı Bulup Bulunmadığı” | | Toplam |
| | | | Evet | Hayır | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 115 | 374 | 489 |
| | | % Satır | 23,5% | 76,5% | 100,0% |
| | | % Sütun | 61,2% | 52,6% | 54,4% |
| | | % Toplam | 12,8% | 41,6% | 54,4% |
| | Erkek | Sayı | 73 | 337 | 410 |
| | | % Satır | 17,8% | 82,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 38,8% | 47,4% | 45,6% |
| | | % Toplam | 8,1% | 37,5% | 45,6% |
| Toplam | | Sayı | 188 | 711 | 899 |
| | | % Satır | 20,9% | 79,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 20,9% | 79,1% | 100,0% |

“Torun bakımı”na daha çok vakit ayırma fırsatı bulmuş olduklarını ifade eden katılımcıların, “cinsiyete” göre dağılımları arasında istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

“Torun bakımına daha çok fırsat bulduklarını ifade eden” katılımcıların, %61,2’si “kadın”, %38,8’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

“Kadınlar”ın %23.5’i , % 76,5’i “fırsat bulamadıklarını” ifade etmişlerken, **“erkekler”**in %17,8’i “torun bakımına daha çok zaman ayırabilecek fırsat bulabildiklerini”, % 82,2’si “fırsat bulamadıklarını” ifade etmişlerdir.

3.1.4.7. Katılımcıların “Özel ve Kamusal” Alanlardan “En Çok Önem Verdikleri Rol-Görevlerin” Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı

| Aşağıdaki görevlerden/rollerden en çok hangisine önem veriyorsunuz? | Sayı | Yüzde % |
|---|-------------|---------------|
| Annelik ya da Babalık | 473 | 40,8% |
| Dedelik ya da Anneannelik-Babaannelik | 514 | 44,3% |
| Komşuluk | 135 | 11,6% |
| Hemşehrilik | 13 | 1,1% |
| Dernekçilik | 14 | 1,2% |
| Particilik | 10 | ,9% |
| Toplam | 1159 | 100,0% |

Katılımcıların “en çok önem verdikleri rol-görevlerin” toplam yanıtlar içindeki dağılımına bakıldığında; **“Dedelik ve anneannelik-babaannelik” rollerinin %44,3** ile en yüksek oranda önemsenen roller olarak görüldüğü dikkat çekmektedir.

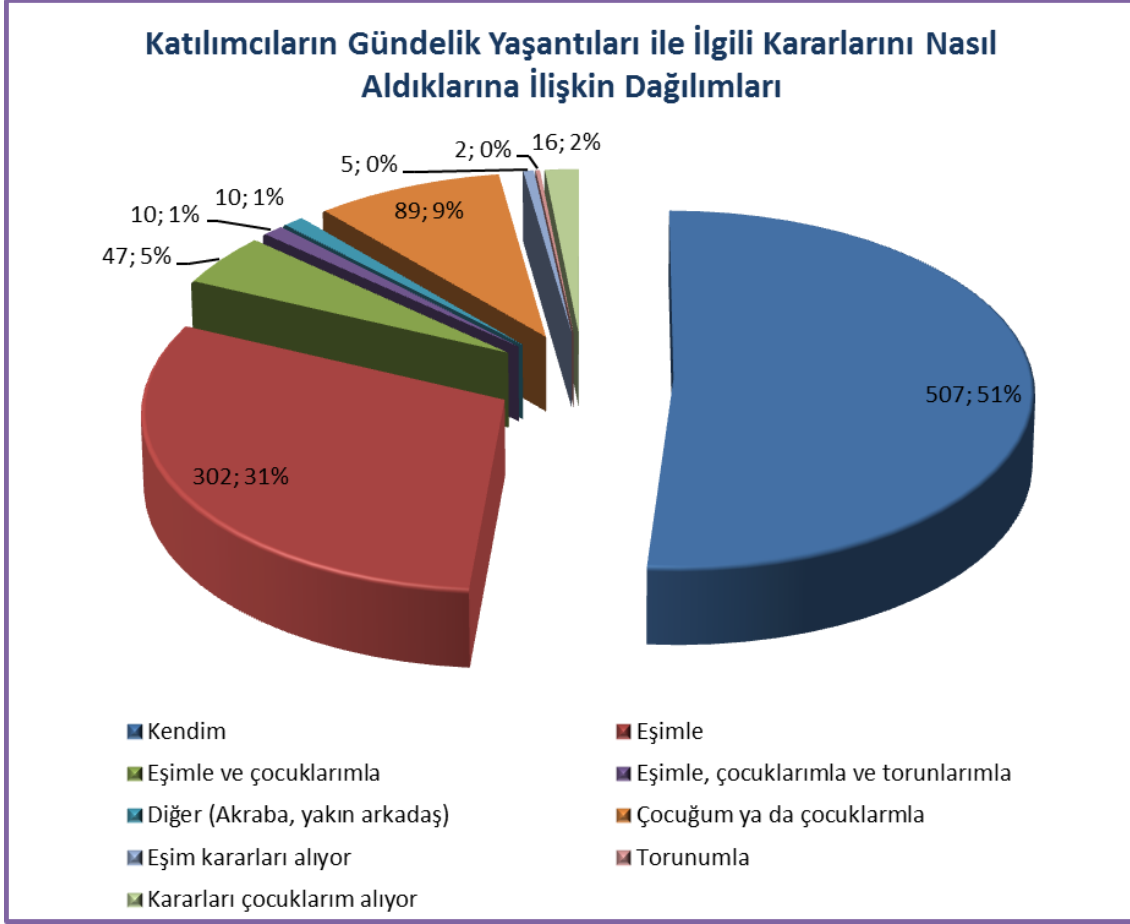
Bu oranı **% 40,8** ile **“Babalık ya da annelik rolleri”** takip etmektedir.

“Komşuluk rolleri”nin **%11,6** ile **“hemşehrilik”, “dernekçilik”** ve **“particilik”** rollerinden daha yüksek oranda bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

“Komşu” olarak bir kimlik bileşeninin önemli olduğunu düşünenlerin oranı **%13,9** iken “hemşehrilik” rolünü önemli görenlerin oranı **%1,6**’dır.

Kamusal sivil alana ilişkin, **“dernekçilik”** kimliğini önemli görenlerin oranı **%1,2** iken **“partili”** kimliğini önemli görenlerin oranı **%0,9**’dur.

3.1.4.8. Katılımcıların Gündelik Yaşantıları ile İlgili Kararlarını Nasıl Aldıklarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %51'inin "gündelik yaşantılarındaki kararlarını" "kendilerinin aldığı", %31'inin "eşleriyle birlikte karar aldıkları", %9'unun ""Çocukları ya da çocuğu birlikte karar aldıkları" ve %5'inin "eşi ve çocuklarıyla birlikte karar aldıkları" görülmektedir.

"Kararları kendilerinin aldıklarını" ifade etmiş olanların %60'ı "kadın", %40'ı erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

"Kararlarını eşleri ile birlikte aldıklarını" ifade etmiş olanların %37,7'si "kadın", %62,3'ü "erkek" katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.4.9. Katılımcıların Gündelik Yaşantıları ile İlgili Kararlarını Nasıl Aldıkları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki

| Cinsiyet ve “Gündelik yaşantılarına ilişkin kararların nasıl alındığı?”na göre Dağılım | | | | | | |
|--|-------|----------|---|---|---|--------|
| | | | Gündelik yaşantılarına ilişkin kararların nasıl alındığı? | | | Toplam |
| | | | Kararlarını kendisi alıyor | Kararlarını aile fertleriyle ortaklaşa alıyor | Kararlarını eş ya da çocukları olmak üzere başkaları alıyor | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 304 | 224 | 14 | 542 |
| | | % Satır | 56,1% | 41,3% | 2,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 60,0% | 48,7% | 66,7% | 54,9% |
| | | % Toplam | 30,8% | 22,7% | 1,4% | 54,9% |
| | Erkek | Sayı | 203 | 236 | 7 | 446 |
| | | % Satır | 45,5% | 52,9% | 1,6% | 100,0% |
| | | % Sütun | 40,0% | 51,3% | 33,3% | 45,1% |
| | | % Toplam | 20,5% | 23,9% | 0,7% | 45,1% |
| Toplam | | Sayı | 507 | 460 | 21 | 988 |
| | | % Satır | 51,3% | 46,6% | 2,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 51,3% | 46,6% | 2,1% | 100,0% |

Katılımcıların gündelik yaşantılarındaki kararlarını nasıl alıyor olduklarına ilişkin olarak, kararların “bireysel”, “ortaklaşa” ve “onlar adına başkaları tarafından kararların alınıyor olduğu” durumlara yönelik bir sınıflandırma yapıldığında, söz konusu karar alma biçimlerinin cinsiyete göre istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılaşma içerdiği görülmüştür ($p < 0.05$, $df=2$ Chi-Square=13,567).

“Kararlarını kendileri” alanların %60’ı “kadın”, %40’ı “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

“Kararlarını başkalarının aldığı” katılımcıların, %66’sı “kadın”, %33,3’ü “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

“Kadınların”, %56,1’ i “kararlarını kendileri” alan, %41,3’ü “ortaklaşa” karar alan ve %2,6’sı “kendileri adına başkalarının karar aldığı” katılımcılardan oluşmaktadır.

“Erkeklerin”, %45,5’ i “kararlarını kendileri” alan, %52,9’u “ortaklaşa” karar alan ve %1,6’sı “kendileri adına başkalarının karar aldığı” katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.4.10. Katılımcıların Gündelik Yaşantılarına İlişkin Kararların Nasıl Alındığı ile Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları Arasındaki İlişki

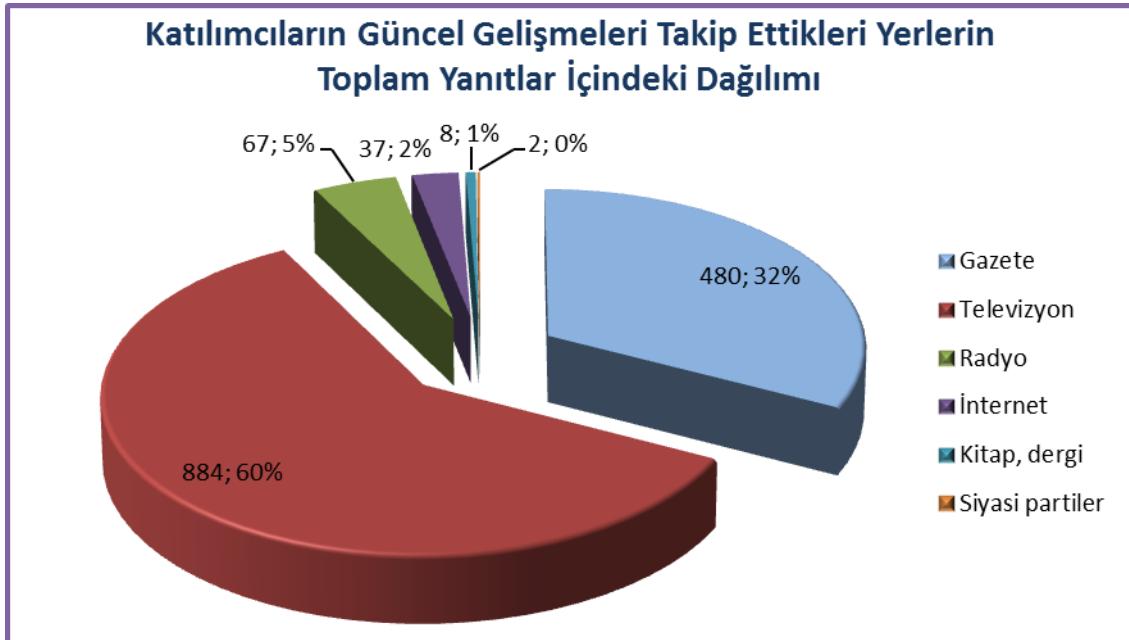
| “Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıkları” ve “Gündelik yaşantılarına ilişkin kararların nasıl alındığı?”na göre Dağılım | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|---------------|
| | | | Gündelik yaşantılarına ilişkin kararların nasıl alındığı? | | | Toplam |
| | | | Kararlarını kendisi alıyor | Kararlarını aile fertleriyle ortaklaşa alıyor | Kararlarını eş ya da çocukları olmak üzere başkaları alıyor | |
| Katılımcıların Hayatlarını Halen Yakın Duygusal İlişkide Oldukları Bir Partnerle Paylaşıp Paylaşmadıklarına Göre Dağılımları | Halen yakın duygusal ilişkide olduğu partneri olmaksızın yaşamını sürdürenler | Sayı | 320 | 106 | 15 | 441 |
| | | % Satır | 72,6% | 24,0% | 3,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 63,1% | 23,0% | 71,4% | 44,6% |
| | | % Toplam | 32,4% | 10,7% | 1,5% | 44,6% |
| | Halen hayatlarını, evli ya da evli olmaksızın bir partnerle sürdürenler | Sayı | 187 | 354 | 6 | 547 |
| | | % Satır | 34,2% | 64,7% | 1,1% | 100,0% |
| | | % Sütun | 36,9% | 77,0% | 28,6% | 55,4% |
| | | % Toplam | 18,9% | 35,8% | 0,6% | 55,4% |
| Toplam | Sayı | 507 | 460 | 21 | 988 | |
| | % Satır | 51,3% | 46,6% | 2,1% | 100,0% | |
| | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % Toplam | 51,3% | 46,6% | 2,1% | 100,0% | |

Katılımcıların gündelik yaşantılarındaki kararlarını nasıl alıyor olduklarına ilişkin olarak, kararların “bireysel”, “ortaklaşa” ve “onlar adına başkaları tarafından kararların alınıyor olduğu” durumlara yönelik bir sınıflandırma yapıldığında, söz konusu karar alma biçimlerinin, katılımcıların “hayatlarını halen yakın duygusal ilişki içinde oldukları bir partnerle paylaşıyor olup olmadıkları”na göre, istatistikî bakımdan anlamlı bir farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$, $df=2$ Chi-Square=162,954).

Kararları katılımcılar adına başkalarının aldıkları katılımcıların, %71,4'ü “yaşamını partnersiz sürdüren” katılımcılardan oluşurken, “yaşamını partnerli sürdürenler”de bu oran %28,6'dır.

Kararlarını kendileri alan katılımcıların, %63,1'nin “partneri yokken”, %36,9'unun hayatlarını paylaşmakta oldukları bir partnerlerinin olduğu görülmüştür.

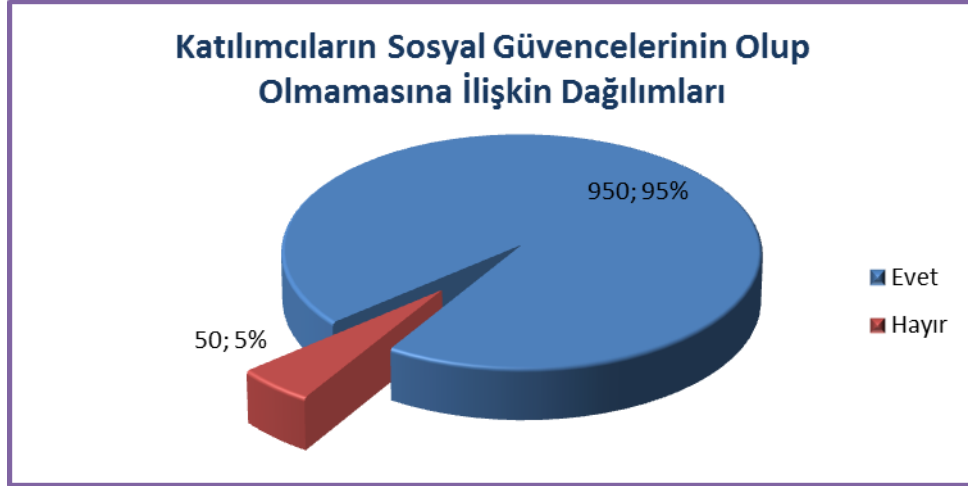
3.1.4.11. Katılımcıların Güncel Gelişmeleri Takip Ettikleri Yerlerin Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı



Katılımcıların “gündemi nerelerden takip ettikleri”ne ilişkin olarak toplam yanıtlar içindeki dağılımlar göz önünde bulundurulduğunda, %60'ının “televizyon”dan, %32'sinin “gazeteler”den ve %5'inin ise “radyo”dan gündemi takip ettiklerini ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

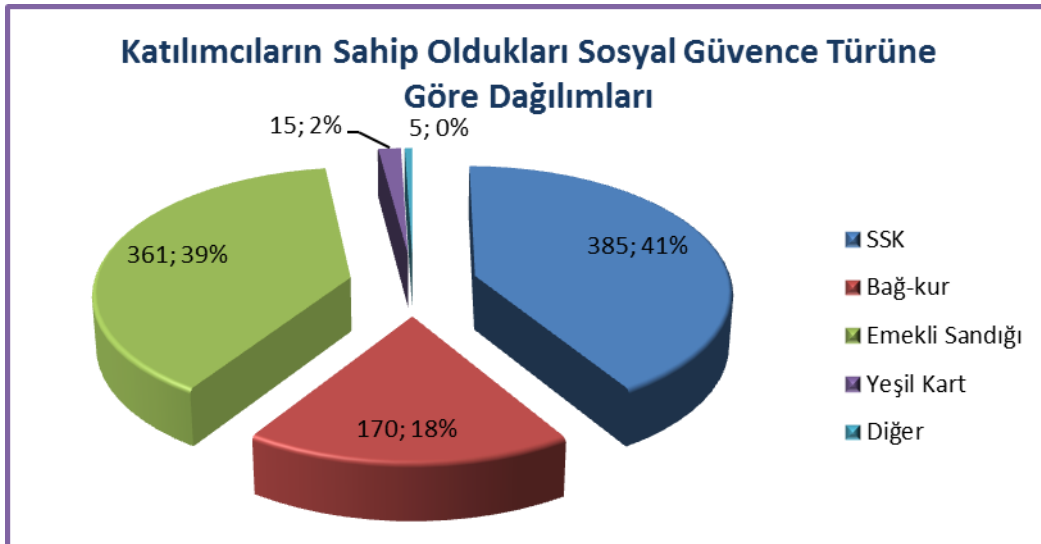
3.1.5.1. Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Olup Olmamasına İlişkin Dağılımları



Örnekleme dâhil olan katılımcıların %95'inin **sosyal güvencelerinin olduğu** buna karşın %5'lik bir bölümünün **sosyal güvencelerinin bulunmadığı** görülmüştür.

