

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Bülent YASEMİN

KIR VE KENTTE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEPRESYONA
ETKİSİ: ALTINKUM VE ADRASAN MAHALLELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Gerontoloji Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2017

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Bülent YASEMİN

KIR VE KENTTE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEPRESYONA
ETKİSİ: ALTINKUM VE ADRASAN MAHALLELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Türkan YILMAZ

Gerontoloji Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2017

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bülent YASEMİN'in bu çalışması, jürimiz tarafından Gerontoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	: Yrd. Doç. Dr. Sergender SEZER	(İmza)
Üye (Danışman)	: Yrd. Doç. Dr. Türkan YILMAZ	(İmza)
Üye	: Doç. Dr. Özgür ARUN	(İmza)

Tez Başlığı: Kır ve Kentte Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Depresyona Etkisi:
Altinkum ve Adrasan Mahalleleri Üzerine Bir Araştırma

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi: 15.12.2017

Mezuniyet Tarihi: 21.12.2017

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kır ve Kentte Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Depresyona Etkisi: Altinkum ve Adrasan Mahalleleri Üzerine Bir Araştırma” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

(İmza)

Bülent YASEMİN





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Bülent YASEMİN
Öğrenci Numarası	20145241003
Enstitü Ana Bilim Dalı	Gerontoloji
Programı	Yüksek Lisans
Programın Türü	(x) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanının Unvanı, Adı-Soyadı	Yrd. Doç. Dr. Türkan YILMAZ
Tez Başlığı	Kır ve Kentte Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Depresyona Etkisi: Altinkum ve Adrasan Mahalleleri Üzerine Bir Araştırma
Turnitin Ödev Numarası	897965239

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 104 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 19/12/2017 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 13

alıntılar dahil % 13 'dur.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(x) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımca yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

19/12/2017

(imzası)

Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ÖZET	viii
SUMMARY	x
ÖNSÖZ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARKA PLAN

1.1. Dünya Demografik Yapısı	3
1.1.1. Dünya Kır-Kent Demografisi	8
1.2. Türkiye Demografik Yapısı	10
1.2.1. Türkiye Kır-Kent Demografisi	17
1.2.1.1. Antalya, Adrasan ve Altinkum Demografisi	23
1.3. Yaşam Kalitesi Kavramı	25
1.4. Depresyon	33

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Hipotezleri	36
2.2. Araştırmanın Amacı	36
2.3. Araştırmanın Yöntemi	37
2.4. Veri Toplama Araçları	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Profili	41
3.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeyleri	53
3.3. Katılımcıların Depresyon Düzeyleri	56
3.4. Model 1 ve Depresyona Etkisi	58

3.5. Model 2 ve Depresyona Etkisi.....	61
3.6. Model 3 ve Depresyona Etkisi.....	62
3.7. Model 4 ve Depresyona Etkisi.....	65
3.8. Model 5 ve Depresyona Etkisi.....	67
3.9. Model 6 ve Depresyona Etkisi.....	69
 SONUÇ	72
 KAYNAKÇA.....	88
 EKLER.....	96
EK 1- İzin Yazısı.....	96
EK 2- WHOQOL-OLD.TR Ölçeği	97
EK 3- Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	102
EK 4- Katılımcı Onam Formu.....	103
 ÖZGEÇMİŞ	104

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Dünya Geneline 60 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyet Oranı.....	7
Şekil 1.2 Dünya Geneline 80 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyet Oranı.....	8
Şekil 1.3 Kent ve Kırsal Alanlara Göre 2000-2015 Yılları Arasında 60 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Dünya Genelineki Yüzdelik Değişimi (%)	10
Şekil 1.4 Türkiye 1935-2023 Nüfus Piramidi	11
Şekil 1.5 Türkiye Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Değişimi 1935-2023.....	13
Şekil 1.6 Türkiye Yaş Bağımlılık Oranlarının Değişimi 1935-2023	17
Şekil 1.7 1927-2016 Yılları Arası Türkiye Kır ve Kent Nüfus Dağılımı (%).....	18



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Dünya Nüfusu 2017-2030-2050-2100 Yılları (milyon).....	5
Tablo 1.2 Dünya Nüfusu ve Medyan Yaş 1950-2015	6
Tablo 1.3 Dünya Nüfusunun Kentlerde İkamet Oranı 1950-2050	9
Tablo 1.4 Türkiye İçin Yıllara Göre Nüfus Projeksiyonları.....	12
Tablo 1.5 Türkiye Yıllık Nüfus Artış Hızı ve Cinsiyet Oranı 1927-2016.....	13
Tablo 1.6 Türkiye Yaş Bağımlılık Oranı 2007-2016 (%)	14
Tablo 1.7 Yıllara Göre Türkiye Nüfusu 1927-2016.....	15
Tablo 1.8 Yıllara ve Cinsiyete Göre 65+ Yaş Grubu Türkiye Nüfusu 1935-2016	15
Tablo 1.9 65+ Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 2016 Yılı Türkiye Nüfusu.....	19
Tablo 1.10 Türkiye 65+ Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 2016 Yılı İl – İlçe Nüfusu ve Belde - Köy Nüfusu	20
Tablo 1.11 Türkiye Kent-Kırsal Nüfus Oranı 1927-2016 (%)	21
Tablo 1.12 Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Antalya Nüfusu 2016	23
Tablo 1.13 Antalya'nın 65+ Yaş Grubuna Göre Aldığı Göç 2016	24
Tablo 1.14 Antalya'nın 65+ Yaş Grubuna Göre Verdiği Göç 2016.....	24
Tablo 1.15 Türkiye'de Yaşanılan Yere Göre Genel Mutluluk Düzeyi 2012.....	28
Tablo 1.16 Türkiye'de 65+ Yaş Grubunun Genel Mutluluk Düzeyi 2016	28
Tablo 1.17 Türkiye'de 65+ Yaş Grubunda Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet Oranı 2016	29
Tablo 1.18 Türkiye'de 65+ Yaş Grubunun Evlilikten Duydukları Memnuniyet 2016.....	29
Tablo 1.19 Türkiye'de 65+ Yaş Grubunda Mutluluk Kaynağı Olan Kişiler	30
Tablo 2.1 Araştırmada Kullanılan Modeller	38
Tablo 2.2 WHOQOL-OLD Ölçeği İçinde Sorgulanan Altı Boyut/Alan ve Soru Numaraları .	39
Tablo 3.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	42
Tablo 3.2 Katılımcıların Gelir, Sağlık ve Yaşlılık Algısı Durumları	44
Tablo 3.3 Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kronik Rahatsızlık Durumu.....	46
Tablo 3.4 Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Düzenli Olarak İlaç Kullanım Durumu	48
Tablo 3.5 Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kişisel Sağlık Algıları Durumu	50
Tablo 3.6 Katılımcıların Yaşlılık ile İlgili Değerlendirmeleri.....	51
Tablo 3.7 Katılımcıların Kendi Yaşlarını Algılama Durumları	51

Tablo 3.8 Kadın Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kendi Yaşlarını Değerlendirme Durumu.....	52
Tablo 3.9 Erkek Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kendi Yaşlarını Değerlendirme Durumu.....	53
Tablo 3.10 Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ortalaması ve Verilerin Dağılım Değerleri.....	53
Tablo 3.11 Yaşam Kalitesi Normallik Testi.....	54
Tablo 3.12 Katılımcıların Yaşanılan Yere ve Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Düzeyi.....	55
Tablo 3.13 Yaşam Kalitesi ve Yaşanılan Yer İçin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	56
Tablo 3.14 Yaşam Kalitesi ile Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 3.15 Tüm Katılımcıların GDÖ Değeri Verileri.....	56
Tablo 3.16 Katılımcıların Yaşanılan Yere ve Cinsiyete Göre GDÖ Verileri.....	57
Tablo 3.17 Model 1 Bağımsız Değişkenleri.....	58
Tablo 3.18 WHOQOL-OLD.TR Alt Boyutlar Değerleri ve GDÖ Skoru	58
Tablo 3.19 Sosyal Katılım, Özerklik ve Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetlerinin (Model 1) GDÖ Üzerindeki Etki Oranları.....	59
Tablo 3.20 Model 1 için ANOVA testi	60
Tablo 3.21 Model 1 için Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 3.22 Model 2 Bağımsız Değişkenleri.....	61
Tablo 3.23 Model 2 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	62
Tablo 3.24 Model 3 Bağımsız Değişkenleri.....	62
Tablo 3.25 Katılımcıların Eğitim Durumu	63
Tablo 3.26 Katılımcıların Yaş Dağılımı	63
Tablo 3.27 Katılımcıların Gelir Durumu Algısı	64
Tablo 3.28 Model 3 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 3.29 Model 4 Bağımsız Değişkenleri.....	65
Tablo 3.30 Katılımcıların Medeni Durumu.....	66
Tablo 3.31 Katılımcıların Evde Kalınan Kişiye Göre Dağılımı	66
Tablo 3.32 Model 4 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 3.33 Model 5 İçindeki Bağımsız Değişkenler	67
Tablo 3.34 Katılımcıların Sağlık Durumu	68
Tablo 3.35 Model 5 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	69
Tablo 3.36 Model 6 İçindeki Bağımsız Değişkenler	70
Tablo 3.37 Katılımcıların Yaşlılık Algısı	70
Tablo 3.38 Model 6 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	71

Tablo 3.39 Katılımcıların Cinsiyete Göre Eğitim Durumları.....	81
Tablo 3.40 Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Eğitim Durumları	82



KISALTMALAR LİSTESİ

ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
HALE	Healthy Adjusted Life Expectancy
LE	Life Expectancy
SYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YK	Yaşam Kalitesi
WHO	World Health Organization
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality Of Life-Old

,

ÖZET

Bu çalışmada kırsalda ve kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, yaş grupları, gelir, medeni durum, yaşının evde birlikte kaldığı kişi, sağlık ve yaşlılık algısı gibi değişkenlerden oluşturulan modellerin depresyona etkisinin olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır.

Söz konusu araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla Antalya şehir merkezinde ve kent tanımı çerçevesinde yer alan Altinkum Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi ile kırsal alan tanımı içerisinde bulunan Adrasan Mahallesi Aile Sağlığı Merkezinden birinci basamak sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri 254 kişiyle bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışma kapsamında katılımcılara (WHOQOL-OLD.TR) Dünya sağlık örgütü yaşlı yaşam kalitesi ölçeği Türkçe versiyonu, Geriatrik depresyon ölçeği ve katılımcı bilgileri anket formu uygulanmıştır.

Araştırmaya, kentten 139 kişi, kırsaldan da 115 kişi katılmış olup araştırmaya katılan tüm katılımcıların yaşam kalitesi ortalaması $83,6339 \pm 10,95498$ puan olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların yaşam kalitesine kır ve kent bağlamında bakıldığında ise kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ortalaması ($86,4957 \pm 12,10363$) kentte yaşayanlara göre ($81,2662 \pm 9,30215$) daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca erkeklerin yaşam kalitesi ortalamasının ($84,2721 \pm 11,56333$) kadınların ($82,8983 \pm 10,20842$) ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların depresyon skoru ortalaması $9,0906 \pm 7,32879$ olarak bulunmuş olup kırsalda yaşayan yaşlıların depresyon skoru ortalaması $10,1739 \pm 8,30479$, kentte yaşayan yaşlıların depresyon skoru ortalaması $8,1942 \pm 6,30146$ olarak bulunmuştur. Cinsiyet bağlamında, kadınların depresyon skoru ortalaması $11,2542 \pm 7,39159$ iken erkeklerin depresyon skoru ortalaması $7,2132 \pm 6,75761$ olarak bulunmuştur. Depresyon, kesme skoru olan 14'e göre sınıflandırıldığında katılımcıların 63'ünde (%24,8) depresyon olduğu bulunmuştur. Depresyon bulunan kişiler arasında kadınların sayısının ve oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmada depresyon skoru üzerindeki etkileri değerlendirilmek üzere altı adet model oluşturulmuştur. Bunlar:

- Model 1: yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları,
- Model 2: yaşam kalitesi skoru, cinsiyet ve yaşanılan yer değişkenleri,
- Model 3: yaşam kalitesi skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, yaş ve gelir bağımsız değişkenleri (sosyo-ekonomik durum modeli),

- Model 4: yaşam kalitesi skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum ve evde kalınan kişi bağımsız değişkenleri (aile yapısı modeli),
- Model 5: yaşam kalitesi skoru, cinsiyet, yaşanılan yer ve sağlık bağımsız değişkenleri (sağlık modeli),
- Model 6: yaşam kalitesi skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu ve yaşlılık algısı bağımsız değişkenleri (yaşlılık modeli) bulunmaktadır.

Hem kırsalda hem de kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyinin depresyon skorunu etkilediği bulunmuştur. Analizler sonucunda yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal katılım, özerklik ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutlarından oluşan modelin (Model 1: %45) depresyon üzerinde etkisi olduğu, model dışında bırakılan diğer boyutların etkisinin olmadığı bulunmuştur. Ayrıca yukarıda sıralanan diğer modellerin de çeşitli oranlarda depresyon skoru üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (Model 2: %27,2, Model 3: %36,6, Model 4: %28,6, Model 5: %42, Model 6: %43,6).

Anahtar Kelimeler: Kentte Yaşayan Yaşlılar, Kırsalda Yaşayan Yaşlılar, Yaşam Kalitesi, Depresyon

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION OVER THE ELDERLY PERSONS LIVING IN RURAL AND URBAN AREA: A RESEARCH ON ALTINKUM AND ADRASAN DISTRICTS

In this thesis; it was studied whether the models created by variables such as; the quality of life and gender, place of living, education status, age groups, income, marital status, people accompanying elderly at home, perceived of health and aging of the elderly living in rural and urban have affects on depression.

In order to find answers to the research questions; Altinkum district clinic (located in the city center of Antalya) as an urban area and Adrasan district clinic within the definition of rural area were selected and 254 people 65 years old and over who received primary health service from these clinics were participated. WHOQOL-OLD.TR and Geriatric depression scale were used in this research and also participant information form were filled.

139 people from the urban area and 115 people from rural area participated in the survey. Quality of life mean score of all participants is $83,6339 + 10,95498$. The quality of life score of the participants in the survey was examined in rural and urban context and the result shows that the average quality of life score of elderly people living in rural area ($86,4957 + 12,10363$) is higher than those living in urban area ($81,2662 + 9,30215$). It is also found that the mean of quality of life score of men ($84,2721 + 11,56333$) is higher than the mean of quality of life score of women ($82,8983 + 10,20842$).

The mean of depression score of the participants is found as $9,0906 + 7,32879$, and the mean of depression score of the rural elderly is $10,1739 + 8,30479$ and the depression score of the urban elderly is $8,1942 + 6,30146$. In terms of gender, the mean of depression score for women is $11,2542 + 7,39159$, while for men, the depression score is $7,2132 + 6,75761$. According to the depression cut-off score of 14, sixty-three of the participants (24.8%) is found to be depressive. The number and proportion of women participants with depression were found to be higher in this study.

In the study, six models were created to assess the effects on the depression score. These are:

- Model 1: sub-dimensions of the quality of life scale,
- Model 2: variables; quality of life score, gender and place of residence,

- Model 3: variables; quality of life score, gender, place of residence, educational status, age and income (socio-economic status model)
- Model 4: variables; quality of life score, gender, place of residence, marital status, and people accompanying elderly at home (family structure model).
- Model 5: variables; quality of life score, gender, place of residence and health (perceived health model),
- Model 6: variables; quality of life score, gender, place of residence, educational status, and perceived of aging (perceived aging model).

It is found that quality of life score of the elderly people living in both rural and urban areas affects the depression score. As a result of the analyzes, sub-dimensions; social participation, autonomy and the past, present, future activities of the quality of life scale model (Model 1: 45%), found to have an effect on depression and other dimensions left out of the model have been found to have no effect. In addition, the other models listed above are also found to have an effect on depression scores at various rates (Model 2: 27,2%, Model 3: 36,6%, Model 4: 28,6%, Model 5: 42%, Model 6: 43% , 6).

Keywords: Elderly People Living in The Urban Area, Elderly People Living in Rural Area, Quality of Life, Depression

ÖNSÖZ

"Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje Numarası: SYL-2017-2287 "

“Kır ve Kentte Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Depresyona Etkisi: Altinkum ve Adrasan Mahalleleri Üzerine Bir Çalışma” adlı bu tez çalışmasında kırsal alanda ve kentsel alanda yaşayan yaşlıların özellikle sübjektif yaşam kalitesi algısı ve bu algının, aracı başka değişkenler ile etkileşiminin depresyonu ne kadar etkilediği araştırılmıştır.

Her bilimsel araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da zorlu hazırlık aşamaları yaşanmıştır ancak hem araştırmanın hazırlık aşamasında hem araştırmanın gerçekleştirilmesi aşamasında hem de yazım boyunca benden desteğini ve güvenini hiç esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç Dr. Türkan YILMAZ’a çok teşekkür ediyorum. Ayrıca araştırmanın analizlerinde bana yardımlarını esirgemeyen Hatice ECE KARAKAŞ’a, stresimi ve sıkıntımı büyük bir sabırla çeken ailem’e teşekkürü bir borç bilirim.

Bülent YASEMİN
Antalya, 2017

GİRİŞ

Çeşitli nedenlerle değişen ve dönüşen demografik yapı içerisinde yaşlı olarak nitelendirilen nüfusun sayısı ve yerleşim yerlerindeki toplam nüfus içindeki oranı artarak yükselmektedir. Birleşmiş milletlerin bildirdiğine göre (United Nations, 2017a: 1) şu an itibariyle 7,6 milyar olan dünya nüfusunun %13'ünü yaşlılar oluşturmaktadır yani 60 yaş üzeri kişilerin sayısı dünya üzerinde yaklaşık 962 milyon kişiye ulaşmıştır ve 60 yaş üzeri popülasyonun her yıl yaklaşık %3 arttığı bildirilmektedir. Cinsiyet bağlamında bakıldığında dünya üzerinde 60 yaş ve üzeri kişiler arasında kadınların oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle 80 yaş ve üzeri kişiler arasında kadınların oranı %61 gibi yüksek bir seviyededir. Yüksek doğurganlık ve ölümlülükten düşük doğurganlık ve ölümlülüğe geçiş olarak tanımlanan “demografik geçiş”in etkileri tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de etkisini göstermektedir (T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, 2015: 1; Yüceşahin, 2009: 2; Kirk, 1996: 361).