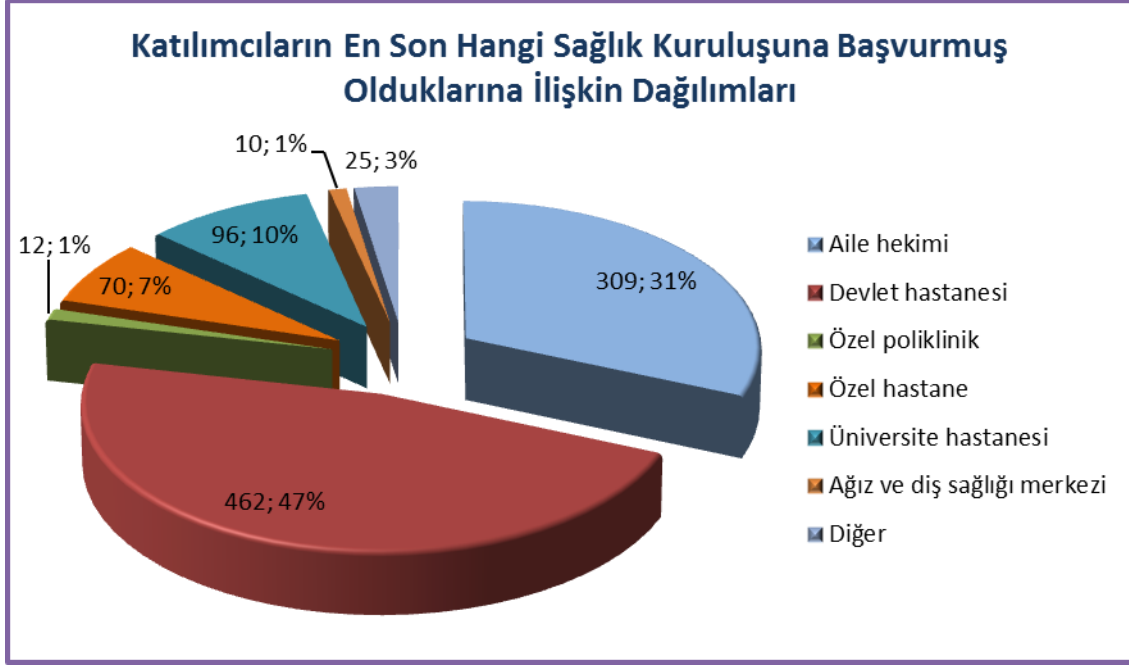
Sosyal güvenceleri olduğunu ifade eden katılımcıların %28,6'sının (261 kişi) sigortasının "eşleri" üzerinden gerçekleştirilmiş olduğu tespit edilmiştir.

3.1.5.2. Katılımcıların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılımları



Örnekleme dahil olan katılımcıların %41'inin "SSK", %39'unun "Emekli Sandığı" ve %18'inin "Bağ-Kur"lu oldukları tespit edilmiştir.

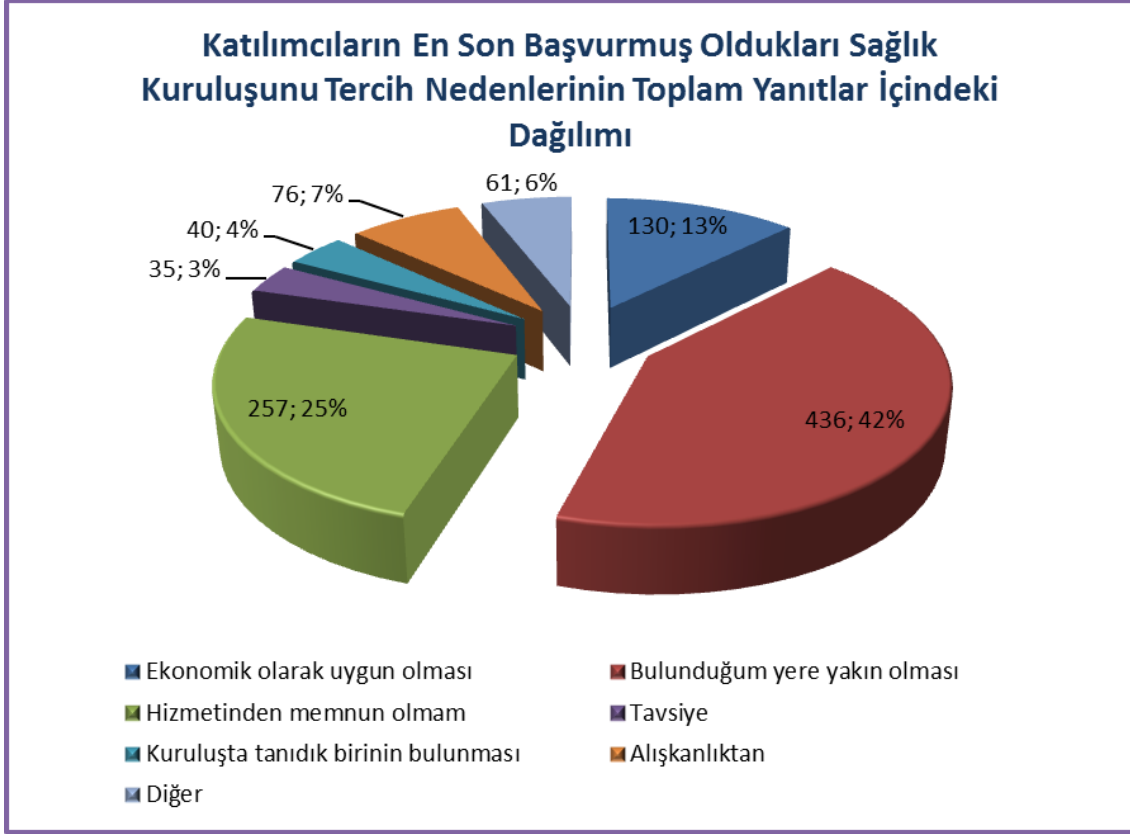
3.1.5.3. Katılımcıların En Son Hangi Sağlık Kuruluşuna Başvurmuş Olduklarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %47'sinin "Devlet Hastanesi"ne; %31'inin "Aile Hekimleri"ne ve %10'unun "Üniversite Hastanesi"ne başvurmuş oldukları görülmektedir.

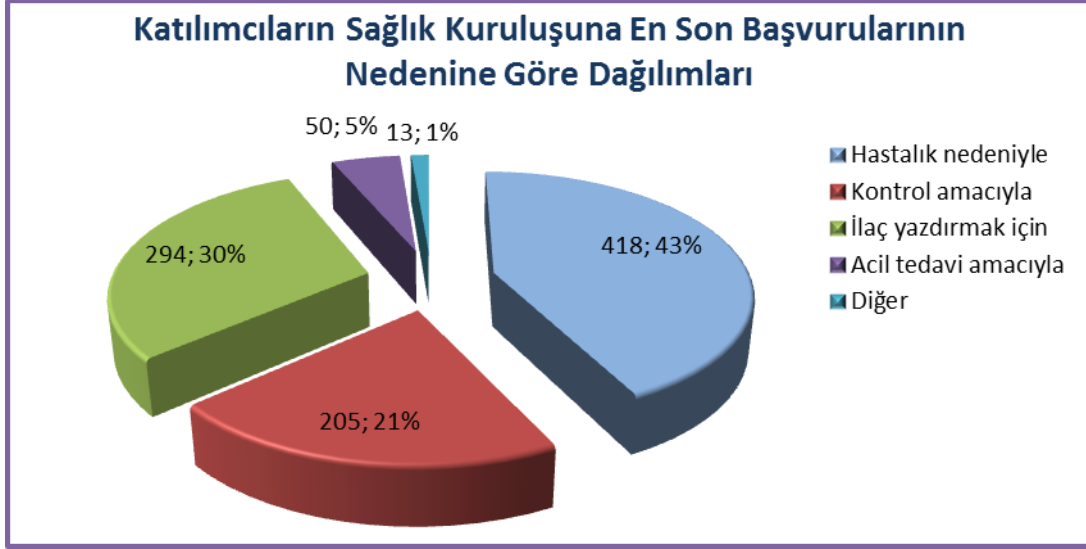
"Özel hastane"ye başvuranların oranı %7'dir.

3.1.5.4. Katılımcıların En Son Başvurmuş Oldukları Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin Toplam Yanıtlar İçindeki Dağılımı



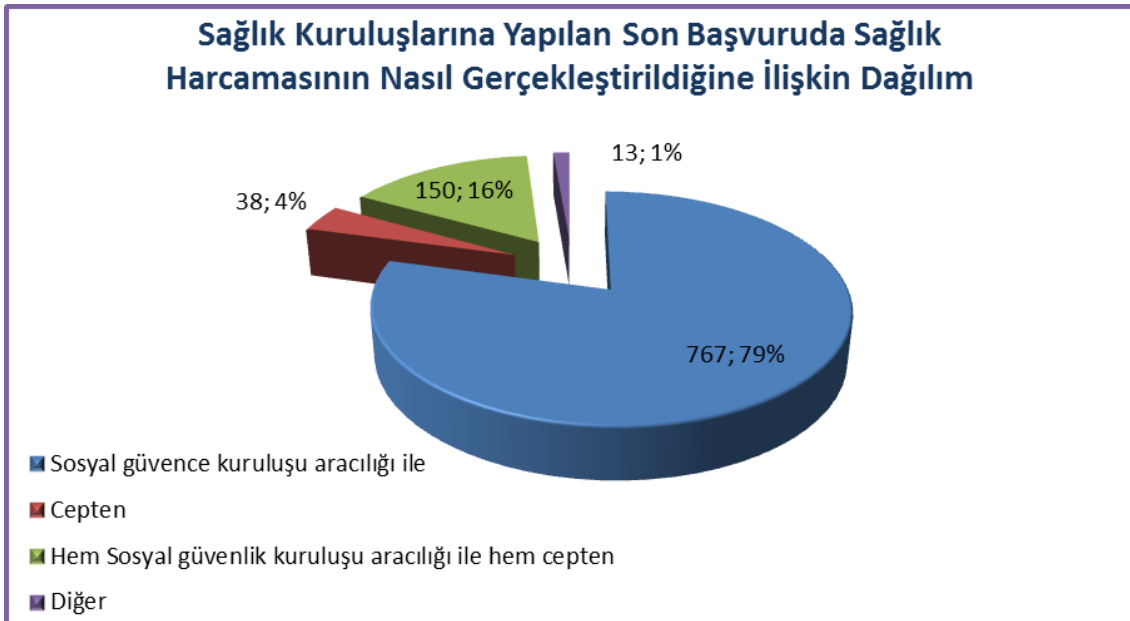
Katılımcıların %42'si son başvuruda buldukları sağlık kuruluşunu tercih etme nedenleri arasında "buldukları yere yakın olmasını" göstermişler; bu oranı %25 ile "hizmet memnuniyeti", %13 ile "ekonomik olarak uygun olması", %7 ile "alışkanlık" ve %6 ile "kuruluşta tanıdık olması" gerekçeleri takip etmiştir.

3.1.5.5. Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna En Son Başvurularının Nedenine Göre Dağılımları



Sağlık kuruluşlarına en son yapılan başvuruların nedenleri arasında %43 ile “hastalık”; %21 ile “kontrol amaçlı”, %30 ile “ilaç yazdırmak amacıyla”, %5 ile “acil” ve %1 oranında da “diğer” gerekçelerle başvuruların yapıldığı gözlemlenmektedir.

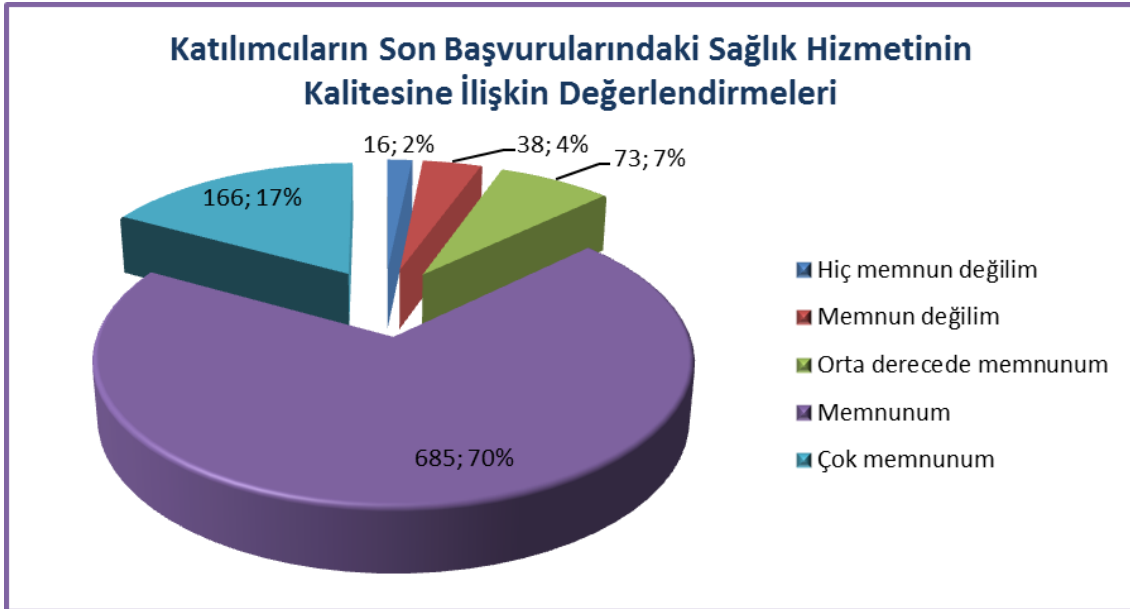
3.1.5.6. Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Son Başvuruda Sağlık Harcamasının Nasıl Gerçekleştirildiğine İlişkin Dağılım



Sağlık kuruluşlarına yapılan son başvuruda “sağlık harcamasının nasıl gerçekleştirildiği”ne ilişkin dağılım göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların %79’unun söz konusu ödemeyi “sosyal güvence kuruluşu aracılığı ile” gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir.

%16’sı “hem sosyal güvenlik kuruluşu hem de kendi cebinden”, %4’ü tamamen kendi cebinden ödeme yaptıklarını ifade etmişlerdir.

3.1.5.7. Katılımcıların Son Başvurularındaki Sağlık Hizmetinin Kalitesine İlişkin Değerlendirmeleri



Katılımcıların sağlık kuruluşlarına son başvurularındaki sağlık hizmetinin kalitesi konusundaki değerlendirmelerinin dağılımına bakıldığında; %2’sinin (16 kişi) “hiç memnun olmadığı”, %4’ünün (38 kişi) “memnun olmadığı”, %7’sinin (73 kişi) “orta derecede memnun” olduğu, katılımcıların %70’inin (685 kişi) ve en yüksek oranının “memnun” oldukları ve %17’sinin (166 kişi) “çok memnun” oldukları görülmektedir.

Devlet hastanesine başvuranların, %2’si “hiç memnun değil”, % 4,6’sı “memnun değil”, %7,2’si “orta derecede memnun”, % 71,2’si “memnun” ve %15,1’i “çok memnun” olduklarını ifade etmişlerdir.