Sayısal olarak artan yaşlı nüfusun yaşam kaliteleri ve yaşlılarda depresyon konusu ile ilgili yapılan çalışmaların artmasının altında yatan önemli etkenlerin başında yaşlı popülasyonun özellikle sağlık ve emeklilik sistemleri üzerinde yarattığı baskı olduğu açıkça ifade edilmektedir (Farquhar, 1995: 1440; Altuğ vd. 2009: 49; Eser, 2012: 2; Ülgen, 2012: 15; Sarı, 2013: 13;). Yaşam kalitesinin seviyesini belirleyen çeşitli boyutlar bulunmakla beraber sağlık ve gelir gibi bileşenlerin yaşlıların hem sosyal hem de psikolojik dünyalarını önemli derecede etkilediği bildirilmektedir. Bu bağlamda, özellikle yaşlılarda depresyon önemli bir fenomen olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyonun yaşlılarda sık görülen ruhsal bozuklukların başında geldiği ifade edilmektedir ve genellikle kendini diğer hastalıklarla birlikte göstermektedir (Savrun, 1999: 11; Erkan, 2015: 13). Yaşlılar arasında depresyon görülme sıklığı %15-20 arasında olduğu ifade edilmektedir (Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2008: 56). Depresyonun, bireylerin yaşam kalitesi ve üretkenliği üzerindeki olumsuz etkisinin yanında çeşitli sağlık sorunlarına dolaylı olarak neden olabildiği veya mevcut kronik hastalıkların kötüleşmesine sebebiyet verebildiği için ekonomik kayba yol açabilen bir sağlık sorunu olduğu ifade edilmektedir (Nease ve Maloin, 2003: 118; Dişçiğil vd. 2005: 130).

Araştırmada yaşlıların kırsal ve kentsel alan bağlamında yaşadıkları bölgelere göre yaşam kaliteleri düzeyleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Daha sonra elde edilen yaşam kalitesi düzeyi ile birlikte oluşturulan çeşitli modeller yardımı ile yaşlı bireylerin depresyon seviyelerini etkileyen aracı değişkenler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca, araştırma

kapsamında elde edilen ampirik verilerin, yaşlılara hizmet veren kuruluşlara ve sosyal politika yapıcılara rehberlik etmesi amacı güdülmüştür.



BİRİNCİ BÖLÜM ARKA PLAN

1.1 . Dünya Demografik Yapısı

Geçmişten günümüze kadar devam eden ve tüm dünyada gözlemlenen yaşlı nüfus sayısının artışı, sosyo-ekonomik yapı üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu nedenle ülkeler bu baskı ile baş edebilmek ve ilerde oluşabilecek daha şiddetli baskılara hazırlıklı olabilmek için sosyal politikalar oluşturmaktadırlar veya mevcut sosyal politikaları yaş yapısına göre yeniden düzenlemektedirler. Ülkeler, bu sosyal politikaları nüfus yaş yapısına göre ve sahip oldukları çeşitli kaynaklara göre efektif biçimde kullanmaya çalışmaktadırlar. Eğitim, istihdam, gelir, ulaşım ve sağlık hizmetleri gibi politika araçları özellikle yaşlı bireylerin görece değişen yaşam kalitelerini doğrudan etkileyebilmektedir. Hem demografik yapıda ve sosyal yapıda ortaya çıkan değişimler hem de buna bağlı olarak değişen yaşam kalitesi düzeyi yaşlıların depresyon yaşamalarına neden olabilmektedir. Günümüzde yaşlıların yaşam kalitesi düzeyini arttırmaya çalışan sosyal politikalar üzerinde yapılan çalışmaların çoğalmasının nedeni artan yaşlı nüfus sayısı olduğu net bir şekilde görülmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesi düzeyinin yükselmesi birçok bakımdan sosyal hizmetler üzerindeki baskıyı hafifletebilecektir. Bireylerin sahip olduğu yaşam kalitesi düzeyi ve çeşitli sosyo-ekonomik pozisyonları, özellikle yaşlılarda depresyon varlığı için önemli bir etken olabilmektedir. Yaşlılarda depresyonun varlığı bir yandan sağlık hizmetleri üzerindeki yükü arttırırken bir yandan da sosyal yapı üzerinde etkisi olabilmektedir. Sosyal politikaların niteliğinin ve çeşitliliğinin belirlenebilmesi için nüfus yapısının bilinmesi ve iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlıların sayısal ve oransal durumları bu popülasyona sunulacak hizmetler için belirleyici olacağı düşünülmektedir. Bunun için hem tüm dünyanın geçmişten günümüze kat ettiği demografik değişim ve dönüşümün hem de ülkemizin yaşadığı demografik değişim ve dönüşümün bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca, genel olarak yaşlı nüfusunun artışının yanında kır ve kent bağlamında ortaya çıkan demografik değişimin ortaya konulması ve ortaya çıkan tabloya göre politikaların belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışma bağlamında hem genel olarak yaşlı nüfus artışının hem de yaşlıların kır ve kent dağılımının çeşitli verilerle ortaya konulması, demografik değişim ivmesinin şiddeti ve yönünü göstermesi bakımından gerekli bulunmuştur. Demografik verilerin ve araştırma sonucunda elde edilen bulguların bir araya getirilmesiyle ortaya konulan bu çalışmanın sosyal politikaların belirlenmesinde yönlendirici olabileceği düşünülmektedir.

18. yüzyıldan bu yana artan Dünya nüfusu ilk önce gelişmiş ülkelerde daha sonra da gelişmekte olan ülkelerde “nüfus yaşlanması” kavramını ortaya çıkarmıştır. Günümüzde yaşlılık, insan kontrolü dışında gerçekleşen, bireylerin zaman içinde fiziksel ve ruhsal değişimlere uğramasına neden olan kaçınılmaz bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Akyol, 2015: 13).

Demografik yapı tüm dünyada teknolojinin ve sağlık hizmetlerinin gelişmesi gibi çeşitli nedenlerden dolayı değişime uğramaktadır. Dünya üzerindeki bu demografik değişim 1929 yılında ilk kez Amerikalı demograf Warren Thompson tarafından “demografik geçiş” teorisiyle formüle edilmiştir. Bu teori daha sonra Kingsley Davis (1945 ve 1963) ve Frank Notestein (1953) tarafından geliştirilmiştir. Bu teoriye göre demografik geçiş, “yüksek doğurganlık ve ölümlülükten”, “düşük doğurganlık ve ölümlülük” durumuna geçiş olarak tanımlanmaktadır. Yaşamakta olan bu sürecin neticesinde nüfusun yaş yapısında değişimler meydana gelmektedir. Türkiye’de de bu geçiş gözlenmektedir (T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, 2015: 1; Yücesahin, 2009: 2; Kirk, 1996: 361).

Yaşlı popülasyon küresel anlamda en hızlı büyüyen gruptur yani dünya üzerinde yaşlı nüfus sayısı diğer yaş gruplarına göre daha hızlı bir biçimde artmaktadır. Özellikle 80 yaş ve üzeri yaşlı sayısı oldukça hızlı çoğalmaktadır. 2000 yılında dünya genelinde 80 yaş ve üzeri 77 milyon kişi varken 2015 yılına kadar geçen süre içinde %77 artarak 125 milyon kişiye ulaşmıştır. 2050 yılında bu sayının 434 milyona ulaşarak 2015 deki sayının üç katından da fazla olacağı öngörülmektedir (United Nations, 2015a: 9).

Dünya genelinde yaşlıların üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve bu ülkelerde yaşlanma hızı ya da başka bir deyişle yaşlı sayısının artış hızı gelişmiş ülkelere göre daha hızlı gerçekleşmektedir (Kinsella ve Wan, 2009: 10; United Nations, 2015a: 9). Ek olarak Türkiye’nin de içinde bulunduğu üst orta gelir düzeyine sahip ülkeler 2000-2015 yılları arasında yaşlıların sayısı en hızlı artan ülkeler olmuşlardır ve 2015-2030 yılları arasında da bu hızlı artışın devam edeceği öngörülmektedir. Üst orta gelirli ülkelerde 2000 yılında 195 milyon olan 60 yaş üzeri kişi sayısının 2015 yılında 320 milyona ulaştığı görülmüş ve 2015 yılından itibaren %70’lik bir artışla bu sayının 2030 yılında 545 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2015a: 14).

2017 yılı –ortası- itibarıyla dünya nüfusu neredeyse 7,6 milyar kişiye ulaşmıştır. Dünya nüfusunun %60’ı Asya’da (4,5 milyar), %17’si Afrikada (1,2 milyar), %10’u Avrupada (742 milyon), %9’u Latin Amerika ve Karayipte (646 milyon) ve geri kalan yaklaşık %6 ise Kuzey Amerikada (361 milyon) ve Okyanusyada (41 milyon) yaşamaktadır. Çin (1,4 milyar) ve Hindistan (1,3 milyar) Dünyanın en kalabalık iki ülkesi olarak öne

çıkılmaktadır. Dünya nüfusunun 2017- 2030- 2050 ve 2100 yılları için sayıları, Tablo 1.1’de verilmiştir (United Nations, 2017a: 1).

Tablo 1.1 Dünya Nüfusu 2017-2030-2050-2100 Yılları (milyon)

Bölge	2017	2030	2050	2100
Dünya	7 550	8 551	9 772	11 184
Afrika	1 256	1 704	2 528	4 468
Asya	4 504	4 947	5 257	4 780
Avrupa	742	739	716	653
Latin Amerika ve Karayip	646	718	780	712
Kuzey Amerika	361	395	435	499
Okyanusya	41	48	57	72

Dünya nüfusu 2003’ten bu yana 1 milyar, 1990 dan bu yana 2 milyar artmıştır. 2015 yılı için Dünya nüfusunun %50,4’ü erkeklerden oluşurken %49,6’sı kadınlardan oluşmuştur. Doğum oranlarında ki düşüşe rağmen 2030 yılında dünya nüfusunun 8,5 milyar, 2050 yılında 9,7 milyar ve 2100 yılında yaklaşık 11,2 milyar civarında olacağı tahmin edilmektedir.