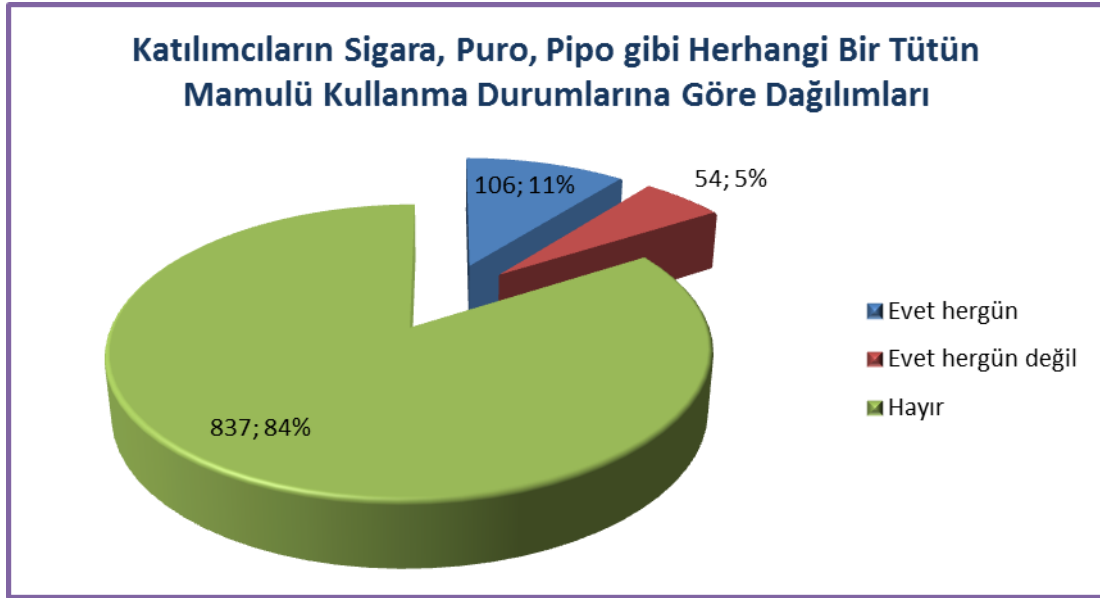
Üniversite hastanesine başvuranların, % 3,2’si “hiç memnun değil”, % 4,2’si “memnun değil”, %7,4’ü “orta derecede memnun”, % 65,3’ü “memnun” ve %20’si “çok memnun” olduklarını ifade etmişlerdir.

Aile hekimlerine başvuranların, %0,3'ü "hiç memnun değil", % 2,9'u "memnun değil", %8,4'ü "orta derecede memnun", % 72,5'i "memnun" ve %15,9'u "çok memnun" olduklarını ifade etmişlerdir.

Özel hastaneye başvuranların, % 1,4'ü "hiç memnun değil", % 5,7'si "memnun değil", %5,7'si "orta derecede memnun", % 64,3'ü "memnun" ve %22,9'u "çok memnun" olduklarını ifade etmişlerdir.

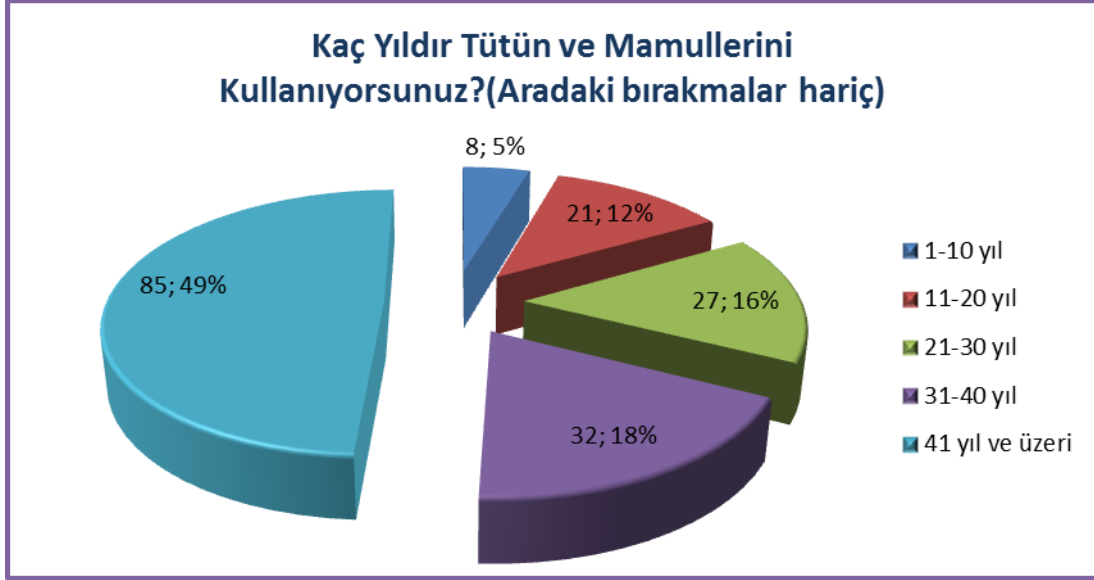
3.1.6. ZARARLI ALIŞKANLIKLAR

3.1.6.1. Katılımcıların Sigara, Puro, Pipo gibi Herhangi Bir Tütün Mamulü Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları



Katılımcıların %84'ü tütün mamulü "kullanmadıklarını", %11'i "her gün kullandıklarını" ve %5'i "her gün kullanmadıklarını" ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.6.2. Katılımcıların Sigara, Puro, Pipo gibi Herhangi Bir Tütün Mamulü Kullanma Sürelerine Göre Dağılımları



Örneklemin %17,3'lük bölümünü oluşturan (173 kişi) ve "kaç yıldır tütün ve mamülleri kullanıyorsunuz?" sorusuna yanıt vermiş bulunan katılımcıların %49'unun "41 yıl ve üzeri bir süreden beri", %18'inin "31-40", %16'sının "21-30", %12'sinin "11-20" ve %5'inin "1-10" yıldır "tütün ve mamullerini kullanıyor olduklarını ifade ettikleri görülmektedir.

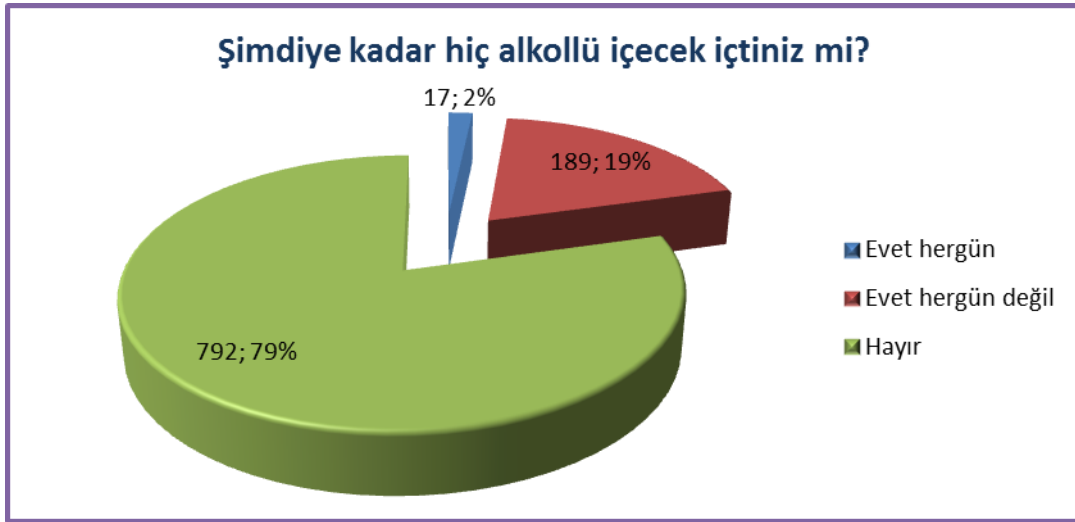
3.1.6.3. Katılımcıların "Son bir ayda sigara ile ilgili önemli bir sağlık sorunu" Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %97'si, sigara ile ilgili olarak son bir ay içinde önemli bir sağlık sorunu "yaşamadıklarını" ifade etmişlerken, %3'ü (30 kişi) son bir ay içinde tütün mamulleri kullanımına bağlı olarak önemli sağlık sorunları yaşamış olduklarını ifade etmişlerdir.

Sigaraya bağlı yaşanan sorunlar içinde en fazla nefes darlığı, kronik bronşit ve benzeri hastalıklar, kalp hastalığı ve akciğer kanseri cevapları dikkat çekmektedir.

3.1.6.4. Katılımcıların Hiç Alkollü İçecek İçip İçmediklerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %79'u şimdiye kadar hiç alkollü içecek içmediklerini ifade etmişlerken, %19'u "her gün içmediklerini", %2'si ise "her gün içtiklerini" ifade etmişlerdir.

3.1.6.5. Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Alkollü İçecek İçip İçmediklerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %87'si son bir yıl içinde hiç alkollü içecek içmediklerini ifade etmişlerken, %12'si "içtiklerini ancak her gün içmediklerini", %1'i ise "her gün içtiklerini" ifade etmişlerdir.

3.1.7. SAĞLIK SORUNLARI

3.1.7.1. Katılımcıların "Hekim tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek bir hastalıklarının" Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %86'sının "Hekim tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek bir hastalıklarının" olduğu, %14'ünün olmadığı görülmektedir.

3.1.7.2. Katılımcıların Tanısı Konmuş Hastalıklarına Göre Dağılımları

| Katılımcıların “Hekim tarafından tanısı konmuş, sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek hastalık” | | Sayı | Yüzde % |
|--|--------|------|---------|
| Yüksek Tansiyon | Evet | 590 | 59,2 |
| | Hayır | 407 | 40,8 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| Kalp Hastalığı | Evet | 218 | 21,9 |
| | Hayır | 779 | 78,1 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| İnme-Felç | Evet | 35 | 3,5 |
| | Hayır | 962 | 96,5 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| Diabetes Mellitus | Evet | 226 | 22,7 |
| | Hayır | 771 | 77,3 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| Kronik Bronşit | Evet | 46 | 4,6 |
| | Hayır | 951 | 95,4 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| Astım | Evet | 75 | 7,5 |
| | Hayır | 922 | 92,5 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| Parkinson | Evet | 13 | 1,3 |
| | Hayır | 983 | 98,7 |
| | Toplam | 996 | 100,0 |
| Alzheimer | Evet | 50 | 5,0 |
| | Hayır | 946 | 95,0 |
| | Toplam | 996 | 100,0 |
| Depresyon | Evet | 15 | 1,5 |
| | Hayır | 981 | 98,5 |
| | Toplam | 996 | 100,0 |
| Diğer Ruhsal Rahatsızlıklar | Evet | 27 | 2,7 |
| | Hayır | 970 | 97,3 |
| | Toplam | 997 | 100,0 |
| İşitme Kaybı | Evet | 11 | 1,1 |
| | Hayır | 983 | 98,9 |
| | Toplam | 994 | 100,0 |

Katılımcılar arasında “Hekim tarafından tanısı konmuş sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek hastalıklar” açısından en yüksek oranın %59,2 ile “yüksek tansiyon” rahatsızlığına sahip olan katılımcıların teşkil ettiği görülmektedir.

3.1.7.3. Katılımcıların “Hekim tarafından tanısı konulmuş ve izlenen kanser hastalıkları”nın Olup Olmadığına Göre Dağılımları

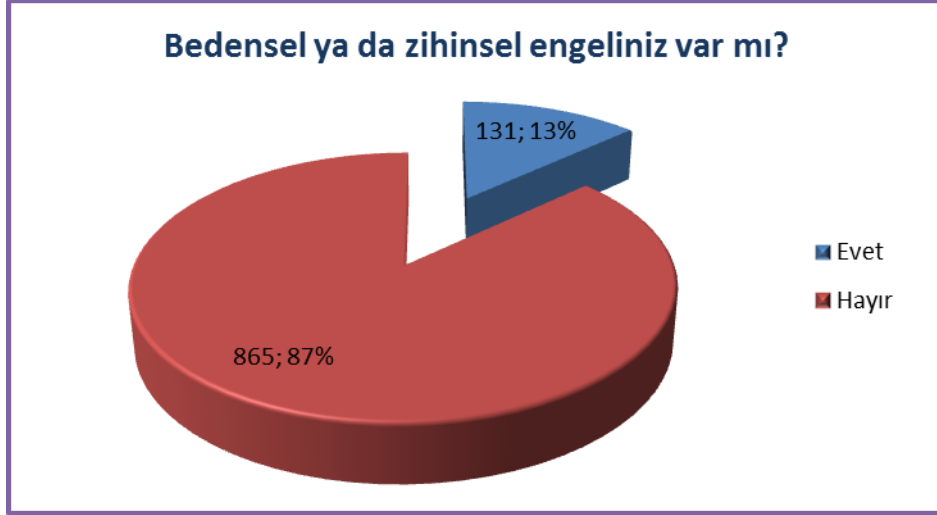


Katılımcılar arasında “Hekim tarafından tanısı konmuş ve izlenen kanser hastalığı” olanların oranı %4’tür (41 kişi).

3.1.7.4. Katılımcıların Tanısı Konmuş Kanser Hastalıklarına Göre Dağılımları

| “Hekim tarafından tanısı konmuş ve izlenen kanser ” | | Sayı | Yüzde % |
|--|---------------|-------------|----------------|
| Akciğer-Gırtlak Kanseri | Evet | 4 | 0,4 |
| | Hayır | 997 | 99,6 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Prostat Kanseri | Evet | 7 | 0,7 |
| | Hayır | 994 | 99,3 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Meme Kanseri | Evet | 10 | 1,0 |
| | Hayır | 991 | 99,0 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Rahim Kanseri | Evet | 3 | 0,3 |
| | Hayır | 998 | 99,7 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Karaciğer Kanseri | Evet | 1 | 0,1 |
| | Hayır | 1000 | 99,9 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Mide Kanseri | Evet | 1 | 0,1 |
| | Hayır | 1000 | 99,9 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Kalın Bağırsak Kanseri | Evet | 8 | 0,8 |
| | Hayır | 993 | 99,2 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Mesane Kanseri | Evet | 2 | 0,2 |
| | Hayır | 999 | 99,8 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Tiroit Kanseri | Evet | 2 | 0,2 |
| | Hayır | 999 | 99,8 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Lenf Kanseri | Evet | 1 | 0,1 |
| | Hayır | 1000 | 99,9 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Lösemi | Evet | 1 | 0,1 |
| | Hayır | 1000 | 99,9 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |
| Pankreas Kanseri | Evet | 1 | 0,1 |
| | Hayır | 1000 | 99,9 |
| | Toplam | 1001 | 100,0 |

3.1.7.5. Katılımcıların Bedensel ya da Zihinsel Engel Durumlarına Göre Dağılımları



Katılımcılar arasında “bedensel ya da zihinsel engeli” olanların oranı %13’tür (131kişi).

3.1.7.6. Katılımcıların Engel Türlerine Göre Dağılımları

| “Bedensel ya da Zihinsel Engel Türleri ” | | Sayı | Yüzde % |
|--|---------------|------|---------|
| Görme Engeli | Evet | 41 | 4,2 |
| | Hayır | 928 | 95,8 |
| | Toplam | 969 | 100,0 |
| İşitme Engeli | Evet | 24 | 2,5 |
| | Hayır | 951 | 97,5 |
| | Toplam | 975 | 100,0 |
| Yürüme Engeli | Evet | 92 | 9,5 |
| | Hayır | 879 | 90,5 |
| | Toplam | 971 | 100,0 |
| Zihinsel Engel | Evet | 5 | 0,5 |
| | Hayır | 962 | 99,5 |
| | Toplam | 967 | 100,0 |

Engel türlerine göre katılımcıların, %4,2’sinin “görme engeli”, %2,5’unun “işitme engeli”, %9,5’inin “yürüme engeli” ve %0,5’inin “zihinsel engeli” bulunduğu görülmektedir.

3.1.7.7. Katılımcıların “Yaşlılık veya bir hastalığa bağlı olarak” Bakıma İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımları



“Yaşlılık veya bir hastalığa bağlı olarak bakıma ihtiyacı olan” katılımcıların oranı %17’dir (172 kişi).

3.1.7.8. Bakıma İhtiyacı Olan Katılımcıların “Bakım Türleri” ve “Bakıcı-Refakatçi Türlerine” Göre Dağılımları

| “Bakım Türleri ” | | Sayı | Yüzde % |
|---|---------------|------------|--------------|
| Bakıma ihtiyacı var, sürekli izlenmeli (gece-gündüz) | Evet | 40 | 27,0 |
| | Hayır | 108 | 73,0 |
| | Toplam | 148 | 100,0 |
| Bakımsız yapamaz, izlenmeli ve bir saatten fazla evde yalnız bırakılmamalı | Evet | 16 | 12,0 |
| | Hayır | 117 | 88,0 |
| | Toplam | 133 | 100,0 |
| Evde birkaç saat yalnız kalabilir fakat evden ayrılacağı zaman refakatçiye ihtiyacı var | Evet | 35 | 24,6 |
| | Hayır | 107 | 75,4 |
| | Toplam | 142 | 100,0 |
| “Bakıcı ve Refakatçi” | | | |
| Eğer bakıma ihtiyacı var ise, bakıcısı var mı? | Evet | 53 | 30,5 |
| | Hayır | 121 | 69,5 |
| | Toplam | 174 | 100,0 |
| Bakıcı eğitilmiş mi? | Evet | 9 | 15,8 |
| | Hayır | 48 | 84,2 |
| | Toplam | 57 | 100,0 |

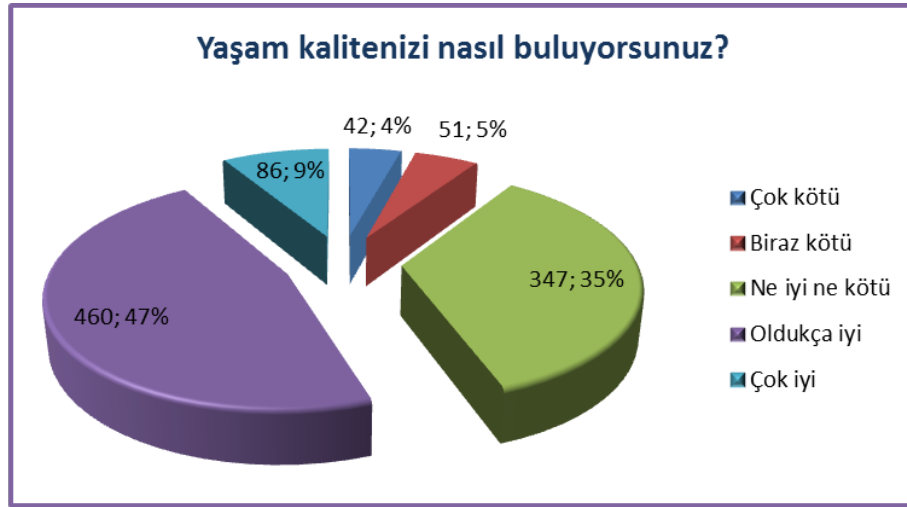
Bakıma ihtiyacı olan katılımcıların, %27'sinin “bakıma ihtiyacı olup, gece gündüz sürekli izlenmesi gereken” katılımcılardan, %12'sinin “bakımsız bırakılamaz durumda olup, bir saatten fazla evde yalnız bırakılmayacak” durumdaki katılımcılardan ve %24,6'sının “evde birkaç saat yalnız kalabilir durumda olup, evden ayrılacağı zaman refakatçiye ihtiyaç duyan” katılımcılardan oluşmakta olduğu görülmektedir.

Bakıma ihtiyacı olduğu ifade edilmiş olan katılımcıların % 30,5'inin “bakıcısının olduğu” buna karşın %69,5'inin “olmadığı” görülmektedir.

Bakıcısı olan katılımcıların ise ancak %15,8'inin “eğitilmiş” olduğu görülmektedir.

3.1.8. YAŞAM KALİTESİ

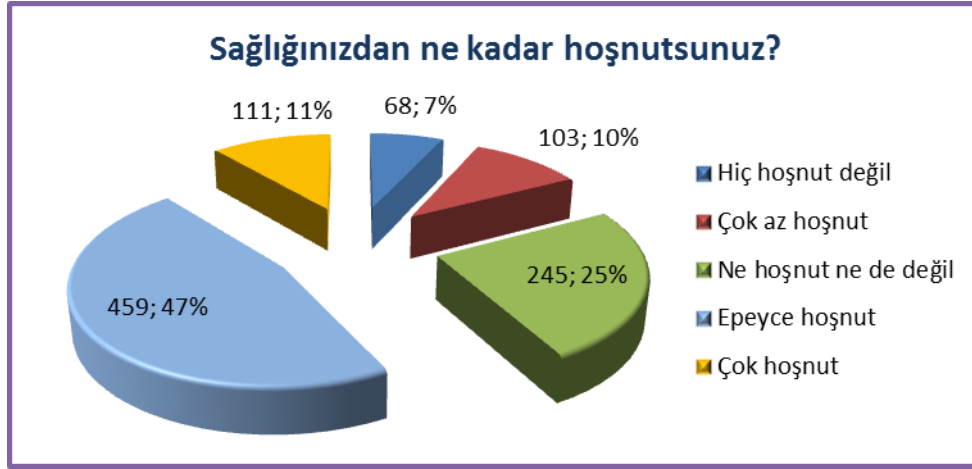
3.1.8.1. Katılımcıların Kendi Yaşam Kaliteleri Konusundaki Değerlendirmelerine İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %47'si **yaşam kalitelerini** “oldukça iyi” olarak değerlendirirken, %35'i “ne iyi ne kötü”, %9'u “çok iyi”, %5'i “biraz kötü” ve %4'ü “çok kötü” olarak nitelendirmişlerdir.

Cinsiyete göre, katılımcıların kendi yaşam kaliteleri konusundaki görüşleri arasında istatistik bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

3.1.8.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına ilişkin Memnuniyetlerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %47'si **sağlık durumlarından** "epeyce hoşnut" olduklarını ifade etmişlerken, %25'i "ne hoşnut ne de değil", %11'i "çok hoşnut", %10'u "çok az hoşnut" ve %7'si "hiç hoşnut olmadıklarını" ifade etmişlerdir.

3.1.8.3. Katılımcıların Sağlık Durumlarına ilişkin Memnuniyetleri ile Cinsiyet İlişkisi

| Cinsiyet ve Sağlık Memnuniyetine Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|-------|----------|-------------------------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------|--------|
| | | | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | Toplam |
| | | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 51 | 74 | 142 | 242 | 37 | 546 |
| | | % Satır | 9,3% | 13,6% | 26,0% | 44,3% | 6,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 75,0% | 71,8% | 58,0% | 52,7% | 33,3% | 55,4% |
| | | % Toplam | 5,2% | 7,5% | 14,4% | 24,5% | 3,8% | 55,4% |
| | Erkek | Sayı | 17 | 29 | 103 | 217 | 74 | 440 |
| | | % Satır | 3,9% | 6,6% | 23,4% | 49,3% | 16,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 25,0% | 28,2% | 42,0% | 47,3% | 66,7% | 44,6% |
| | | % Toplam | 1,7% | 2,9% | 10,4% | 22,0% | 7,5% | 44,6% |
| Toplam | | Sayı | 68 | 103 | 245 | 459 | 111 | 986 |
| | | % Satır | 6,9% | 10,4% | 24,8% | 46,6% | 11,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 6,9% | 10,4% | 24,8% | 46,6% | 11,3% | 100,0% |

Katılımcıların kendi sağlıkları konusundaki memnuniyetleri ile cinsiyetleri arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0.05$, $sd=1$, $Chi-square=45,696$).

Kendisinden “hiç hoşnut olmayanlar”ın %75’i “kadın”, %25’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

Kendisinden “çok hoşnut olanlar”ın %33,3’ü “kadın”, %66,7’si “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.8.4. Katılımcıların Günlük Yaşamlarını Sürdürmek İçin Kendilerini Hangi Düzeyde Güçlü Gördüklerine İlişkin Dağılımları



Katılımcıların %45’i günlük yaşamlarını sürdürmek için kendilerini “Çokça”, %23’ü “orta derecede”, %14’ü “tamamen”, %12’si “çok az” ve %6’sı “hiç” güçlü hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

3.1.8.5. Katılımcıların Günlük Yaşamlarını Sürdürmek İçin Kendilerini Hangi Düzeyde Güçlü Gördükleri ile Cinsiyet İlişkisi

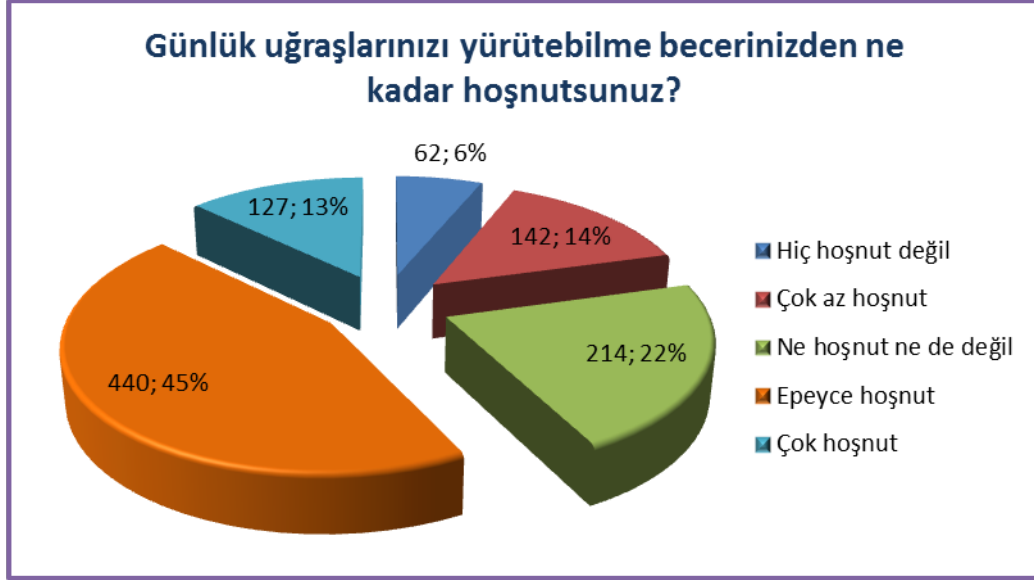
| Cinsiyet ve Günlük Yaşamı Sürdürme Gücüne Göre Dağılım | | | | | | | | |
|--|-------|----------|---|--------|---------------|--------|---------|--------|
| | | | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? | | | | | Toplam |
| | | | Hiç | Çok az | Orta derecede | Çokça | Tamamen | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 40 | 86 | 152 | 226 | 42 | 546 |
| | | % Satır | 7,3% | 15,8% | 27,8% | 41,4% | 7,7% | 100,0% |
| | | % Sütun | 66,7% | 72,3% | 67,9% | 51,4% | 29,6% | 55,4% |
| | | % Toplam | 4,1% | 8,7% | 15,4% | 22,9% | 4,3% | 55,4% |
| | Erkek | Sayı | 20 | 33 | 72 | 214 | 100 | 439 |
| | | % Satır | 4,6% | 7,5% | 16,4% | 48,7% | 22,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 33,3% | 27,7% | 32,1% | 48,6% | 70,4% | 44,6% |
| | | % Toplam | 2,0% | 3,4% | 7,3% | 21,7% | 10,2% | 44,6% |
| Toplam | | Sayı | 60 | 119 | 224 | 440 | 142 | 985 |
| | | % Satır | 6,1% | 12,1% | 22,7% | 44,7% | 14,4% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 6,1% | 12,1% | 22,7% | 44,7% | 14,4% | 100,0% |

Katılımcıların günlük yaşamlarını sürdürmek için kendilerinde yeterli güç görüp görememeleri konusundaki görüşleri ile cinsiyetleri arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0.05$, $sd=4$, $\text{Chi-square}=72,088$).

Günlük yaşamlarını sürdürebilmek için kendilerinde **“hiç güç göremeyenler”**in %66,7 si **“kadın”**, %33,3’ü **“erkek”** katılımcılardan oluşmaktadır.

Kendilerini **“tamamen güçlü görenler”**in %29,6’sı **“kadın”**, %70,4’ü **“erkek”** katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.8.6. Katılımcıların Günlük Uğraşlarını Yürütebilme Becerilerinden Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %45'inin **günlük uğraşlarını yürütebilme becerilerinden** "epeyce hoşnut", %22'sinin "ne hoşnut ne de değil", %14'ünün "çok az hoşnut", %13'ünün "çok hoşnut" ve %6'sının "hiç hoşnut" olmadıkları görülmektedir.

3.1.8.7. Katılımcıların Günlük Uğraşlarını Yürütebilme Becerilerinden Duydukları Memnuniyet ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

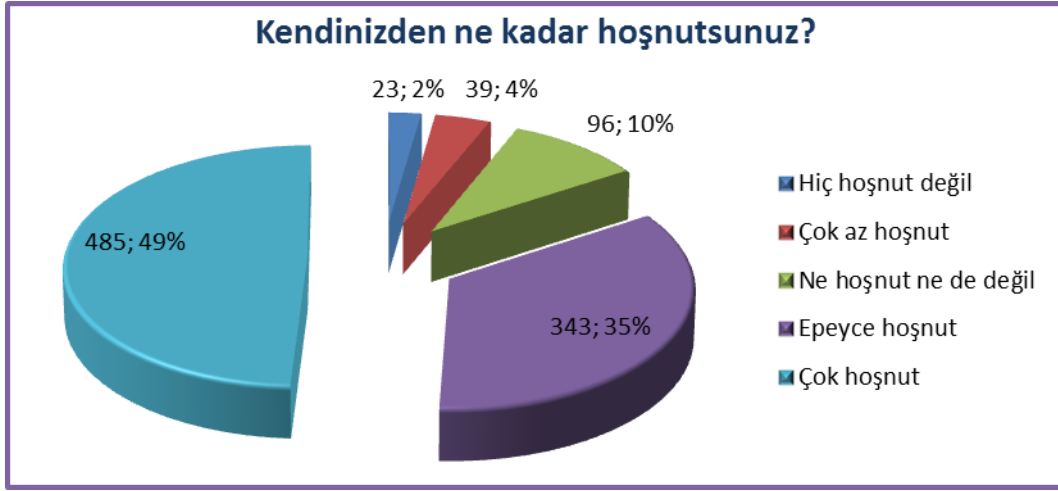
| Cinsiyet ve Günlük Uğraşları Yürütebilme Becerisinden Hoşnutluğa Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|-------|----------|---|---------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | Toplam |
| | | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 45 | 101 | 138 | 222 | 40 | 546 |
| | | % Satır | 8,2% | 18,5% | 25,3% | 40,7% | 7,3% | 100,0% |
| | | % Sütun | 72,6% | 71,1% | 64,5% | 50,5% | 31,5% | 55,4% |
| | | % Toplam | 4,6% | 10,3% | 14,0% | 22,5% | 4,1% | 55,4% |
| | Erkek | Sayı | 17 | 41 | 76 | 218 | 87 | 439 |
| | | % Satır | 3,9% | 9,3% | 17,3% | 49,7% | 19,8% | 100,0% |
| | | % Sütun | 27,4% | 28,9% | 35,5% | 49,5% | 68,5% | 44,6% |
| | | % Toplam | 1,7% | 4,2% | 7,7% | 22,1% | 8,8% | 44,6% |
| Toplam | | Sayı | 62 | 142 | 214 | 440 | 127 | 985 |
| | | % Satır | 6,3% | 14,4% | 21,7% | 44,7% | 12,9% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 6,3% | 14,4% | 21,7% | 44,7% | 12,9% | 100,0% |

Katılımcıların günlük uğraşlarını yürütebilme becerilerinden duydukları memnuniyete ilişkin görüşleri ile cinsiyetleri arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0.05$, $sd=4$, $\text{Chi-square}=62,504$).

Günlük uğraşlarını yürütebilme becerileri açısından kendilerinden **“çok hoşnut olanlar”**ın %31,5’i **“kadın”**, %68,5’i **“erkek”** katılımcılardan oluşmaktadır.

Kendilerinden **“hiç hoşnut olmayanlar”**ın %72,6’sı **“kadın”**, %27,4’ü **“erkek”** katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.8.8. Katılımcıların Kendilerinden Hoşnutsunluk Düzeylerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %49'unun **kendilerinden** "çok hoşnut", %35'inin "epeyce hoşnut", %10'unun "ne hoşnut ne de değil", %4'ünün "çok az hoşnut" ve %2'sinin "hiç hoşnut olmadıkları" görülmektedir.

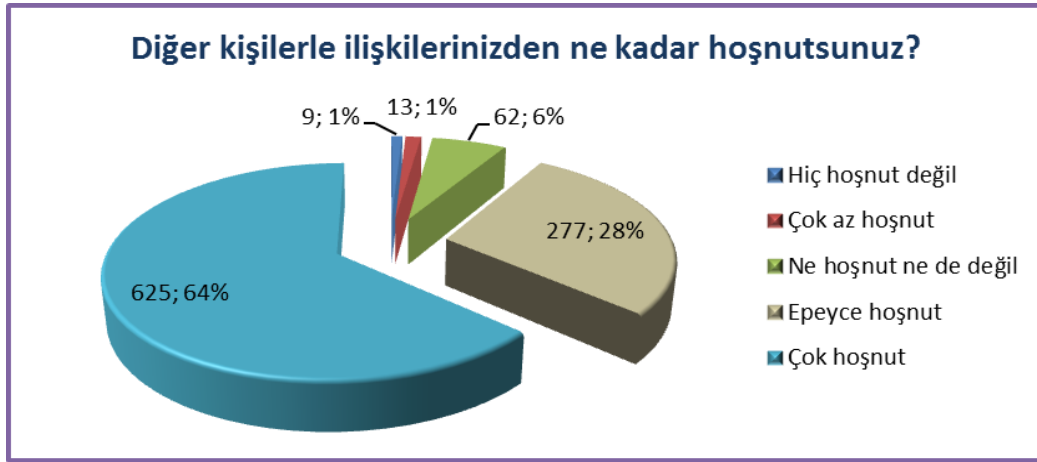
3.1.8.9. Katılımcıların Kendilerinden Hoşnut Olma Dereceleri ile Cinsiyet İlişkisi

| Cinsiyet ve Kendinden Hoşnut Olma Derecesine Göre Dağılım | | | | | | | | |
|---|-------|----------|-----------------------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------|--------|
| | | | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | Toplam |
| | | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut | |
| Cinsiyete Göre Dağılım | Kadın | Sayı | 17 | 27 | 71 | 179 | 252 | 546 |
| | | % Satır | 3,1% | 4,9% | 13,0% | 32,8% | 46,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 73,9% | 69,2% | 74,0% | 52,2% | 52,0% | 55,4% |
| | | % Toplam | 1,7% | 2,7% | 7,2% | 18,2% | 25,6% | 55,4% |
| | Erkek | Sayı | 6 | 12 | 25 | 164 | 233 | 440 |
| | | % Satır | 1,4% | 2,7% | 5,7% | 37,3% | 53,0% | 100,0% |
| | | % Sütun | 26,1% | 30,8% | 26,0% | 47,8% | 48,0% | 44,6% |
| | | % Toplam | 0,6% | 1,2% | 2,5% | 16,6% | 23,6% | 44,6% |
| Toplam | | Sayı | 23 | 39 | 96 | 343 | 485 | 986 |
| | | % Satır | 2,3% | 4,0% | 9,7% | 34,8% | 49,2% | 100,0% |
| | | % Sütun | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % Toplam | 2,3% | 4,0% | 9,7% | 34,8% | 49,2% | 100,0% |

Katılımcıların kendilerinden hoşnut olma dereceleri ile cinsiyetleri arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0.05$, $sd=4$, $\text{Chi-square}=23,346$).