Yaşlıların demografik yapısı bakımından bakıldığında, veriler küresel boyutta, 2015 yılındaki 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2050 yılında iki katından fazla artacağı, 2100 yılında ise üç katından daha fazla artacağı öngörülmektedir yani 2015 yılında 901 milyon olan 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2050 yılında 2,1 milyar, 2100 yılında ise yaklaşık 3,2 milyar olacağı öngörülmektedir.

İleri yaş kişilerin sayısı 2015 yılına göre karşılaştırıldığında -80 yaş ve üzeri kişilerdeki sayı artışı- 2050 yılında üç katından fazla, 2100 yılında ise yedi katından fazla olacağı öngörülmektedir. Bu durumda 2015 yılında 125 milyon olan 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2050 yılında 434 milyon ve 2100 yılında da 944 milyon olacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2015b: 8-9).

Genel nüfus yapısı bakımından dünya nüfusu 1950 yılında 2,5 milyar kişi iken 2015 yılında nerdeyse üç katı artmıştır. Ayrıca medyan yaş ise 23,6 dan 29,6’ ya yükselmiştir (United Nations, 2017b). Nüfusun sayıca artmasının yanında medyan yaşın yükselmesi nüfus yapısının görece yaşlandığını göstermektedir.

1950-2015 yılları arasında dünya nüfusu ve medyan yaşı Tablo 1.2’de gösterilmiştir.

Tablo 1.2 Dünya Nüfusu ve Medyan Yaş 1950-2015

Yıllar	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015
Nüfus	2 536 275	3 033 213	3 700 578	4 458 412	5 330 943	6 145 007	6 958 169	7 383 009
Medyan yaş	23,6	22,7	21,5	22,6	24	26,3	28,5	29,6

Ayrıca, 2015 yılında 29,6 olan medyan yaş’ın sırasıyla 2050 yılında 36,1’e daha sonra 2100 yılında 41,6’ ya yükseleceği tahmin edilmektedir (United Nations, 2017b).

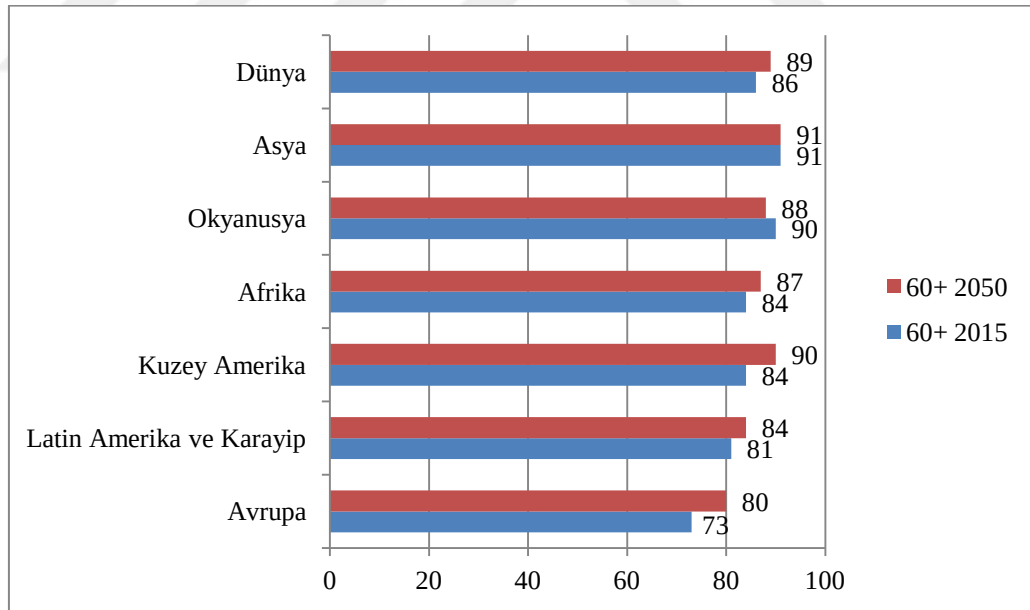
2017 yılı itibarıyla dünya nüfusunun %13’ünü yaşlılar oluşturmaktadır başka bir deyişle 60 yaş üzeri kişilerin sayısı dünya üzerinde yaklaşık 962 milyon kişidir ve 60 yaş üzeri popülasyon her yıl yaklaşık %3 artmaktadır. Yaşlı kişilerin sayısının 2030 yılında 1,4 milyar, 2050 yılında 2,1 milyar ve 2100 yılında 3,1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2017a: 11). 2030 yılına gelindiğinde Avrupa ve Kuzey Amerika’da yaşlı nüfus oranının %25’den fazla olacağı tahmin edilmektedir. Dünya üzerindeki diğer bölgeler için tahmin edilen yaşlı nüfus oranları ise şu şekildedir; Okyanusya %20, Asya, Latin Amerika ve Karayiplerde %17, Afrikada %6’dır (United Nations, 2015a: 3).

Nüfus yaşlanmasının en önemli etkeni doğum oranlarındaki azalma ve yaşam süresinin uzaması olarak görülmekle birlikte bazı ülkelerde ve bazı bölgelerde popülasyonun yaş yapısını değiştiren bir etken olarak uluslararası göçün de katkısı bulunmaktadır. Ancak birçok ülkede uluslararası göçün nüfus yaşlanma hızı üzerinde çok az etkisinin olduğu bildirilmiştir. 2015-2030 yılları arasında net göçün 24 ülke veya bölgede yaşlanma hızını en az 1 puan azaltacağı öngörülmürken, 14 ülke veya bölgede nüfus yaşlanmasının en az 1 puan artacağı öngörülmektedir (United Nations, 2015a: 5). Geniş çaplı göç hareketleri genelde düşük ve orta gelirli ülkelere yüksek gelirli ülkelere doğru gerçekleşmektedir. 2010-2015 yılları döneminde yaklaşık her yıl 3,2 milyon insan yüksek gelirli ülkelere göç etmiştir. Bu sayı 2005-2010 yılları arasında ulaşılan yaklaşık her yıl 4,5 milyon kişiye göre bir düşüşün olduğunu göstermektedir. Suriye’de yaşanan mülteci krizinin birçok ülkeyi etkileyen uluslararası göç seviyeleri üzerinde büyük etkisinin olduğu bildirilmektedir. Suriye’den 2010-2015 yılları arasında yaklaşık 4,2 milyon kişi Türkiye’nin de içinde bulunduğu komşu ülkelere göç etmiştir. Doğum oranları düşük olan ülkeler veya bölgelerde ölüm oranının doğum oranına göre artması nedeniyle azalan nüfus net göç sayesinde dengelenebilmektedir. Ancak, uluslararası göç oldukça düşük olan doğum oranının etkisini tamamen dengeleyememektedir. Özellikle Avrupa’da 2015 ve 2050 yılları arasında ölüm oranının doğum oranına göre fazla olacağı tahmininden dolayı nüfusta 57 milyon civarında bir azalma

beklenmektedir oysa bu dönemler içinde Avrupa'ya yaklaşık 32 milyon kişinin göç edeceği tahmin edilmektedir. Bu nedenlerden dolayı 2015-2050 yılları arasında Avrupa nüfusunun yaklaşık 25 milyon azalacağı tahmin edilmektedir.

Literatürde ortak bir fenomen olarak kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadıkları bildirilmiştir, bu nedenle özellikle yaşlı insanlar arasında kadınlar, çoğunluğu oluşturmaktadır. Küresel ölçekte incelendiğinde 2010-2015 döneminde kadınlar erkeklere göre ortalama 4,5 yıl daha uzun yaşamışlar. 2015 yılında dünya yaşlı popülasyonu incelendiğinde 60 yaş ve üzeri kişiler arasında kadınların oranı %54 iken, 80 yaş ve üzeri kişiler arasında kadınların oranının %61 olduğu görülmüştür. Ancak, erkeklerin yaşam sürelerinin yavaş yavaş ilerlemesi beklendiğinden yaşlıların cinsiyet dengesinin zamanla daha eşit hale geleceği bildirilmektedir. İleri dönem demografik yapı projeksiyonlarında 2050 yılında kadınların 60 yaş ve üzeri dünya nüfusunun %53'ünü oluşturacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte 2050 yılında, 80 yaş ve üzeri kadınların oranı %58'e düşeceği tahmin edilmektedir (United Nations, 2015a: 18).