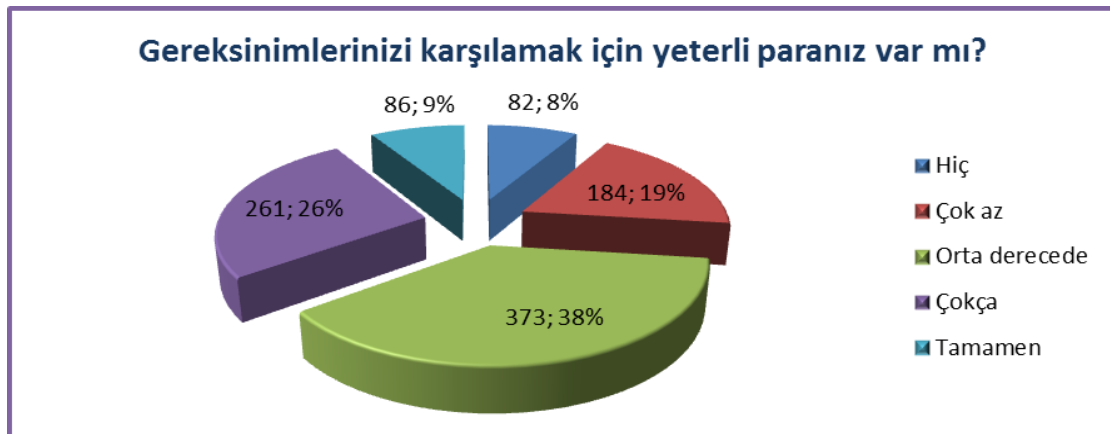
Kendilerinden “çok hoşnut olanlar”ın %52’si “kadın”, %48’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır. Kendilerinden “hiç hoşnut olmayanlar”ın %73,9’u “kadın”, %26,1’i “erkek” katılımcılardan oluşmaktadır.

3.1.8.10. Katılımcıların Diğer Kişilerden Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları



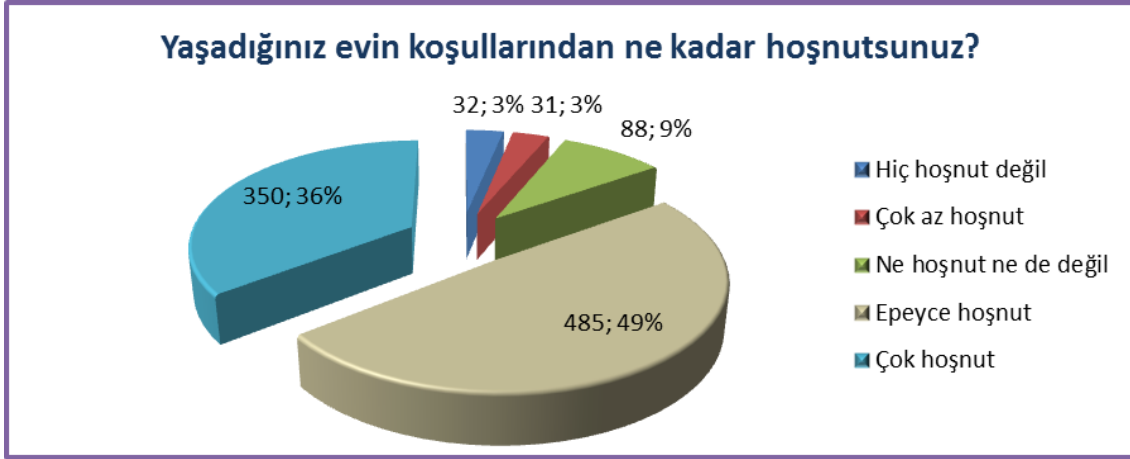
Katılımcıların %64’ünün **diğer kişilerden** “çok hoşnut”, %28’inin “epeyce hoşnut”, %6’sının “ne hoşnut ne de değil”, %1’inin “çok az hoşnut” ve %1’inin “hiç hoşnut” olmadıklarını ifade etmiş oldukları görülmektedir.

3.1.8.11. Katılımcıların Gereksinimlerini Karşılatabilecek Yeterli Paralarının Olup Olmadığı Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %38'i gereksinimlerini karşılayabilecek paralarının “orta derecede” olduğunu ifade etmişlerken, %26'sı “çokça”, %19'u “çok az”, %9'u “tamamen” ve %8'i “hiç” paralarının olmadığını belirtmişlerdir.

3.1.8.12. Katılımcıların Yaşadıkları Evin Koşullarından Hoşnutluk Düzeylerine Göre Dağılımları



Katılımcıların %49'u **yaşadıkları evin koşullarından** “epeyce hoşnut” olduklarını ifade etmişlerken, %36'sı “çok hoşnut”, %9'u “ne hoşnut ne de değil”, %3'ü “çok az hoşnut” ve %3'ü “hiç hoşnut” olmadıklarını ifade etmişlerdir.

3.1.8.13. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-İndeks Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için oluşturulmuş sekiz soruluk bir ölçektir. Ölçek puanının artması yaşam kalitesinin iyileştiği anlamında yorumlanmaktadır.

Bu araştırmada EUROHIS toplam puan ortalaması $21,8 \pm 5,1$ olarak, ortancası 23,0 (Min-Maks:2-32) olarak saptanmıştır. Ortalama puan ortalaması $2,7 \pm 0,6$, ortancası 2,8 (Min-Maks: 0,25-4,0) ve 100 puan üzerinden ortalaması $68,2 \pm 16,1$ ve ortancası 71,9 (Min-Maks:6,25-100,0) olarak tespit edilmiştir.

3.1.8.13.1. EUROHIS Ölçeği Sorularının Ortalama ve Ortancalarının Dağılımı

| EUROHIS Ölçeği Soruları | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) |
|---|--------------------|---------------------------|
| Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz? | 3,50±0,88 | 4,0 (1-5) |
| Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | 3,45±1,05 | 4,0 (1-5) |
| Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? | 3,49±1,07 | 4,0 (1-5) |
| Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 3,43±1,08 | 4,0 (1-5) |
| Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 4,25±0,95 | 4,0 (1-5) |
| Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 4,52±0,75 | 5,0 (1-5) |
| Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı? | 3,09±1,06 | 3,0 (1-5) |
| Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? | 4,11±0,92 | 4,0 (1-5) |
| EUROHIS Toplam Puan (0-32) | 21,83±5,14 | 23,0 (2-32) |
| EUROHIS Ortalama Puan (0-4) | 2,72±0,64 | 2,87 (0,25-4,0) |
| EUROHIS 100 Puan (0-100) | 68,23±16,08 | 71,87 (6,25-100,0) |

EUROHIS ölçeği sorularının teker teker cinsiyete göre dağılımına bakıldığında dört soruda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu sorular “Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”, “Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?”, “Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?” ve “Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorularıdır. Bu soruların hepsinde kadınların erkeklerden daha düşük puan aldığı saptanmıştır.

3.1.8.13.2. EUROHIS Ölçeği Sorularının Ortalama ve Ortancalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

| EUROHIS Ölçeği Soruları | Cinsiyet | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
|--|----------|-------------|-----------------------|---------------|
| Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz? | Kadın | 3,50±0,78 | 4,0 (1-5) | 0,816 |
| | Erkek | 3,51±0,78 | 4,0 (1-5) | |
| Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | Kadın | 3,26±1,08 | 4,0 (1-5) | 0,0001 |
| | Erkek | 3,69±0,96 | 4,0 (1-5) | |
| Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? | Kadın | 3,26±1,05 | 3,0 (1-5) | 0,0001 |
| | Erkek | 3,78±1,03 | 4,0 (1-5) | |
| Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | Kadın | 3,20±1,08 | 3,0 (1-5) | 0,0001 |
| | Erkek | 3,72±1,01 | 4,0 (1-5) | |
| Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? | Kadın | 4,14±1,03 | 4,0 (1-5) | 0,0001 |
| | Erkek | 4,38±0,68 | 5,0 (1-5) | |
| Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | Kadın | 4,51±0,77 | 5,0 (1-5) | 0,771 |
| | Erkek | 4,53±0,72 | 5,0 (1-5) | |
| Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı? | Kadın | 3,05±1,08 | 3,0 (1-5) | 0,303 |
| | Erkek | 3,13±1,04 | 3,0 (1-5) | |
| Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? | Kadın | 4,10±0,90 | 4,0 (1-5) | 0,912 |
| | Erkek | 4,11±0,95 | 4,0 (1-5) | |
| * : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi SS: Standart sapma | | | | |

3.1.8.13.3. EUROHIS Toplam Puanının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|--|-----------------------|----------------------------|--------------------|---------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Cinsiyet | Kadın | 21,0±5,3 | 22,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Erkek | 22,8±4,8 | 23,0 (3-32) | |
| Medeni durum | Evli/Birlikte yaşıyor | 22,7±4,5 | 23,0 (7-32) | 0,0001 |
| | Bekâr/Dul/Ayrı | 20,8±5,5 | 22,0 (2-32) | |
| Çocuk olma durumu | Var | 21,8±5,1 | 23,0 (2-32) | 0,642 |
| | Yok | 22,1±5,1 | 23,0 (6-32) | |
| Eğitim durumu | İlköğretim ve altı | 21,3±5,3 | 23,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Lise ve üzeri | 23,5±4,4 | 23,0 (7-32) | |
| * : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi SS: Standart Sapma | | | | |

EUROHIS toplam puanının demografik özelliklere göre değişimi incelendiğinde kadınlarda, bekâr, dul, ayrı yaşayanlar ile ilköğretim altı eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır (p<0,05).

3.1.8.13.4. EUROHIS Toplam Puanının Geçmişe ve Geleceğe Yönelik Düşüncelere Göre Dağılımı

| Geçmişe ve Geleceğe Yönelik Düşünceler | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|--|-------|----------------------------|--------------------|---------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Geçmişe yönelik pişmanlık durumu | Evet | 20,7±5,3 | 22,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Hayır | 22,4±4,9 | 23,0 (3-32) | |
| Geçmişteki amaçlarına ulaşma durumu | Evet | 23,1±4,3 | 24,0 (11-32) | 0,0001 |
| | Hayır | 19,5±5,7 | 21,0 (2-32) | |
| Gelecekte umutlu olma durumu | Evet | 23,3±4,6 | 24,0 (4-32) | 0,0001 |
| | Hayır | 20,6±5,2 | 21,7 (2-31) | |
| * : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi SS: Standart Sapma | | | | |

EUROHIS toplam puanı geçmişe yönelik pişmanlık duyanlarda, geçmişteki amaçlarına ulaşamamış olduklarını düşünenlerde ve gelecekte umutsuz olanlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır (p<0,05).

3.1.8.13.5. EUROHIS Toplam Puanının Son Altı Ay İçinde Düşme Durumuna Göre Dağılımı

| Son Altı Ay İçinde Düşme Durumu | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|--|-----|----------------------------|-----------------------|---------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Son altı ay içinde evde düşme | Var | 18.6±5,6 | 19,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Yok | 22,4±4,8 | 23,0 (3-32) | |
| Son altı ay içinde ev dışında düşme | Var | 19,9±5,7 | 21,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Yok | 22,2±4,9 | 23,0 (3-32) | |
| * : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi SS: Standart Sapma | | | | |

EUROHIS toplam puanı son 6 ay içinde evde ya da sokakta düşme olayı yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

3.1.8.13.6. EUROHIS Toplam Puanının Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumu | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|--|-------|----------------------------|-----------------------|---------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Sosyal yardımlardan yararlanma durumu | Evet | 15,7±5,9 | 16,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Hayır | 22,0±5,0 | 23,0 (2-32) | |
| Belediye hizmetlerinden yararlanma durumu | Evet | 21,8±5,8 | 23,0 (2-32) | 0,943 |
| | Hayır | 21,8±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| * : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi SS: Standart Sapma | | | | |

EUROHIS toplam puanı sosyal yardım aldığını söyleyenlerde istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

3.1.8.13.7. EUROHIS Toplam Puanının Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

| Sigara ve Alkol Kullanma Durumu | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|--|--------------------|----------------------------|--------------------|---------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Sigara kullanma durumu | Evet, hergün | 22,0±5,8 | 23,0 (2-32) | 0,476 |
| | Evet, hergün değil | 22,6±3,9 | 23,0 (10-30) | |
| | Hayır | 21,7±5,1 | 23,0 (3-32) | |
| Alkol kullanma durumu | Evet, hergün | 22,9±4,9 | 23,0 (12-32) | 0,0001 |
| | Evet, hergün değil | 23,3±4,5 | 23,5 (7-32) | |
| | Hayır | 21,5±5,2 | 23,0 (2-32) | |
| *: Tek yönlü varyans analizi SS: Standart Sapma | | | | |

EUROHIS toplam puanı alkol kullanmadığını söyleyenlerde istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

EUROHIS toplam puanı kronik bir hastalığı, bedensel ya da zihinsel bir engeli ve bakıma ihtiyacı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

3.1.8.13.8. EUROHIS Toplam Puanının Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

| Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı | | EUROHIS toplam puan (0-32) | | |
|---|-----|----------------------------|--------------------|----------------|
| | | Ortalama±SS | Ortanca (Min-Maks) | p* |
| Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık durumu | Var | 21,4±5,1 | 22,0 (2-32) | 0,0001 |
| | Yok | 24,3±4,7 | 25,0 (6-32) | |
| Yüksek tansiyon | Var | 21,1±5,1 | 22,0 (3-31) | 0,0001 |
| | Yok | 22,8±5,1 | 24,0 (2-32) | |
| Kalp hastalığı | Var | 20,4±4,9 | 21,0 (4-32) | 0,0001 |
| | Yok | 22,2±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| İnme-Felç-Beyin Damar Hastalığı | Var | 16,9±5,6 | 17,0 (3-27) | 0,0001 |
| | Yok | 21,9±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Diabetes mellitus | Var | 20,7±5,2 | 22,0 (3-32) | 0,0001 |
| | Yok | 22,1±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Kronik Bronşit | Var | 19,1±5,2 | 19,0 (7-28) | 0,0001 |
| | Yok | 21,9±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Astım | Var | 19,0±5,3 | 20,0 (2-28) | 0,0001 |
| | Yok | 22,1±5,1 | 23,0 (3-32) | |
| Parkinson | Var | 19,1±4,6 | 19,0 (14-28) | 0,04** |
| | Yok | 21,9±5,2 | 23,0 (2-32) | |
| Alzheimer | Var | 18,5±5,6 | 19,0 (4-27) | 0,0001 |
| | Yok | 21,9±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Depresyon | Var | 17,2±4,2 | 18,0 (7-23) | 0,0001* |
| | Yok | 21,9±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Kanser | Var | 19,3±5,5 | 19,0 (7-31) | 0,002 |
| | Yok | 21,9±5,1 | 23,0 (2-32) | |
| Bedensel ya da zihinsel engel durumu | Var | 18,8±5,7 | 19,0 (2-31) | 0,0001 |
| | Yok | 22,3±4,9 | 23,0 (3-32) | |
| Yaşlılık ya da hastalığa bağlı bakıma ihtiyaç olma durumu | Var | 16,4±5,4 | 17,0 (2-29) | 0,0001 |
| | Yok | 22,9±4,4 | 23,0 (4-32) | |

* : İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
** : Mann Whitney U Testi
SS: Standart Sapma

3.1.8.13.9. EUROHIS Toplam Puanını ile Farklı Bireysel Özellikler Arasındaki İlişkinin Dağılımı

| Özellikler | EUROHIS toplam puan (0-32) | |
|--|----------------------------|--------|
| | r* | p |
| Yaş** | -0,132 | 0,0001 |
| Kişiye ait aylık gelir | 0,297 | 0,0001 |
| Haneye ait aylık gelir | 0,287 | 0,0001 |
| Eğitim Durumu (1-Okuryazar değil; 5-Yüksekokul) | 0,213 | 0,0001 |
| Yaşlanmaktan memnun olma durumu *** (1-Hiç memnun değilim; 5-Çok memnunum) | 0,333 | 0,0001 |
| Kendi yeme içme gereksinimini karşılayabilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,307 | 0,0001 |
| Vücut temizliğini sağlayabilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,308 | 0,0001 |
| Kendi başına hareket edebilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,298 | 0,0001 |
| Kendi başına giyinebilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,299 | 0,0001 |
| Kendi başına evin içinde dolaşabilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,294 | 0,0001 |
| Kendi başına dışarıda dolaşabilme durumu*** (1-Evet; 2-Kısmen; 3-Hayır) | -0,319 | 0,0001 |
| *: Korelasyon Katsayısı **: Pearson Korelasyon analizi ***: Kendal Sıra Korelasyon analizi | | |

EUROHIS toplam puanının yaşla, yeme, içme gereksinimini sağlayabilme, vücut temizliğini yapabilme, giyinebilme, ev içinde dolaşabilme ve dışarıda dolaşabilme durumu ile negatif yönlü zayıf korelasyon saptanmıştır. Gelir ve eğitim durumu ile ise pozitif yönlü zayıf korelasyon saptanmıştır.