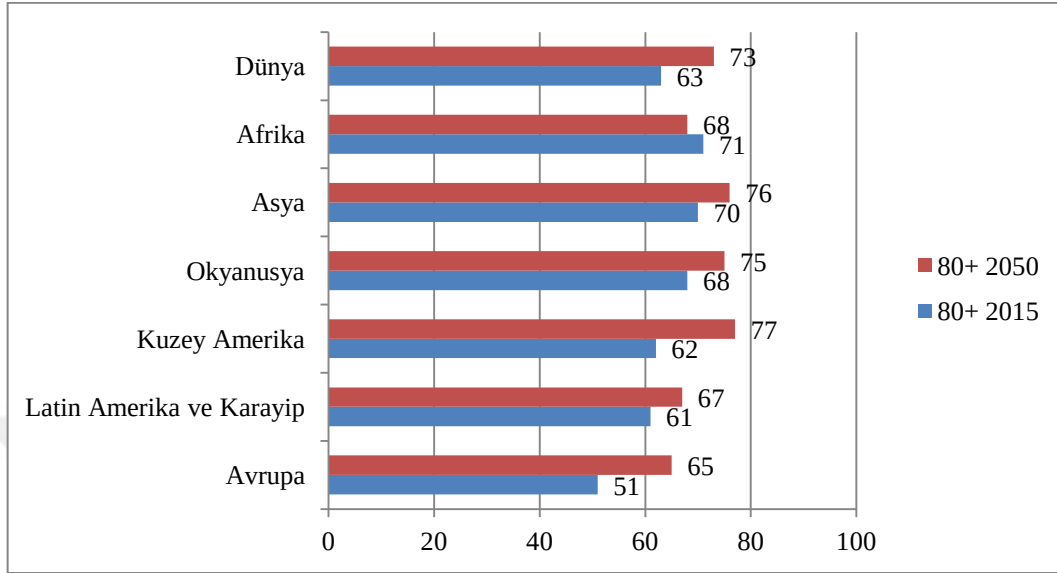
Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfus içinde 100 kadına düşen erkek sayısı Şekil 1.1'de gösterilmiştir.



Şekil 1.1 Dünya Genelinde 60 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyet Oranı (100 Kadına Düşen Erkek Sayısı)

2015 göstergelerine göre 60 yaş ve üzeri kişiler arasında en düşük cinsiyet oranı Avrupa'da, en yüksek oran da Asya'da görülmektedir. Avrupa da 60 yaş ve üzeri 100 kadına düşen erkek sayısı 73 kişi iken Asya da bu sayı 91 kişidir.

Dünya genelinde 80 yaş ve üzeri nüfusun cinsiyet oranı yani 100 kadına düşen erkek sayısı Şekil 1.2’de gösterilmiştir.



Şekil 1.2 Dünya Genelinde 80 Yaş ve Üzeri Nüfusun Cinsiyet Oranı (100 Kadına Düşen Erkek Sayısı)

2015 yılı için, 80 yaş ve üzeri kişiler arasında cinsiyet dengesi bakımından Avrupa’nın 100 kadına düşen 51 erkek sayısı ile en düşük dengeye sahip olduğu görülmektedir (United Nations, 2015a: 19).

1.1.1. Dünya Kır-Kent Demografisi

Kentsel bir yerleşim yerini nelerin oluşturduğuna dair ortak küresel bir tanım bulunmamaktadır. Bu nedenle kent tanımı ülkelere göre değişebilmektedir hatta bazı ülkelere de kent tanımı değişik zamanlarda farklı tanımlamalar nedeniyle değişikliğe uğramıştır.

Bir alanın kent olarak sınıflandırılmasına ilişkin olarak, bazı kriterlere sahip olmasına veya bu kriterlerin bir kombinasyonuna sahip olmasına dayalı olabilir. Bu kriterler şu şekilde sıralanabilir: asgari bir nüfus eşiğine sahip olma, tarım dışı sektörlerde istihdam edilen nüfus oranı, asfalt yollar, elektrik, su ve kanalizasyon altyapısına sahip olma ve son olarak eğitim veya sağlık hizmetlerinin varlığı (United Nations, 2015c: 4).

Kentler hem gelişmenin sağlanmasında hemde yoksulluğun azaltılmasında önemli bir işleve sahiptir. Bu nedenle kentsel yaşam daha iyi eğitim olanaklarına, daha iyi sağlık ve sosyal hizmet imkanlarına erişimde kolaylık ve kültürel etkinliklere daha fazla sahip olma fırsatı ile ilişkilendirilmektedir. Ancak çok hızlı ve plansız kentleşme, sürdürülebilir gelişmeyi ve büyümeyi olumsuz etkilemiş, dolayısıyla şehir hayatının faydalarının adil paylaşılmasının

gerçekleşmesi sağlanamamıştır. Dünya üzerinde kentte yaşayan milyonlarca insan görece daha fazla imkanlara sahip olmalarına rağmen kırsal alanda yaşanlara göre daha kötü koşullarda ve daha yoksul yaşamaktadırlar (United Nations, 2015c: 3).

Günümüzde dünya üzerinde insanların çoğunun kentlerde yaşadığı bildirilmiştir. Dünyada ilk kez 2007 yılında kentte yaşayanların sayısı kırsal da yaşayanların sayısını geçmiştir ve küresel boyutta kentleşmenin devam etmesi beklenmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde kentleşme oranı 1950’de %57 civarındayken bu ülkelerde 2050 yılında %86 civarında kentleşme oranı beklenmektedir. Bunun yanında Türkiye’nin de içinde bulunduğu üst orta gelir seviyesine sahip ülkelerde 1950 yılında nüfusun %20’si kentlerde yaşamaktaydı. Ancak bu ülkelerde 1950 yılından itibaren kentleşme çok hızlı bir şekilde gerçekleşerek 2014 yılında %63’lük bir orana çıkmıştır. Üst orta gelir seviyesinde olan ülkelerde kentleşme oranının 2050 yılında %79’a çıkması beklenmektedir. Bunun yanında orta düşük gelirli ülkelerde kentleşme hızı daha düşük gözükmeyle birlikte önümüzdeki yıllarda daha hızlı bir kentleşmenin gerçekleşmesi beklenmektedir. 2014 yılında orta düşük gelirli ülkelerde kentleşme oranı %39 iken, düşük gelirli ülkelerde kentleşme oranı %30 olarak gerçekleşmiştir. Ancak 2050 yılında kentleşme oranının orta düşük gelirli ülkelerde %57’ye, düşük gelirli ülkelerde ise %48’e ulaşması beklenmektedir (United Nations, 2015d: 10; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 erişim tarihi: 27.05.2017).

2014 yılında dünya nüfusunun %53,6’sının kentlerde yaşadığı belirtilmiştir. 1950 yılında Dünya nüfusunun %29,55’i kentlerde yaşarken bu oran 2000 yılında %46,61’e yükselmiştir. Ayrıca 2050 yılında dünya nüfusunun %66,37’sinin kentlerde yaşayacağı tahmin edilmektedir.

Dünya nüfusunun 1950-2050 yılları arası kentlerde ikamet oranları Tablo 1.3’te gösterilmiştir.

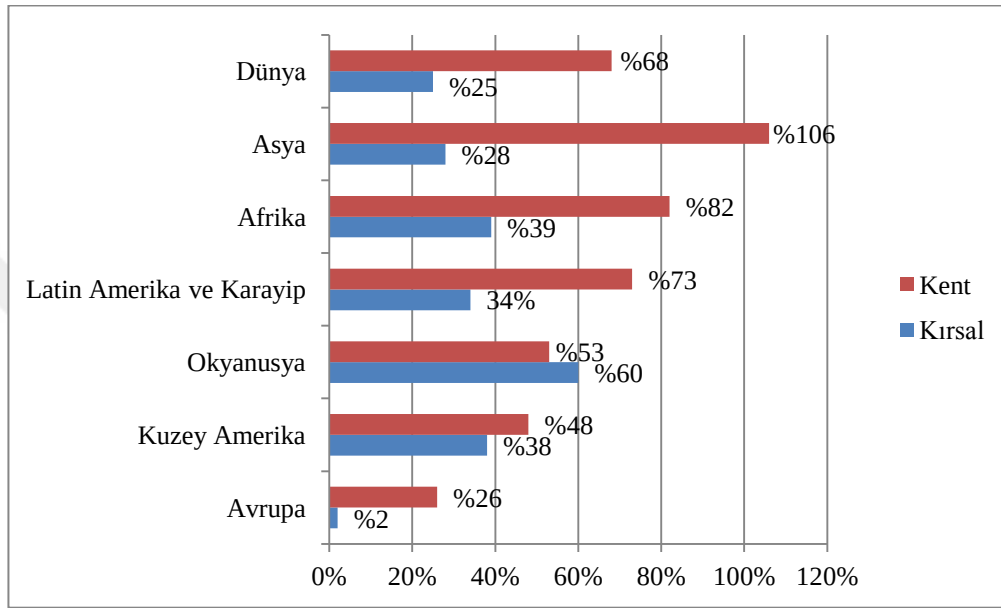
Tablo 1.3 Dünya Nüfusunun Kentlerde İkamet Oranı 1950-2050

Yıllar	Kent yüzdesi %
1950	29,55
2000	46,61
2050	66,37

Yaşlı nüfus sayısındaki artış kentlerde kırsal alana göre daha hızlı gerçekleşmektedir. Dünya genelinde 2000-2015 yılları arasında kentte yaşayan 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısı

%68 artarken, kırsal da yaşayan 60 yaş üzeri kişilerin sayısı %25 artmıştır. Okyanusya dışında tüm bölgelerde yaşlı nüfus sayısının kentlerde daha hızlı arttığı görülmektedir. Özellikle en büyük farkların Latin Amerika ve Karayip, Afrika ve Asya bölgelerinde olduğu görülmektedir (United Nations, 2015a: 21).

Dünya genelinde kent ve kırsal alanlara göre 2000-2015 yılları arasında 60 yaş ve üzeri nüfusun yüzdelerik değişimi Şekil 1.3'te verilmiştir.

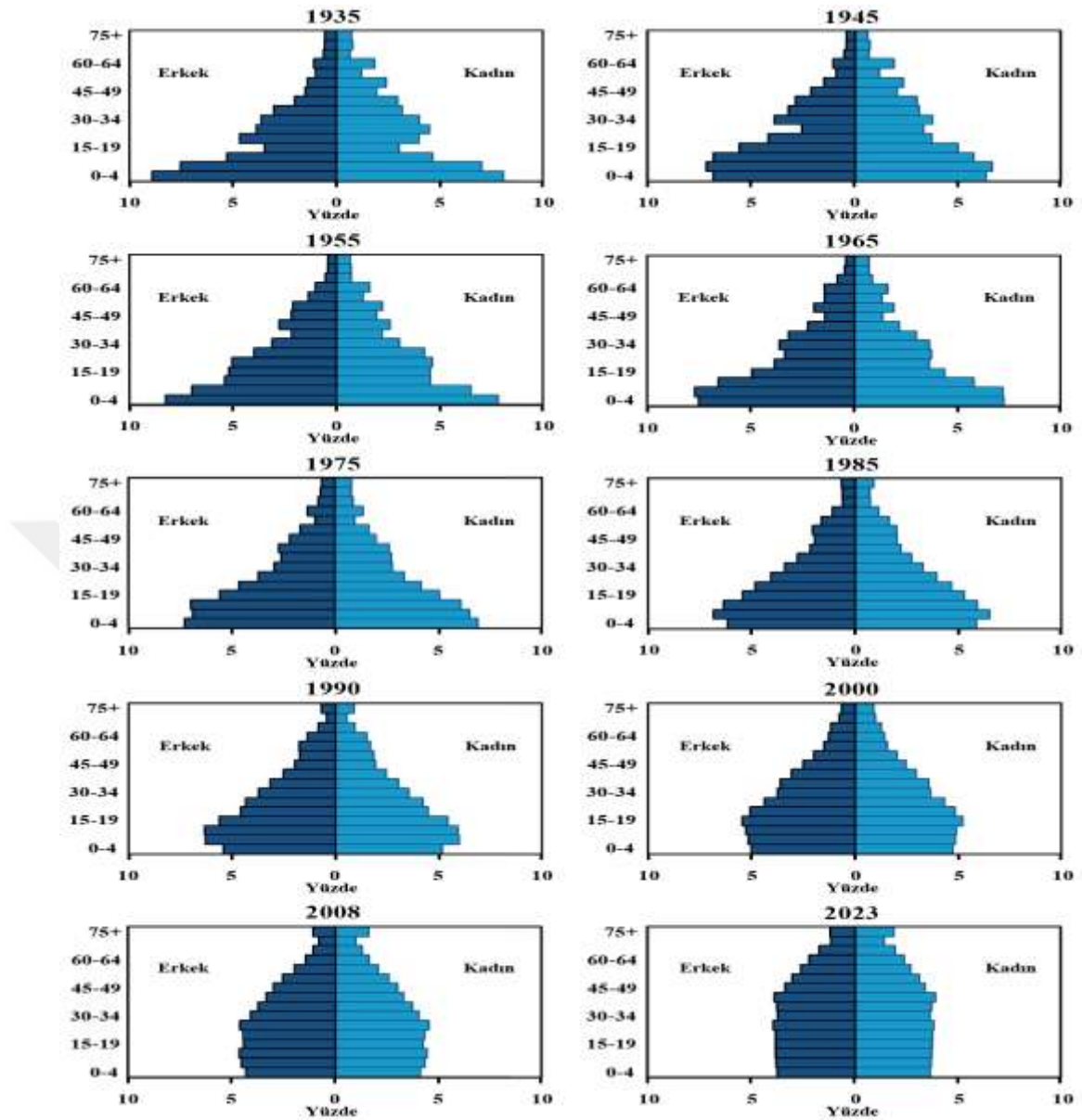


Şekil 1.3 Kent ve Kırsal Alanlara Göre 2000-2015 Yılları Arasında 60 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Dünya Genelindeki Yüzdelerik Değişimi (%)

1.2. Türkiye Demografik Yapısı

Bir toplumda tüm bireyler diğer toplumdaki tüm bireylerden yaşlı ise bu toplumun tümüyle yaşlı olduğu ifade edilir. Zamanla yaşlı kişilerin nüfusa oranında giderek artma söz konusu ise bu durum nüfus piramidinin tepesindeki yaşlanma olarak tanımlanır. Eğer genç nüfus oranında azalma söz konusu ise buna da nüfus piramidinin tabanındaki yaşlanma denmektedir (Ülgen, 2012: 6).

Türkiye nüfus piramidinde ortaya çıkan değişim, özellikle piramit tabanındaki daralma Türkiye'nin genelinde demografik geçişin gerçekleştiğini göstermektedir yani "yüksek doğurganlık ve ölümlülük"ten "düşük doğurganlık ve ölümlülük"e geçiş gerçekleşmektedir. 1935 – 2023 yılları arası Türkiye nüfus piramidi, Şekil 1.4'te gösterilmiştir (T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, 2015: 5).



Şekil 1.4 Türkiye 1935-2023 Nüfus Piramidi

Nüfus piramidi tabanında zamanla oluşan daralma doğum oranlarındaki düşüşe işaret etmektedir. Doğurganlık geçişine bağlı olarak yaşanan bu dönüşüm genç nüfusun oransal olarak azalmasına yol açmakta ve bu yönüyle “yaşlanma” piramidin tabanından itibaren başlamaktadır. Piramidin üst kısmında meydana gelen genişlemenin altında iki önemli unsur yatmaktadır. Birincisi, bebek ve çocuk ölümlerindeki düşüşün yanı sıra yaşlı nüfusun ölüm oranındaki düşüştür. İkincisi, doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasıdır (Yakar, 2014: 569). Özellikle 2000’li yıllardan sonra nüfus piramidinin ileri yaşlara doğru daha yavaş olarak daraldığı görülmektedir. Bu gelişmeler tüm yaş gruplarında ölüm hızlarının düşmeye başladığını göstermektedir. Türkiye’de ölüm hızlarının düştüğünü gösteren bir başka gelişme

ise 65 ve üzeri yaş nüfusun payının zamanla artmasıdır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010: 245).

Türkiyedeki tarihsel demografik süreci görebilmek için Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine bakıldığında, Türkiye nüfusu 1927 yılında 13 milyon 648 bin 270 iken 2016 yılında bu sayı 79 milyon 814 bin 871'e ulaşmıştır (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 erişim tarihi: 27.05.2017). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye nüfusunun 2025 yılında 85 milyon 569 bin 125 kişiye, 2050 yılında ise 93 milyon 475 bin 575 kişiye ulaşacağı düşünülmektedir fakat daha sonra azalarak nüfusun 2075 yılında 89 milyon 172 bin 088 kişiye düşeceği tahmin edilmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 erişim tarihi: 15.06.2017).

Türkiye için yıllara göre nüfus projeksiyonları Tablo 1.4'te verilmiştir.

Tablo 1.4 Türkiye İçin Yıllara Göre Nüfus Projeksiyonları

Yıl	Nüfus
2025	85 569 125
2050	93 475 575
2075	89 172 088

Türkiye'de 1935 yılında yıllık nüfus artış hızı binde 21,1 iken 1960 yılında en yüksek artış hızı değeri olan binde 28,5'e kadar yükselmiş daha sonra 2016 yılı itibarıyla da Türkiye'de nüfus artış hızı binde 13,5'e gerilemiştir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 28.07.2017).

1927 – 2016 yılları arası Türkiye yıllık nüfus artış hızı ve cinsiyet oranı Tablo 1.5’te gösterilmiştir.

Tablo 1.5 Türkiye Yıllık Nüfus Artış Hızı ve Cinsiyet Oranı 1927-2016

Sayım yılı	Nüfus			Yıllık nüfus artış hızı (%)	Cinsiyet oranı
	Toplam	Erkek	Kadın		
1927	13 648 270	6 563 879	7 084 391	-	92,7
1935	16 158 018	7 936 770	8 221 248	21,1	96,5
1950	20 947 188	10 572 557	10 374 631	21,7	101,9
1975	40 347 719	20 744 730	19 602 989	25,0	105,8
2000	67 803 927	34 346 735	33 457 192	18,3	102,7
2016	79 814 871	40 043 650	39 771 221	13,5	100,7

1935 yılında Türkiye’de ortalama 21,2 olan medyan yaş (erkek 19,1 – kadın 23,4) 2000 yılında 24,8’e (erkek 24,4 – kadın 25,3), 2016 yılında da 31,4’e (erkek 30,8 – kadın 32) yükselmiştir. 2023 yılında medyan yaşın 34 olacağı (erkek 33,3 - kadın 34,6) tahmin edilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 28.07.2017).

TUİK verilerine göre Türkiye nüfusu 1927 den itibaren günümüze kadar istikrarlı bir şekilde artmıştır.

1935 – 2023 yılları arasında Türkiye nüfusunun yaş gruplarına göre değişimi Şekil 1.5’te gösterilmiştir.



Şekil 1.5 Türkiye Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Değişimi 1935-2023

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010: 247

Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine yaş grupları bağlamında bakıldığında doğum ve ölüm oranlarındaki azalma nedeniyle nüfus yapısının yaşlı nüfus yapısına dönüştüğü görülmektedir.

2007 – 2016 yılları arasında Türkiye yaş bağımlılık oranı Tablo 1.6’da verilmiştir.