IV. BÖLÜM

4.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çanakkale Yaşlılık Atlası projesi kapsamında yapılan saha çalışmasından elde edilen veriler, Çanakkale kent merkezinde yaşamakta olan 65 yaş üzeri nüfusun demografik özellikleri, yaşlılığa yüklediği anlamları, gündelik yaşam aktiviteleri, yaşlılıkta yaşam kalitesi ve sosyal network, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık sorunları, zararlı alışkanlıklar hakkında önemli bilgiler sunmaktadır.

Araştırma örnekleminde ortaya çıkan nüfus dağılımının yoğunluk gösterdiği 65-74 yaş aralığında katılımcıların %56'sını oluşturan 559 kişi yer alırken, %35'i 75-84 yaş aralığında, %8'i 85-94 yaş aralığında, %1'i de 95 yaş üzerinde bulunmaktadır.

Demografik verilere göre kent merkezinde 65 yaş ve üzeri grupta kadın nüfus daha fazladır. Bu durum kadınların erkeklere göre daha uzun bir yaşam beklentisine sahip olduklarını gösteren dünyadaki istatistiklerle paralellik göstermektedir.

Eğitim durumları göz önüne alındığında, katılımcıların yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu, %13'ünün de okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Diğer yandan incelenenlerin %11'inin de üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Kadınların eğitim düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yaşamlarını kendi evlerinde sürdüren katılımcıların oranı %73 iken, kirada olanların oranı %15'tir.

İncelenen örneklemdaki yaşlıların %51,7'si eşi ya da çocukları ile yaşarken, %29,8'i tek başına yaşamaktadır.

Katılımcıların %58'i emekli, %32'si emekli değil ancak çalışmıyordur. %65'inin aylık geliri 1000 Türk Lirasının altındadır. Kadınların aylık gelirleri erkeklere göre daha düşüktür. Üniversite mezunu olanların aylık gelirleri daha yüksektir. Katılımcıların %48'nin yaşadıkları hanelerin gelirleri 1000 Türk Lirası ve altındadır.

Katılımcıların %3'ü sosyal yardımlardan yararlandığını belirtmiştir. Genel hizmetler dışında (ulaşım, su, kanalizasyon, atık toplama vb.), Belediye'nin sosyal hizmetlerinden yararlandıklarını söyleyenlerin oranı %8'dir. Bu hizmetlerden yararlananların %93,8'sinin hizmetlerden memnun oldukları görülmektedir.

İncelenen yaşlıların %50'si yaşlanmaktan memnun olduğunu, %8'i de çok memnun olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %27'si ise yaşlanmaktan memnun olmadığını ifade etmiştir. Cinsiyetle yaşlanmaktan memnuniyet durumu arasında anlamlı farklılık saptanmazken, okuryazar olmayanlar arasında yaşlanmaktan memnun olmayanların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %70'nin geçmişe dönük pişmanlıklarının

olmadığı görülürken, geçmişe dönük pişmanlık yaşadıklarını ifade edenlerin yaşlanmaktan daha az memnun oldukları saptanmıştır. Kadınların geçmişe dönük pişmanlık yaşama durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Yaşlılara geçmişe dönük amaçlarına ulaşip ulaşmadıkları sorgulanmış ve %65'nin ulaştığını belirttiği görülmüştür. Aylık gelirin artışı ile birlikte geçmişteki amaçlara ulaşma durumunun da arttığı görülmüştür. Yaşlıların %51'nin gelecekte umutlu olmadığı tespit edilmiştir. Okuryazar olmayan yaşlılar içinde gelecekte umutlu olmayanlar daha fazla oranda saptanmıştır.

Katılımcıların %84'ü yeme içme gereksinimini karşılayabildiklerini, %88'i vücut temizliğini gerçekleştirebildiklerini, %91'i de kendi başına hareket edebildiklerini belirtmişlerdir. Yine incelenen yaşlıların %92'si evin içinde, %84'ü dışarıda kendi başlarına dolaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan yaşlıların %91'i kendi başlarına giyinip soyunabildiklerini belirtmişlerdir.

Yaşlıların %16'sının son altı ay içinde ev içinde düştükleri saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda düştükleri görülmüştür. En az bir kronik hastalığı olanlarda düşmenin daha fazla saptandığı görülmüştür. Yine yaşlıların %17'sinin son altı ayda ev dışında düştükleri saptanmıştır. Kadınların ve en az bir kronik hastalığı olanların daha fazla düşme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

Yaşlılara eş, dost ve ahabları ile nerelerde buluştukları sorulmuş ve en fazla ev, kahve, kafe, cami, çarşı gibi mekânlarda buluştuklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların ancak %9'u kişisel becerilerini arttırmak için kurslara katıldıklarını ifade etmişlerdir. %14'ü de sivil toplum örgütleri ya da derneklere katıldıklarını belirtmişlerdir.

Yaşlıların hangi sosyal faaliyetlere zaman ayırdıkları sorulduğunda, torun bakımının, düğünlere gitmenin ve turistik geziler yapmanın ön plana çıktığı saptanmıştır. Katılanların yarısı günlük yaşantıları ile ilgili kararlarını kendileri almaktadırlar.

Katılımcılara gündemi nerelerden takip ettikleri sorulmuş ve %60'ının televizyonu, %32'sinin de gazeteleri tercih ettiği gözlenmiştir.

Yaşlıların %95'nin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Katılımcıların %47'sinin en son başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastanesi iken, %31'nin ise aile hekimidir. Üniversite hastanesine başvuran katılımcıların oranı %10'dur.

Araştırma yaptığımız yaşlıların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını büyük oranda devlet hastanesi ve aile hekimleri üzerinden sağladıkları görülmektedir. Bu kurumların tercihinde en önemli nedenlerden birisi kurumun yakın olmasıdır. Sağlık hizmeti alınacak kurumun yakın olması, tüm dünyada en önemli tercih nedenlerinden birisidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarının insanların yaşadıkları yerlerin en yakınında olması gerekmektedir. Ancak bizim çalışmamızda en fazla tercih edilen kurum olarak devlet hastanesi gözlenmektedir. Aslında sağlık politikaları açısından ilk

tercih noktasının aile hekimleri olması beklenmektedir. Bu durumun birçok nedeni olabilir. Ülkemizde basamaklı bir sağlık sistemi bulunmamaktadır. Hastalar istedikleri kurumları farklarını ödedikleri takdirde tercih edebilirler. Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımına göre düşünüldüğünde, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevini yerine getirmede yetersiz kaldığı gözlenmektedir. Zaten araştırmamızda tercih nedenleri arasında görülen bir diğer sebep de hizmet memnuniyetidir. Her ne kadar katılımcıların aile hekimlerinden en son aldıkları hizmetten memnuniyet daha fazla olsa da devlet hastanesinin daha fazla tercih edilmesi, aile hekimliği hizmetinden, hastaneye oranla daha az memnun olduğunu düşündürmektedir. Bu çerçevede yaşlı sağlığı ile ilgili bazı kronik hastalıkların takibi, düzenli alınan ilaçların kontrolü, sık görülen hastalıkların ve acil durumların tedavisi gibi konular ve yaşlıya yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulması önem kazanmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerini tamamlamalı ve özellikle yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmalıdır.

Sağlık kuruluşuna yapılan harcamaların dağılımına bakıldığında %79'nun sosyal güvenlik kurumu tarafından, %16'sının hem kurum hem de cepten ve %4'nün cepten karşılandığı görülmüştür.

İncelenen yaşlıların %16'sının arada sırada ya da hergün sigara kullandığı görülmüştür. Yaşlılarda var olan kronik hastalıklar ve sigaranın da hastalık yükü içindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, sigara kullanımının azaltılması için gerekli politikaların üretilmesi önem kazanmaktadır. Özellikle katılımcıların büyük bir kısmının 40 yıldan daha uzun süredir sigara kullandığı düşünülürse, sigara bağımlılığına yönelik mücadelenin önemi daha çok ortaya çıkmaktadır. Mevcut bağımlıların sigarayı bırakması halinde hem mortalite hem de morbitide (hastalık) olasılıklarının daha da azalması beklenmektedir. Bu nedenle halen sigara kullanan yaşlıların sigara kullanımını bırakması açısından desteklenmesi gerekmektedir. Altın Yıllar Yaşam Merkezi bu amaçla kullanılabilecek ideal bir merkezdir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %86'sında hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalık tespit edilmiştir. En fazla görülen hastalıklar yüksek tansiyon, kalp damar hastalıkları ve diyabettir. Bu yaş grubunda en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan hastalıklar bu üç hastalık grubudur. Bunlara kronik solunum yolu hastalıkları da eklenmektedir ki bu hastalık grubu (kronik bronşit, astım) %12 gibi bir sıklığa sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı takiplerinde bu hastalıkları önceleyecek alt yapıya kavuşması gerekmektedir. Ayrıca sağlıklı olan yaşlı gruba ve de genç yaş grubundaki kişilere yönelik birincil ve ikincil koruyucu hekimlik hizmetlerinin artırılması ile bu hastalıkların sıklıkları daha da azaltılabilir. Bu nedenle tüm topluma sağlıklı beslenme, zararlı alışkanlıklardan uzak durma, düzenli egzersiz yapma ve düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinden geçme konularında eğitimler verilmelidir.

İncelenen yaşlıların %13'ünde bedensel ya da zihinsel engel saptanmış olup en fazla saptanan yürüme ve görme engelidir. Yürüme ve görme engelinin fazla olması, bu grupta yaşanacak kazalar için uyarıcı bir veridir. Bu yaş grubunun %16-17'sinin ev içinde ya da ev dışında düştüğü gözlenmiştir. Düşmeler bu yaş grubunda önemli morbitide ve mortalite nedenleri arasındadır. Düşmelere bağlı yaralanmalar ve kırıklar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durumun mücadelesinde birincil koruma oldukça önemlidir. Yaşlıların düşme potansiyelleri düşünülerek hem evde hem de kent içi yaşam alanlarında çevresel düzenlemeler yapılmalıdır. Yollar, kaldırımlar, parklar, toplu taşıma araçları bu riskler göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Ayrıca yaşlıların eğitimlerinde düşmelere yönelik programlar düzenlenmelidir. Bu konuda bireysel eğitimler yapılabileceği gibi söz konusu alana ilişkin yazılı ve görsel basın üzerinden duyarlılık stratejileri geliştirilmelidir.

İncelenen yaşlılara son bölümde yaşam kalitesi ile ilgili sorular sorulmuştur. %47'si yaşam kalitelerini oldukça iyi olarak değerlendirmişlerdir. Biraz kötü ve çok kötü diyenler ise %9'luk bölümü oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirmesi açısından cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Yine yaşlıların %47'sinin sağlık durumlarından hoşnut oldukları tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara göre sağlıklarından daha hoşnut olduklarını ifade etmişlerdir.

Günlük yaşantınızı sürdürebilmek için yeterince güçlü hissediyor musunuz sorusuna ise %18'nin çok az ya da hiç cevabını verdiği gözlenmiştir. Kadınlar arasında günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücü olmayanların, erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

EUROHIS ile yaşlıların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş ve kadınların, ileri yaşta olanların, yalnız yaşayanların, ilköğretim ve altı eğitim görmüş olanların, geçmişe yönelik pişmanlıkları olanların ya da gelecekte umutlu olmayanların, son altı ay içinde düşme hikâyesi olanların, sosyal yardımlardan yararlananların, herhangi bir sağlık sorunu olanların, bakıma ihtiyacı olanların, düşük gelirli olanların riskli grupları oluşturduğu gözlenmiştir.

Bu grupların yaşam kalitesi açısından öncelikli gruplar olması gerekmektedir. Sosyal politikaların hazırlanmasında bu gruplara öncelik verilmelidir. Özellikle kadınlar ve yalnız yaşayan kadınlara yönelik programlar uygulanmalıdır. Yaşlıların yaşam kalitesinin cinsiyete göre göstermiş olduğu farklılık, erkeklere göre daha riskli bir grup olarak kadınlara yönelik politikaların gerekliliğine işaret etmektedir. Bu çerçevede kısa vadede riskli durumdaki kadınlara yönelik olarak, Altın Yıllar Yaşam Merkezi bünyesinde psiko-sosyal rehabilitasyon faaliyetlerine ihtiyaç bulunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte toplumsal cinsiyet temelli dezavantajların yaşlılık döneminde tamamen tolere edilmesi mümkün olmadığı için her yaş grubundan her iki

cinsiyete yönelik “Toplumsal Cinsiyet Rollerini Eşitliği Merkezlerinin” bir an önce hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın önemli sonuçlarından biri yaşlıların kamusal/sosyal ve kültürel alandan çekilmekte olduklarıdır. Bu nedenle yaşlıların kamusal alanda daha fazla katılımcı ve daha görünür kılmalarını sağlayacak politikalara ihtiyaç bulunmaktadır. Aynı zamanda yaşlıların katılabileceği, yeteneklerini, birikimlerini ve üretimlerini ortaya koyabilecekleri, paylaşabilecekleri sosyal ve kültürel aktivitelere ağırlık verilmesi, bu konuda sistemli, planlı ve kurumsallaşmaya dönük adımların atılması gerekmektedir.

Bu araştırma kapsamında iş ve yaşlanan nüfusun iş gücü faaliyetlerine katılımlarının sağlanmasına dönük çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Yaşlıların yaşam kalitelerini arttırabilecek ve ekonomik açıdan da güçlendirebilecek ek gelir alanlarının yaratılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu iş alanları yaşlıların biyo-psiko-sosyal koşulları göz önüne alınarak planlanmalıdır. Yaşlı insanların kendilerine dönük benlik algılarını güçlendirecek istihdam olanaklarının geliştirilmesi gereğinin ön plana çıktığı görülmektedir. Yaşlı insanların kendi deneyimlerini ortaya koyabilecekleri, kapasitesi ve danışmanlık hizmetlerini sunabileceği olanakların yaratılmasının, yaşlı insanların kendilerini değerli ve önemli hissetmesine yol açacağından üzerinde durulması gerektiği düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin yapabildikleri ve imkanları oranında gerçekleştirebilecekleri iş olanaklarının yaratılması, yaşlıların işe alınmalarının teşvik edilmeleri, kendi işlerini kurma çabalarına destek verilmesi, iş hayatındaki yaştan dolayı ortaya çıkan engellerin kaldırılması gerekmektedir. Bu tür projelere kredilerin sağlanması için yerel yönetimler bünyesinde proje destek ekipleri oluşturulabilir.

Yaşlı insanların yaşamdan geri çekilme süreçlerine, yalnızlaşma ve sosyal yaşamdan izole olma durumlarının önüne geçebilecek, kuşaklar arası dayanışma biçimlerinin geliştirilmesi, genç insanlarla yaşlı insanların farklı etkinlikler kapsamında buluşturulmasının yaşlı insanların kendilerini güven içinde hissetmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yalnızlık, yaşlılarda fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açan önemli etkenlerden biri olduğu için, özellikle sosyal politikaların oluşturulup geliştirilmesinde yaşlıların “yalnızlıklarının” ortadan kaldırılmasına dönük projeler, etkinlikler, sosyal ve kültürel aktivitelerin geliştirilmesinin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu tür çalışmaların, gelecekte yaşanacak olan genç kuşakların yaşlılarla empati yapmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler alanlarında çalışanların, sivil toplum kuruluşlarının ve meslek örgütlerinin, yaşlılık psikolojisi ve dezavantajları açısından bilinçlendirilmelerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu noktada yaşlılık alanında çalışan kamu ve sivil toplum kuruluşları yanında, toplumdaki her bir bireyin, insanın yaşam döngüsünün doğal bir parçası olan yaşlılık ve yaşlanma üzerine

bilgi sahibi olması, hem yaşlılık deneyimine ilişkin ön yargıları azaltacak hem de bu sürecin daha verimli ve üretken bir şekilde sürdürülmesine yol açacaktır.

Araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerin kendilerinin yaşlanma deneyimlerini algılama biçimlerinin değiştirilmesine dönük bilgilendirici çalışmaların yapılmasının gereği ön plana çıkmaktadır.

Sosyo-kültürel alanda yaşlılığa ilişkin kalıp yargıların (stereotip) yaşlı insanlarda yaratmış olduğu kaygı, yetersizlik, işe yaramazlık gibi unsurların değiştirilmesi, yaşlılığa ilişkin olumsuz tutum ve önyargıların ortadan kaldırılması, daha katılımcı, daha adil, sosyal adalet ilkelerine duyarlı, sevgi ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde daha barışçıl bir toplum yaratılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu kapsamda yerel yönetimlerin yerine getirebileceği birçok faaliyet bulunmaktadır:

Günlük ihtiyaçlarını karşılayamayan yaşlılar için profesyonel bakım olanakları yaratılmalıdır. Bu konuda Altın Yıllar Yaşam Merkezi bünyesindeki meslek edindirme kursları kurumsallaştırılmalıdır. Ancak bu faaliyetler, eğitimle sınırlı kalmamalı, kursiyerler, eğiticiler tarafından çalıştıkları yerlerde denetlenmeli ve eksiklikleri için yenileme kursları düzenlenerek sürdürülebilirlik sağlanmalıdır.