Tablo 1.6 Türkiye Yaş Bağımlılık Oranı 2007-2016 (%)

Yıl	Toplam yaş bağımlılık oranı	Genç bağımlılık oranı (0-14 yaş)	Yaşlı bağımlılık oranı (65 + yaş)
2007	50,4	39,7	10,7
2008	49,5	39,3	10,2
2009	49,2	38,8	10,5
2010	48,9	38,1	10,8
2011	48,4	37,5	10,9
2012	48,0	36,9	11,1
2013	47,6	36,3	11,3
2014	47,6	35,8	11,8
2015	47,6	35,4	12,2
2016	47,2	34,9	12,3

Yaşlı bağımlılık oranı, 65 yaş ve üzeri her 100 kişiye karşın 15-64 yaşlarındaki yani çalışma çağındaki kişi sayısıdır. Başka bir ifade ile 65+ yaş grubunun çalışma yaşında (15-64) olanlara oranıdır. Bu nedenle 65+ yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranı ne kadar fazla ise çalışan kesim üzerinde yarattığı ekonomik baskı o kadar fazla olacaktır. Bu bağlamda nüfusun yaşlanması ile birlikte oluşan genel görünüm kamunun tasarruf oranının düşmesi, sağlık ve emeklilik ücretleri gibi harcamaların önemli ölçüde artması şeklindedir (Mandracıoğlu, 2010: 44). Bu nedenle özellikle hızla yaşlanan nüfuslarda güçlü sosyal güvenlik sistemlerine daha fazla ihtiyaç duyulacaktır. Yaşlı nüfus emeklilik ya da başka nedenlerle işgücüne katılımın daha düşük olduğu gruplardan biridir. Yaşlı nüfusa sahip ülkelerde işgücü piyasasına giren işgücünün sayıca azalması da ayrıca yaşlı bağımlılık oranını arttıran bir etmen olarak ortaya çıkmaktadır. Yani, yıllar içinde 0-14 yaş grubunun azalması neticesinde iş gücüne katılım oranı zamanla azalma eğilimine geçecektir. İş gücüne azalan katılım ve emeklilik nedeniyle işgücünden ayrılan kesimin artması ise çalışma çağındaki bireyler üzerinde daha fazla ekonomik yük getirecektir.

1927 – 2016 yılları arasında Türkiye nüfusu Tablo 1.7’de verilmiştir.

Tablo 1.7 Yıllara Göre Türkiye Nüfusu 1927-2016

Yıllar	Toplam nüfus	Erkek	Kadın
1927	13 648 270	6 563 879	7 084 391
1950	20 947 188	10 572 557	10 374 631
1975	40 347 719	20 744 730	19 602 989
2000	67 803 927	34 346 735	33 457 192
2016	79 814 871	40 043 650	39 771 221

65 yaş ve üzeri nüfus içinde kadınların sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir.

1935 yılında Türkiye’de 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı 628 bin 041 kişi ile toplam nüfus içindeki payı 3,9% iken 2016 yılı itibariyle 6 milyon 651 bin 503 kişiye çıkan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısının toplam nüfusa oranı %8,3’e ulaşmıştır. 65+ yaş grubunda kadınların sayısı erkeklerden daha fazladır. Bu nedenle nüfus içindeki oranları da erkeklerinkinden daha fazladır.

1935 – 2016 yılları arasında cinsiyete göre 65+ yaş grubu Türkiye nüfusu Tablo 1.8’de verilmiştir.

Tablo 1.8 Yıllara ve Cinsiyete Göre 65+ Yaş Grubu Türkiye Nüfusu 1935-2016

Yıl	Yaş grubu	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Genel Nüfus Sayımları							
	Toplam	16 158 018	7 936 770	8 221 248	100	100	100
1935	65+	628 041	278 846	349 195	3,9	3,5	4,2
	Toplam	67 803 927	34 346 735	33 457 192	100	100	100
2000	65+	3 858 949	1 749 563	2 109 386	5,7	5,1	6,3
Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi							
	Toplam	70 586 256	35 376 533	35 209 723	100	100	100
2007	65 +	5 000 175	2 150 103	2 850 072	7,1	6,1	8,1
	Toplam	79 814 871	40 043 650	39 771 221	100	100	100
2016	65 +	6 651 503	2 919 392	3 732 111	8,3	7,3	9,4

2015 yılı itibariyle Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi ülke geneli için 78 yıl iken erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için 80,7 yıl olarak bildirilmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre toplam nüfus artış hızının düşeceği öngörülmekte ve 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısında ve dolayısıyla yaşlıların toplam nüfus içindeki oranlarında artış olacağı tahmin edilmektedir. Bu oranların; 2023 yılı için %10,2’ye, 2050 yılı için %20,8’e ve 2075 yılında %27,7’ye

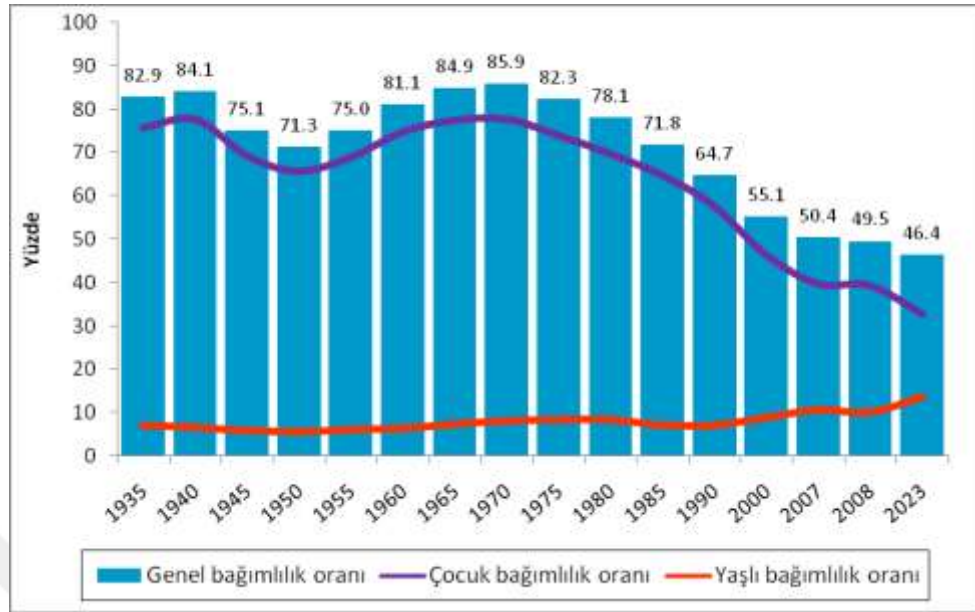
ulaşacağı tahmin edilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 15.06.2017).

Türkiye'nin demografik yapısının geçmişten günümüze geçirdiği süreci iyi analiz edebilmek ve gelecek projeksiyonlarını tasarlayabilmek için yaş gruplarının oranlarını incelemek yararlı olacaktır. Türkiye'de 1935 yılında 0-14 yaş nüfusun genel nüfusa oranı %41,2 iken bu oran 2000 yılında %29,8'e gerilemiştir. Bunun yanında 15-64 yaş grubun 1935 yılında genel nüfusa oranı %54,4'den 2000 yılında %64,5'e yükselmiştir. Genel nüfus içinde artış gösteren bir diğer yaş grubunda 65+ yaş grubudur. 1935 yılında 65+ yaş grubunun genel nüfusa oranı %3,9'dan 2000 yılında %5,7'ye yükselmiştir. Bir başka ifade ile çalışma yaşındaki nüfus ile yaşlı nüfus yıllar içinde artış göstermiş, 0-14 yaş grubu düşüş göstermiştir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 30.07.2017).

2007 yılından itibaren geçilen ADNK sistemine göre Türkiye'de 2007 ile 2016 yılları arasında, nüfus yapısında oransal farklılıkların olduğu görülmektedir. Oransal farklılıklar özellikle 0-14 yaş ile 65+ yaş grubu arasında daha belirgin biçimdedir. 2007 yılında Türkiye'de 0-14 yaş grubunun genel nüfusa oranı %26,4'den 2016 yılında %23,7'ye gerilemiş, 65+ yaş grubunun genel nüfusa oranı aynı dönem içinde %7,1'den, %8,3'e yükselmiştir. Özellikle 2007 ile 2016 yılları arasındaki dönemde kadınlar 65+ yaş grubunda oransal olarak daha fazla paya sahiptir. Aynı dönem içinde diğer (0-14 ve 15-64) yaş gruplarında erkeklerin daha fazla orana sahip olduğu görülmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 30.07.2017).

Yaş bağımlılık oranına bakıldığında 0-14 yaş genç bağımlılık oranında düşüş gözlemlenirken 65+ yaş yaşlı bağımlılık oranında artış gözlemlenmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 erişim tarihi: 31.07.2017).

1935 – 2023 yılları arasında Türkiye yaş bağımlılık oranlarının değişimi Şekil 1.6’da gösterilmiştir.