Altın Yıllar Yaşam Merkezinin Çanakkale kentinde yaşayan yaşlılar için zengin sosyal olanaklar sunması beklenmektedir. Bu merkezde verilecek hizmetlerin planlanmasında yaşlıların katılımları sağlanmalı, merkez kurumsal bir kimliğe kavuşturulmalı ve sadece sosyal açıdan değil, tıbbi açıdan ihtiyacı olan yaşlılara da ulaşılması sağlanmalıdır.

Yaşlılar mümkün olduğunca kendi evlerinde yaşamlarını devam ettirmelidirler. Evde bakılamayacak konumda olan yaşlı insanların yaşamlarını huzur içinde geçirebilecekleri merkezlerin sayıları ve yatak kapasiteleri arttırılmalı, personel ve fiziksel alt yapıları güçlendirilmelidir. Bu konuda farklı sorunları olan gruplara, farklı yaş gruplarına yönelik merkezler açılabilir.

Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak daha fazla görülmesi beklenen Alzheimer ve Parkinson hastalığı gibi sağlık sorunlarında tıbbi rehabilitasyondan çok, biyo-psiko-sosyal rehabilitasyon gerekmektedir. Bu konularda uzman insan gücüne ve merkezlere ihtiyaç bulunmaktadır. Bu hastaların yakınları da bakım sırasında ruhsal travmalara maruz kalabilmektedirler. Bu durumları gözetecek çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Çanakkale ili genelinde nüfusun yarıya yakını kırsal alanda yaşamaktadır. Kırsal alanda yaşayan yaşlı nüfusun hem sorunları ile ilgili yeterli bilgimiz yoktur hem de bu kesimlerin hizmete ulaşması ile ilgili engeller bulunması kuvvetle muhtemeldir. Bilimsel araştırma ve saha çalışmalarının kırsal alanda yaşayan yaşlıları da kapsayacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma niceliksel veri analizine dayalı betimsel bir saha çalışmasıdır. Yaşlı nüfusa yönelik sayısal açıdan genelleyici bilgiler vermektedir. Ancak yaşlı hizmetlerine yönelik politikaların çoğu zaman bireysel özellikleri/farklılıkları da gözetmesi gerekmektedir. Bu politikaların geliştirilmesi için ise niteliksel çalışmalardan elde edilecek bilgilere ihtiyaç vardır.

Yaşlılar için en önemli sorunlardan birisi çevresel düzenlemelerdir. Bu nedenle kent içerisindeki tüm yaşam alanlarının, kısıtlılıkları en fazla olan insanların kullanımını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Bunlar arasında kent merkezi, parklar, kaldırımlar, belediye otobüsleri sayılabilir.

Kent ulaşımında kullanılan otobüslerin engelli ve yaşlı insanların kullanımını kolaylaştıracak şekilde fiziksel yapılarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte trafiğin yoğun olduğu bölgelerde ve saatlerde sadece yaşlıların kullanacağı otobüs hizmetleri sağlanabilir.

Kent merkezleri yanında kapalı alanlar da yaşlı insanlara göre düzenlenmelidir. Yaşlı bulunan evlerin fiziksel ortamlarının yaşlıya göre düzenlenmesi için toplum eğitilmeli ve gerekirse de maddi destek sağlama yolları aranmalıdır. Bu eğitimler yaşlı ve yaşlı yakınlarına yönelik olarak Altın Yıllar Yaşam Merkezi tarafından verilebilir.

Yaşlıların en önemli sağlık sorunları kronik hastalıklardır. Bu konuda aile hekimliği sistemi daha güçlendirilmeli, kronik hastalıkların takibi aile hekimleri tarafından yapılmalı, yaşlıların hastane kapılarında yığılmaları engellenmelidir.

Kronik hastalıklardan korunmanın gençlik döneminde başladığı bilindiğinden, toplumun tüm kesimleri sağlıklı yaşam koşullarının gerekleri ile sigara ve alkolün zararları konusunda bilinçlendirilmelidir.

Genel olarak toplumumuzda sağlıklı ve bilinçli yaşama ve yaşlanma konusunda eksiklikler bulunduğu gerçeği göz önüne alındığı zaman, yaşlılığa hazırlık eğitimlerinin sistemli ve planlı biçimde verilmesi, aktif ve kaliteli yaşlanma konusunda seminerler, kurslar, kampanyalar düzenlenmesi ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarından yararlanılmasının önemi görülmektedir.

Belediye tarafından kentli yaşlılara yönelik olarak destek hattı ya da belediye içinde yaşlı hizmetleri masası kurulmalı, özellikle ileri yaşta ve fiziksel olarak kısıtlılıkları olanların sorunlarının çözümünde destek olunmaya çalışılmalıdır. Bu konuda çalışacak olan personelin yaşlı sağlığı ve sorunları konusunda eğitim almaları sağlanmalıdır.

Toplumun genelinin ve yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde merkezi ve yerel yönetimlerin sunmuş oldukları “gündüz bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı dayanışma merkezleri” gibi sosyal yardım hizmetleri konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları; bu durumun da temel hak ve özgürlükler açısından önemli kayıplara yol açtığı düşünülmektedir. Bu nedenle merkezi

ve yerel yönetimlerin yaşlı insanlara dönük olarak gerçekleştirmekte oldukları sosyal yardım hizmetleri hakkında toplumun bilgilendirilmesine dönük çalışmaların önemi bulunmaktadır.

Çanakkale’de yaşlılara dönük yapmış olduğumuz bu çalışmada da, ekonomik açıdan daha yoksul durumda olanların yaşam memnuniyetlerinin de düşük olduğu göz önüne alındığında, yaşlı bireylerin temel bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına dönük “maddi” yardım imkanlarının artırılması ve buna dönük kamusal alana özel politikaların geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Yurtdışı ve yurtiçindeki yerel yönetimlerle yaşlılarla ilgili politika ve hizmetler hakkında bilgi alışverişi sağlanmalıdır. Yaşlılarla ilgili olarak açılan “iyi örnek teşkil eden” merkezlerin tecrübelerinden faydalanılmalı karşılıklı işbirliğine yönelik projeler geliştirilmelidir.

Yaşlı insanların sorunlarının çözümünde kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler arasında eşgüdüm ve işbirliği sağlanarak, yaşlılara ilişkin bütüncül ve kapsayıcı çözüm önerileri ve politikalar geliştirilmelidir. Yaşlılara yönelik olarak politika üretmek süreklilik gerektiren bir konu olduğundan bu tür çalışmalar yerel ve ulusal olarak belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akça F, Şahin G. (2008). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar ile Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 11:190-199
- Akgün S., Erdal R. (2007). Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. Kutsal YG(Editör). Temel Geriatri. Güneş Kitabevi. Ankara.:73-87
- Arulat T. (2009). Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi Antalya 2009. Kongre Kitabı, s 17-22
- Baran, A. G. (2000). “Yaşlılıkta Sosyal Uyum Sorunu”, Antropoloji ve Yaşlılık(iç), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, s. 68-76
- Baran, A. G. (2004). “Yaşlılık Sosyolojisi”, Yaşlılık / Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler (iç), (Der.: V. Kalıncara), Ankara: Odak İletişim Yay., s.35-57
- Baran, Aylin G. (2005). Yaşlı ve Aile İlişkileri, Ankara Örneği, T. C. Başbakanlık Aile Sosyal Araştırma Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara
- Bowling, A. (2001). Measuring Disease : A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales, second edition. Open University Press, Buckingham
- Canatan, A. (2008). Sosyal Yönleriyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık, Ankara
- Choi C.W., Lee J., Park K.H., Choi I.K., Kim S.J., Seo J.H., Kim B.S., Shin S.W., Kim Y.H., Kim J.S. (2005). Incidence of anemia in older Koreans: Community-based cohort study, Archives of Gerontology and Geriatrics 41: 303–309
- DESA (United Nations, Department of Economic and Social Affairs) (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision
http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
- DESA (United Nations, Department of Economic and Social Affairs) (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision
http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf
- DPT (2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,
www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf

- Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Şafak Matbaacılık, Ankara.
- Eser, E., Lağarlı, T., Baydur, H., Akkurt, V., Akkuş, H., Arslan, E., ... & Vural, O. (2010). EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Public Health*, 8(3), 136-152.
- Gitmez, Ş. K. (2000). Yaşlıların Farklı Kentsel Koşullarda Yaşam Uyumları, Eğilimleri, Tutum ve Davranışları, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Antropoloji ve Etnoloji (Sosyal Antropoloji) Ana Bilim Dalı), Ankara.
- Güleç M., Tekbaş Ö. F. (1997). Sağlık Perspektifinden Yaşlılık, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, Cilt:17, Sayı:6;369-378
- Günay O., Öztürk A., Gün İ, Nacar M., Çetinkaya F, Öztürk Y., Aykut M. (2001). 1987-2001 Yılları Arasında Yaşlıların Mediko-Sosyal Durumundaki Değişim, 7. Halk Sağlığı Günleri(Bildiri Kitabı), 11-13 Eylül, Eskişehir;S-1
- Günaydın, R. (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 13 (4): 278-284.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM): A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 150.
- İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı. (2008). Urfalođlu F, Altaş D, Yıldırım İ.E. İstanbul'da Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Demografik, Ekonomik ve Sosyal Profili. İstanbul
- Jongenelis K, Pot A.M., Eisses A.M.H., et al (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord*; 83(2-3):135-142
- Kaya A. G. (2006). İzmir'de Yaşam Kalitesi ve Yoksulluk. İzmir İktisat Kongresi Araştırma Merkezi Öğrenci Çalışma Raporları Serisi, 02:1-14.
- Koçoğlu, G, Sümer H, Polat H, Özdemir L, Nur N, Aker A, Bakıcı Z. (2001). Sivas İl Merkezindeki Yaşlılarda Bazı Kronik Hastalıkların Görülme Sıklığı, 7. Halk Sağlığı Günleri(Bildiri Kitabı), 11-13 Eylül, Eskişehir; S-12.
- Kurt, G. (2008). Türkiye'de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)
- Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan İnsan ve Yaşlanan Toplum. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003;3-4:1-6

- Kutsal, Y. (2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları, Yaşlıyız Yaşam Doluyuz Sempozyumu Bildiri Kitabı, <http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/3.pdf> bağlantı tarihi 10.10.2013
- Lawton M. P, Winter L, Kleban MH, Ruckdeschel K (1999) Affect and quality of life. *J Ageing Health* 11: 169–198
- Maral I., Aslan S., İlhan M.N., Yıldırım A., Candansayar S., Bumin M.A. (2001). Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırılmalı Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*;12(4):251–259
- Oktik, N. (2004) Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği, Muğla Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı
- Onur, B. (1995). Gelişim Psikolojisi, İmge Kitabevi, Ankara
- Riley, M. W., Johnson, M., & Foner, A. (1972) Elements in a model of age stratification. In M. W. Riley, M. Johnson, & A. Foner (Eds.), *Aging and society III: A sociology of age stratification*. New York: Russell Sage.
- Sanderson, W., ve Scherbov S. (2008). “Rethinking Age and Aging,” 239: 1287-1288. *Population Bulletin* 63 (4). <http://www.prb.org/pdf08/63.4aging.pdf> bağlantı tarihi 4.10.2013
- Sarvimaki, A. ve Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value, *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033
- Şahin, F. (2000). “Rol Teorisi Açısından Yaşlılık”, *Antropoloji ve Yaşlılık*(iç), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, ss.136-141
- TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2012). Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara.
- TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2013). Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında; Sosyal Güvenlik Sisteminde; Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu.
- TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri, Nüfus ve Demografi, <http://nkg.die.gov.tr/goster.asp?aile=1>

TC. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, (1998). Dünya Sağlık Raporu 1998, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre, Ankara

TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Yaşlı Sağlığı, Ağustos, 2002.

TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Evde Bakım Hizmetleri. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/evde-bakim/798-evde-bak%C4%B1m-hizmetleri-nelerdir.html>

TC. Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri(Sağlık 21), Çalışma Grubu Raporları, 3. Yaşlıların Sağlığı(Hedef 5: Yaşlıların Sağlığı, 2000-2001, Ankara.

TC. Sağlık Bakanlığı. (2001) Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri "Ergen, Yaşlı ve Özürlülerin Sağlığının Geliştirilmesi",Ankara.

TC. Sağlık Bakanlığı. (2005) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hane Halkı Araştırması Ara Raporu, Ankara.

TC. Sağlık Bakanlığı, (2005). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ankara

TC. Sağlık Bakanlığı, (2012). Stratejik Plan 2013-2017

Telatar T.G, Özcebe H. (2004) Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 7: 162-5.

Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü, Akademik Geriatri Dergisi 4: 1-11

Tufan, İ. (2001). "Yaşlanan Dünyada Bir Delikanlı: Türkiye", *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Cilt:12, Sayı: 3, s. 27-49.

Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK), (2012). İstatistiklerle Yaşlılar <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>

Uluocak, Ş. ve Aslan, C. (2011). Toplum ve Engelliler, Çanakkale Kitaplığı Akademi Yayınları, Çanakkale

United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision Population Database, <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>

Urfalıoğlu, F., Altaş, D. ve Yıldırım, İ. E. (2007). İstanbul'da Yaşlı Nüfusun Demografik Yapısı ve Yaşlılık Algısı Araştırması. Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyon Başkanlığı, İstanbul

Ünalın P. C. (2012). Aktif Yaşlanma: Bilişsel ve Sosyal Boyut, <http://www.turkishfamilyphysician.com/egazete/66-2012-01-02-s13.pdf>

Westerhof, G. J. and Barrett, A. E. (2005), 'Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany', *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60: S129–S136

World Health Organization. Interesting facts about ageing, <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>

World Health Organization. Global Health and Aging. (2011). http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html

World Health Organization. Information Fact Sheets, Population Ageing-A Public Health Challenge, <http://www.who.int/inf-fs/en/fact135.html>

Yaman H. (2003). Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi, *Geriatrici (Turkish Journal of Geriatrics)* ;6:142–146.

Yapıcıoğlu, A. (2009). Modernleşme Süreci ve Yaşlılık: İki Yerleşim Yerinde Modernitenin Yaşlılığa Etkileri, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Bölümü Sosyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. (2001). Trabzon 2 No'lu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), 11-13 Eylül 2001, Eskişehir;P-17.

Yiğit, H. (2009). Yaşlıların Sosyal Yaşam Desteğini Algılamaları, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

EKLER

1. ANKET FORMU

ÇANAKKALE BELEDİYESİ
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
GMKA

ÇANAKKALE İLİ YAŞLILIK ATLASI
ANKET FORMU

ANKET FORMU

ÇANAKKALE 2013

| | | |
|------------------------|---|--|
| Uygulama Tarihi | : | |
| Anketör | : | |
| Mahalle | : | |
| Sokak | : | |
| Kapı no | : | |
| Telefon | : | |

Sayın Katılımcı:

Dolduracak olduğunuz bu anket, Çanakkale Belediyesi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyoloji Bölümü ve Halk Sağlığı Anabilim Dallarının işbirliği ile ve Güney Marmara Kalkınma Ajansı'nın desteğiyle hazırlanmıştır.

Amacımız, Çanakkale ilinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin sağlık ve sosyal sorunlarının öğrenilmesi ve ihtiyaçlarının tespit edilmesidir. 65 yaş ve üzerindeki kentli nüfusun sosyal, ekonomik, kültürel, sosyo-bilişsel ve sağlık durumlarına ilişkin bilgilerin elde edilmesi suretiyle sizlere yönelik çok daha verimli sosyal politikalar üretilebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmadaki sorulara yanıt veren katılımcıların kimlik bilgileri araştırmacılar tarafından saklanacak olup asla üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalı olup istediğiniz zaman araştırmayı terk edebileceğinizi sizlere hatırlatmak isteriz.

Çanakkale Belediyesi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nin işbirliği ve Güney Marmara Kalkınma ajansı'nın desteği ile topluma daha iyi sağlık hizmeti sunmanın zeminini hazırlayabilmek için yapılan bu çalışmaya değerli zamanınızı ayırıp katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

| | | |
|-------------------------------|---|-----------------------|
| Anketör tarafından okundu () | Katılımcı tarafından Onaylandı () | Red edildi () |
|-------------------------------|---|-----------------------|

Anketör Adı-Soyadı:.....

Tarih:/...../2013

İmza:

Demografik Özellikler

Soru. Adınız Soyadınız

Soru. Cinsiyetiniz

Soru. Kaç yaşındasınız? (Belirtiniz)

Soru. Eğitim Durumunuz

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1.() Okur-yazar değil | 6.() Mesleki ve teknik lise |
| 2.() Okur-yazar (bir okul bitirmede) | 7.() Ön lisans |
| 3.() İlköğretim | 8.() Lisans |
| 4.() Genel ve mesleki ortaokullar | 9.() Lisans Üstü |
| 5.() Genel lise | 9.1. () Yüksek Lisans |
| | 9.2. () Doktora |

Soru. Bildiğiniz yabancı dil ya da dilleri belirtiniz

| | |
|-----------------------------|-------------|
| 1.() Evet...../...../..... | 2.() Hayır |
|-----------------------------|-------------|

Soru. Medeni Durumunuz

| | |
|---|-------------------------------|
| 1.() Hiç evlenmedi | 4.() Evli fakat ayrı yaşıyor |
| 2.() Evli (ilk evlenme yaşınızı..... ve şu anda kaçınıcı evliliğiniz..... olduğunu belirtiniz) | 5.() Boşandı |
| 3.() Birlikte yaşıyor | 6.() Eşi öldü |

Soru. Çocuğunuz var mı ?

| | |
|------------------|--------------------------|
| 1.() Evet | Sayısını belirtiniz..... |
| 2.() Hayır, yok | |

Soru. Yaşamınızı nerede sürdürüyorsunuz?

| | |
|--------------------|----------------------------|
| 1.() Kendi evimde | 5.() Akrabalarımın evinde |
|--------------------|----------------------------|

Çanakkale Yaşlı Atlası

| | |
|---------------------------|------------------|
| 2.() Kirada | 6.() Diğer..... |
| 3.() Huzur evinde | |
| 4.() Çocuklarımın evinde | |

Soru. Evinizde kaç kişi yaşıyor?(belirtiniz)

Soru. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

| | |
|----------------------------|------------------------|
| 1.() Anne-baba ile | 5.() Akrabalarım ile |
| 2.() Anne veya baba ile | 6.() Arkadaşlarım ile |
| 3.() Eşi ile | 7.() Tek başıma |
| 4.() Eşi ve çocukları ile | 8.() Diğer |

Soru. Bu şehirde kaç yıldır yaşıyorsunuz?

Soru. Bu şehirden önce nerede yaşıyordunuz? (belirtiniz)

Soru: Aşağıdakilerden hangisi işle ilgili şu anki durumunuzu en iyi şekilde tanımlıyor?

| |
|---|
| 1. () Tam zamanlı ücretli çalışan |
| 2. () Yarım zamanlı ücretli çalışan |
| 3. () Tam zamanlı/yarım zamanlı kendi işinde çalışan |
| 4. () Tam zamanlı çalışan emekli |
| 5. () İşsiz |
| 6. () Emekli çalışmıyor |
| 7. () Emekli değil ve çalışmıyor |
| 7. () Ev işleriyle meşgul |
| 8. () El emeğini değerlendirerek gelir kazanan |
| 8. () Diğer..... |

Soru. Size ait aylık toplam geliriniz yaklaşık olarak ne kadardır belirtiniz

Soru. Hanenizin ortalama aylık geliri ne kadardır belirtiniz?

Soru. Sosyal yardımlardan faydalaniyor musunuz?

| | |
|--|-------------|
| 1.() Evet ise Hangi kurumdan belirtiniz..... | 2.() Hayır |
|--|-------------|

Soru. Belediye hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| 1.() Evet ise memnun musunuz?..... | 2.() Hayır |
|-------------------------------------|-------------|

Yaşlılıkta, Yaşlanmaya Yüklenen Anlamlar

Soru. Yaşlanmaktan memnun musunuz?

| | | | | |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|--------------------|
| 1.() Hiç memnun değilim | 2.() Memnun değilim | 3.() Orta derecede memnunum | 4.() Memnunum | 5.() Çok memnunum |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|--------------------|

Soru. Geçmişe dönüp keşke şunu yapsaydım dediğiniz bir “pişmanlığınız” var mı?

| | |
|---|-------------|
| 1.() Evet(belirtiniz.....) | 2.() Hayır |
|---|-------------|

Soru. Geçmişteki “amaçlarınıza” bugün ulaştığınızı düşünüyor musunuz?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Soru. Gelecekte “umutlu” musunuz?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Gündelik yaşam aktiviteleri:

Soru. Kendi yeme içme gereksinimizi mecbur kaldığınız takdirde karşılayabilir (yemek pişirebilir) misiniz?

| | | |
|------------|--|--|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam |
|------------|--|--|

Soru. Vücut temizliğinizi (banyo ve tuvalet temizliği) kendiniz sağlayabiliyor musunuz?

| | | |
|------------|--|---|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabiliyorum | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın temizliğimi sağlayamıyorum |
|------------|--|---|

Soru. Kendi başınıza oturup, kalkabiliyor, hareket edebiliyor musunuz?

| | | |
|------------|-------------------------------------|--|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamıyorum |
|------------|-------------------------------------|--|

Soru. Kendi başınıza giyinip-soyunabiliyor musunuz?

| | | |
|------------|--|--|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabiliyorum | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamıyorum |
|------------|--|--|

Soru. Kendi başınıza evin içinde dolaşabiliyor musunuz?

| | | |
|------------|-------------------------------------|--|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamıyorum |
|------------|-------------------------------------|--|

Soru. Kendi başınıza dışarıda dolaşabiliyor musunuz?

| | | | |
|------------|-------------------------------------|---|----------------------|
| 1.() Evet | 2.() Kısmen başkasının yardımı ile | 3. () Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın dışarıda dolaşamıyorum | 4.() Eve bağımlıyım |
|------------|-------------------------------------|---|----------------------|

Soru. Son altı ay içinde evde düştünüz mü?

| | |
|--|--------------|
| 1.() Evet..... ise Yaralanma oldu mu a.)Evet b.)Hayır | 2. () Hayır |
|--|--------------|

Soru. Son altı ay içinde ev dışında (sokakta, bahçede, parkta) düştünüz mü?

| | |
|--|--------------|
| 1.() Evet..... ise Yaralanma oldu mu a.)Evet b.)Hayır | 2. () Hayır |
|--|--------------|

Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Sosyal Network:

Soru. Eş, dost ve ahabplarınızla genellikle nerede görüşüyorsunuz

| Sosyal Mekan | | | |
|----------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. Kahvehanede | 5. Hayırlarda | 9. Cemaat toplantılarında | 13. Köyde |
| 2. Dernekte | 6. Bayramlarda | 10. Pazarlarda | 14. Aile Sağlığı Merkezi, hastanede |
| 3. "Gün"lerde | 7. Düğünlerde | 11. Çarşıda | 16. Evlerde |
| 4. Adaklarda | 8. Camide | 12. Kafelerde | 17. Diğer..... |

Soru. Bir gününüzü ev dışında en çok nerede geçiriyorsunuz?

| |
|----------------|
| |
|----------------|

Soru. Emekli olduktan sonra, daha önce ilgi duyup zaman ayıramadığınız kişisel becerilerinizi geliştirmeye yönelik uğraşılara zaman ayırma fırsatı bulabildiniz mi?

| | |
|-----------------------------|-------------|
| 1.() Evet (ise belirtiniz) | 2.() Hayır |
| a.)..... | |
| b.)..... | |
| c.)..... | |

Soru Herhangi bir dernek, sivil toplum örgütü, yardım kuruluşu veya sivil inisiyatif etkinliklerine gönüllü olarak katılıyor musunuz?

| | |
|------------------------------------|-------------|
| 1.() Evet (ise Lütfen belirtiniz) | 2.() Hayır |
|------------------------------------|-------------|

Soru. Aşağıdaki görevlerden/rollerden en çok hangisine önem veriyorsunuz?

| Görev-Rol | | |
|--|----------------|------------------------------|
| 1. Babalık ya da Annelik | 3. Komşuluk | 5. Dernek faaliyetleri |
| 2. Dedelik ya da Anneannelik-babaannelik | 4. Hemşehrilik | 6. Siyasi parti faaliyetleri |

Soru. Emekli olduktan sonra ya da yaşlılık döneminde daha önce zaman ayıramadığınız aşağıdaki sosyal faaliyetlerden hangilerine daha çok zaman ayırmaya başladınız?

| SOSYAL NETWORK | | |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1. Ava gitme (Balık, Kuş, Domuz) | 6. Müzik ile uğraşma | 11. Sergilere gitme |
| 2. Kişisel beceri kursları | 7. Resim ile uğraşma | 12. Adaklara gitme |

Çanakkale Yaşlı Atlası

| | | |
|---|-----------------------|---------------------|
| 3. Turistik geziler | 8. Edebiyatla uğraşma | 13. Hayırlara gitme |
| 4. Köyünde daha çok ikamet etmeye başlama | 9. Torun bakımı | 14. Düğünlere gitme |
| 5. (Kadınlar için) el-işi dikiş-nakiş işlerine zaman ayırma | 10. Konserlere gitme | 15. Diğer |

Soru. Gündelik yaşantınızla ilgili olarak kararlarınızı nasıl alırsınız

| | | |
|-----------|---|----------|
| 1. Kendim | 3. Eşimle ve Çocuklarımla | 5. Diğer |
| 2. Eşimle | 4. Eşimle, çocuklarımla ve torunlarımla | |

Soru . Kişisel becerilerinizi arttırmak için katılmış olduğunuz özel eğitim ve kurslar var mı?

| | |
|--|-------------|
| 1.() Evet aldığım özel eğitim ve kurslar var. Belirtiniz: | 2.() Hayır |
|--|-------------|

Soru. Güncel gelişmeleri nerelerden takip ediyorsunuz? (En fazla 3 seçenek)

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

Soru. Sosyal güvenceniz var mı?

| | |
|------------------------------------|-------------|
| 1.() Evet (ise Lütfen belirtiniz) | 2.() Hayır |
|------------------------------------|-------------|

Soru. En son ne zaman sağlık hizmeti aldınız?

| |
|--|
| |
|--|

Soru. En son hangi sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1.() Aile hekimi | 5.() Üniversite hastanesi |
| 2.() Devlet hastanesi | 6.() Ağız ve diş sağlığı merkezi |
| 3.() Özel poliklinik | 6.()Diğer..... |
| 4.() Özel hastane | |

Soru. Bu sağlık kuruluşunu (sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvurduğunuz, önceki soruda belirttiğiniz kuruluş) tercih etme sebebiniz nedir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

| | |
|------------------------------------|---|
| 1.() Ekonomik olarak uygun olması | 5.() Kuruluşta tanıdık birinin bulunması |
| 2.() Bulduğum yere yakın olması | 6.() Alışkanlıktan |
| 3.() Hizmetinden memnun olmam | 6.() Diğer(Belirtiniz)..... |
| 4.() Tavsiye | |

Soru. En son sağlık kuruluşuna başvurma nedeniniz nedir?

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1.() Hastalık nedeniyle | 5.() Diğer(Belirtiniz)..... |
| 2.() Kontrol amacıyla | |
| 3.() İlaç yazdırmak için | |
| 4.() Acil tedavi amacıyla | |

Soru. Son başvurunuzda, sağlık harcamalarınızı nasıl karşıladınız?

| | |
|---|------------------------------|
| 1.() Sosyal güvence kuruluşu aracılığı ile | 5.() Diğer(Belirtiniz)..... |
| 2.() Cepten | |
| 3.() Hem Sosyal güvenlik kuruluşu aracılığı ile hem cepten | |
| 4.() Özel sigorta | |

Soru. Son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan aldığınız sağlık hizmetinin genel kalitesi hakkındaki görüşünüz nedir?

| | | | | |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|--------------------|
| 1.() Hiç memnun değilim | 2.() Memnun değilim | 3.() Orta derecede memnunum | 4.() Memnunum | 5.() Çok memnunum |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|--------------------|

Soru. Sigara, puro, pipo gibi herhangi bir tütün mamülü kullanılıyor musunuz?

| | | |
|-------------------|-------------------------|-------------|
| 1.() Evet hergün | 2.() Evet hergün değil | 3.() Hayır |
|-------------------|-------------------------|-------------|

Soru. Kaç yıldır tütün ve mamülleri kullanıyorsunuz? (Aradaki bırakmalar hariç)

| |
|--|
| |
|--|

Soru. Son bira ayda sigara ile ilgili önemli bir sağlık sorunuz oldu mu?

| | |
|------------------------------------|-------------|
| 1.() Evet (ise Lütfen belirtiniz) | 2.() Hayır |
|------------------------------------|-------------|

Soru. Şimdiye kadar hiç alkollü içecek içtiniz mi?

| | | |
|-------------------|-------------------------|-------------|
| 1.() Evet hergün | 2.() Evet hergün değil | 3.() Hayır |
|-------------------|-------------------------|-------------|

Soru. Son bir yıl içinde alkollü içecek içtiniz mi?

| | | |
|-------------------|-------------------------|-------------|
| 1.() Evet hergün | 2.() Evet hergün değil | 3.() Hayır |
|-------------------|-------------------------|-------------|

Soru. Son bir ayda alkol ile ilgili önemli bir sağlık sorunuz oldu mu?

| | |
|------------------------------------|-------------|
| 1.() Evet (ise Lütfen belirtiniz) | 2.() Hayır |
|------------------------------------|-------------|

Soru. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Soru. Evetse; hangisi olduğunu ve tanının ne kadar süre önce konulduğunu belirtiniz.

(Lütfen süreyi ay olarak kodlayınız)

| Hastalığın adı: | Ne kadar süre önce tanısı konuldu? (AY) |
|----------------------------------|---|
| 1. () Yüksek tansiyon | |
| 2. () Kalp hastalığı | |
| 3. () İnme-felç | |
| 4. () Diabetes mellitus | |
| 5. () Kanser | |
| 6. () Kronik bronşit | |
| 7. () Astım | |
| 8. () Parkinson | |
| 9. () Alzheimer | |
| 10. () Depresyon | |
| 11. () Diğer ruhsal hastalıklar | |
| 12. () İşitme kaybı | |
| 13. () Diğer..... | |

Soru. Hekim tarafından tanısı konulmuş ve izlenen kanser hastalığınız var mı?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Soru. Evetse; hangisi olduğunu ve tanının ne kadar süre önce konulduğunu belirtiniz.

(Lütfen süreyi ay olarak kodlayınız)

| Hastalığın adı: | Ne kadar süre önce tanısı konuldu? (AY) |
|-------------------------------------|---|
| 1. () Akciğer kanseri | |
| 2. () Prostat kanseri | |
| 3. () Meme Kanseri | |
| 4. () Cilt Kanseri | |
| 5. () Rahim ağzı (Serviks) kanseri | |
| 6. () Rahim kanseri | |
| 7. () Karaciğer Kanseri | |
| 8. () Mide kanseri | |

| | |
|-------------------------------|--|
| 9. () Kalın Bağırsak kanseri | |
| 10. () Diğer..... | |

Soru. Bedensel ya da zihinsel engeliniz var mı?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Soru. Evet ise engelin türünü, nedenini ve süresini belirtiniz.

| Engel türü | Engelin nedeni | Yüzdesi (%) | Süresi |
|-------------------|----------------|-------------|--------|
| 1. () Görme | | | |
| 2. () İşitme | | | |
| 3. () Yürüme | | | |
| 4. () Zihinsel | | | |
| 5. () Diğer..... | | | |

Soru. Yaşlılık veya bir hastalığa bağlı olarak bakıma ihtiyacınız var mı?

| | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

Soru. Evetse ne olduğunu ve süresini belirtiniz. (AY OLARAK KODLAYINIZ)

| | Süresi |
|--|--------|
| 1. () Bakıma ihtiyacı var, sürekli izlenmeli (gece-gündüz) | |
| 2. () Bakımsız yapamaz, izlenmeli ve bir saatten fazla evde yalnız bırakılmamalı | |
| 3. () Evde birkaç saat yalnız kalabilir fakat evden ayrılacağı zaman refakatçiye ihtiyacı var | |
| 4. () Evde biraz bakıma ihtiyacı var ve evden ayrılacağı zaman bazen refakatçiye ihtiyacı var | |

Soru.

| |
|---|
| Eğer bakıma ihtiyacı var ise, bakıcısı var mı? 1.() Evet 2. () Hayır |
| Eğer bakıcısı var ise, eğitilmiş olup olmadığı 1. () Evet eğitilmiş 2. () Hayır eğitimsiz |

EUROHIS - Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını daire içine alınız.

| | | Çok kötü | Biraz kötü | Ne iyi, ne kötü | Oldukça iyi | Çok iyi |
|---|--------------------------------------|----------|------------|--------------------|----------------|---------|
| 1 | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
|---|-------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------|------------------|---------------|
| 2 | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç | Çok az | Orta derecede | Çokça | Tamamen |
|---|---|-----|--------|------------------|-------|---------|
| 3 | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
|---|---|------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|---------------|
| 4 | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
|---|-----------------------------------|------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|---------------|
| 5 | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Çanakkale Yaşlı Atlası

| | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
|---|--|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|
| 6 | Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç | Çok az | Orta derecede | Çokça | Tamamen |
|---|--|------------|---------------|--------------------------|--------------|----------------|
| 7 | Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Hiç hoşnut değil | Çok az hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
|---|--|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|
| 8 | Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ÇANAKKALE
Yaşlı Atlası



İsmetpaşa Mah. Atatürk Cad. No:39 Merkez/ ÇANAKKALE
Tel: 444 17 17
Fax: (0286) 217 12 28
<http://www.canakkale.bel.tr>

Bu kitap Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi kapsamında Güney Marmara Kalkınma Ajansının katkılarıyla Çanakkale Belediyesi tarafından hazırlanmıştır. Para ile satılmaz.

ISBN 978-605-64399-0-2