Şekil 1.6 Türkiye Yaş Bağımlılık Oranlarının Değişimi 1935-2023

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010: 247

1.2.1. Türkiye Kır-Kent Demografisi

Türkiye’de ki kentleşme sürecini ya da bir başka deyişle kır-kent demografisinin geçirdiği süreci görebilmek amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinin incelenmesinden önce kır ve kent tanımlarının yapılması gerekmektedir. TÜİK’in tanımına göre; “Türkiye sınırları dahilinde yer alan tüm yerleşim yerlerinden nüfusu 20 001 ve daha fazla olan yerler “Kent”, 20 000 ve daha az nüfusa sahip olanlar ise “Kır” yerleşim yerleri olarak kabul edilmiştir” (

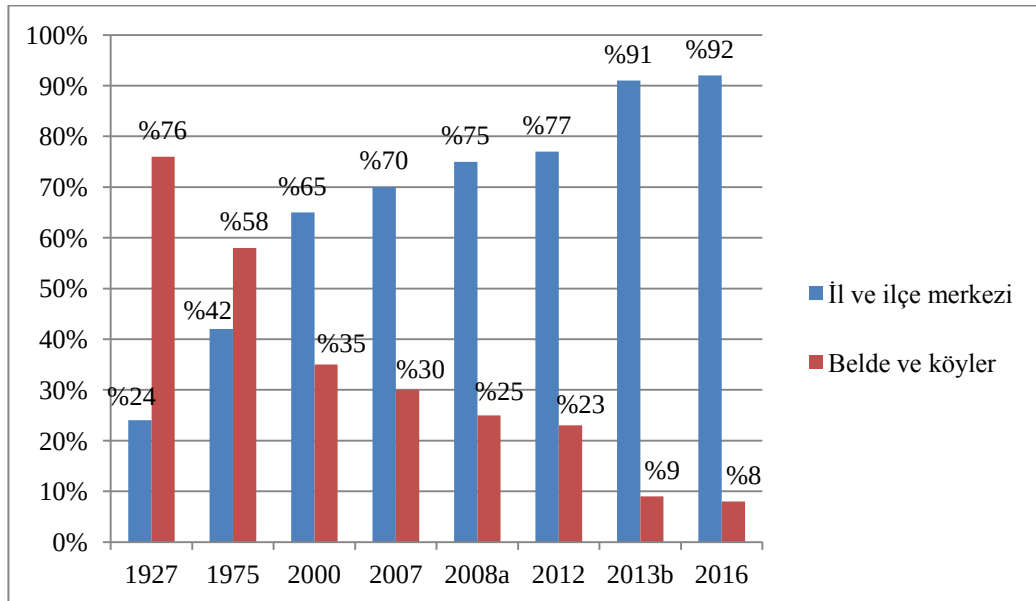
http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA_2012/metaveri/tanim/index.html erişim tarihi: 27.05.2017).

Sürmeli’nin (2017: 278) bildirdiğine göre Kentbilim Terimleri Sözlüğünde kent, “sürekli toplumsal gelişme içinde bulunan ve toplumun, yerleşme, barınma, gidiş-geliş, çalışma, dinlenme, eğlenme gibi gereksinimlerinin karşılandığı, pek az kimsenin tarımsal uğraşılarda bulunduğu, köylere kıyasla nüfus yönünden daha yoğun olan ve küçük komşuluk birimlerinden oluşan yerleşme birimi” olarak tanımlanmaktadır. Kırsal yerleşme tanımıyla da, işbölümünün gelişmediği, ekonomisi tarıma dayalı, geniş aile türünün, yüz yüze komşuluk ilişkilerinin var olduğu, bu açıdan kentsel topluluklardan ayrılan toplulukların yaşadığı yerleşim yerleri anlatılmaktadır (Geray, 1975: 45). Kırsal alanın tanımı ile ilgili dünya

üzerinde de farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yüzden üzerinde fikir birliği sağlanmış bir tanımlı bulunmamaktadır. Daha önce arazi parçası olarak ele alınan kırsal alanlar için zaman içinde sosyo-kültürel özellikleri de dikkate alan daha kapsamlı tanımlar yapılmaya başlanmıştır. Tüm bunlar ışığında kırsal alan denilince, nüfus yoğunluğunun az olduğu, ekonomik hayatın daha çok tarıma veya hayvancılığa dayandığı, geleneksel değerlerin etkin olduğu, altyapı, eğitim, istihdam, ulaşım ve sağlık imkanlarının daha kısıtlı olduğu yerleşim yerleri anlaşılmaktadır (Küçük, 2016: 31).

TUİK verilerine göre 1927 yılında 13 milyon 648 bin 270 olan Türkiye nüfusunun 6 milyon 563 bin 879'u erkeklerden, 7 milyon 084 bin 391 kişisi de kadınlardan oluşmaktaydı. Ayrıca 1927 yılı nüfusunun 3 milyon 305 bin 879 kişisi il ve ilçe merkezlerinde yaşarken, 10 milyon 342 bin 391 kişisi de kır olarak tanımlanan belde ve köylerde yaşamaktaydılar. Başka bir ifade ile 1927 yılında nüfusun çoğunluğu kırsal alanda yaşamaktadır. 2016 yılında Türkiye nüfusu 79 milyon 814 bin 871 kişiye ulaşmıştır ve bu nüfusun 40 milyon 043 bin 650'isi erkeklerden, 39 milyon 771 bin 221 kişisi de kadınlardan oluşmaktadır. Nüfus yapısına kır-kent bağlamında bakıldığında kır nüfusunun 6 milyon 143 bin 123 olduğu görülürken kent nüfusunun 73 milyon 671 bin 748 olduğu görülmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 15.06.2017). TUİK'in günümüz verilerine göre nüfusun büyük çoğunluğu kentlerde yaşamaktadır.

1927 – 2016 yılları arasında Türkiye kır-kent nüfus dağılım oranları Şekil 1.7'de gösterilmiştir.



Şekil 1.7 1927-2016 Yılları Arası Türkiye Kır ve Kent Nüfus Dağılımı (%)

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> erişim tarihi: 18.06.2017

Not: Günümüzde “il-ilçe merkezleri” ile “belde ve köyler” nüfuslarında ortaya çıkan büyük farklılıkların ana nedenleri 2008a yılındaki 5747 sayılı yasa ve 2013b yılındaki 6360 sayılı yasa uyarınca yapılan idari bölünüş değişiklikleridir.

Yaş gruplarına ve cinsiyete göre 65+ yaşlıların 2016 yılı Türkiye nüfusu Tablo 1.9’da verilmiştir.

Tablo 1.9 65+ Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 2016 Yılı Türkiye Nüfusu

Yıl	Yaş grubu	Toplam		
		Toplam	Erkek	Kadın
31.12.2016	Toplam Nüfus	79 814 871	40 043 650	39 771 221
	65-69	2 412 537	1 132 464	1 280 073
	70-74	1 680 492	763 121	917 371
	75-79	1 202 050	512 607	689 443
	80-84	809 325	336 206	473 119
	85-89	401 758	136 238	265 520
	90+	145 341	38 756	106 585
	Toplam 65+ Nüfus	6 651 503	2 919 392	3 732 111

2016 yılında yaklaşık 79,8 milyon olan Türkiye nüfusunun yaklaşık 6,6 milyonunu 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır ve bu nüfus içinde kadın sayısı 3,7 milyon civarındadır. 2007 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre 2007 yılında Türkiye nüfusu 70 milyon 586 bin 256 kişi, 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı 5 milyon 175 ve yaşlıların nüfusa oranı %7,1 idi. Bunun yanında erkeklerin sayısı 2 milyon 150 bin 103 iken kadınların sayısı da 2 milyon 850 bin 072 kişi idi (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 erişim tarihi: 22.06.2017). 65 yaş ve üzeri bireylerin içinde kadınların sayısının ve oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

2016 yılı itibariyle Türkiye toplam nüfusun yaklaşık 73,6 milyonu il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır ve bu nüfusun 36,9 milyonu erkeklerden, 36,7 milyonu da kadınlardan oluşmaktadır. İl ve ilçe merkezlerinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam sayısı 5,7 milyon civarındadır ve bunların içinde kadınların sayısı yaklaşık 3,2 milyon’dur.

Türkiye 65+ yaşlıların cinsiyet ve yaş grubuna göre 2016 yılı il-ilçe ve belde-köy nüfusu Tablo 1.10’da verilmiştir.

Tablo 1.10 Türkiye 65+ Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 2016 Yılı İl – İlçe Nüfusu ve Belde - Köy Nüfusu

Yıl	Yaş grubu	İl ve İlçe Merkezleri			Belde ve Köyler		
		Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
31.12.2016	Toplam Nüfus	73 671 748	36 936 010	36 735 738	6 143 123	3 107 640	3 035 483
	65-69	2 105 343	990 655	1 114 688	307 194	141 809	165 385
	70-74	1 441 051	654 532	786 519	239 441	108 589	130 852
	75-79	1 018 844	433 048	585 796	183 206	79 559	103 647
	80-84	680 775	278 768	402 007	128 550	57 438	71 112
	85-89	338 959	113 320	225 639	62 799	22 918	39 881
	90+	124 535	32 743	91 792	20 806	6 013	14 793
	Toplam 65+ Nüfus	5 709 507	2 503 066	3 206 441	941 996	416 326	525 670

2008 yılında çıkarılan 5747 sayılı yasa ve 2013 yılında çıkarılan 6360 sayılı yasa uyarınca yapılan idari bölünüş değişiklikleri nedeniyle bazı illere bağlı ilçelerin mülki sınırları içerisinde yer alan köy ve belde belediyelerinin tüzel kişiliği kaldırılmış, köyler mahalle olarak, belediyeler ise belde ismiyle tek mahalle olarak bağlı bulundukları ilçenin belediyesine katılmıştır (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5747.pdf> erişim tarihi: 22.06.2017; <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6360.pdf> erişim tarihi: 22.06.2017). Bu sebeple değişikliklerin yapıldığı yıllardan önce ve sonra oluşan belde ve köy nüfus yoğunluğundaki farklılıkların ana gerekçesi bu yasa değişiklikleridir. 2016 yılı belde ve köylerde yaşayan yaklaşık 6,1 milyon kişinin 941 bin 996 kişisi 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır ve bunların 416 bin 326’sı erkeklerden 525 bin 670’i ise kadınlardan oluşmaktadır. Başka bir ifade ile söylemek gerekirse 65 yaş ve üzeri bireylerin belde ve köylerde oranı %15,33 olduğu görülmektedir. Bu oran kırsal bölgenin yaş yapısının “çok yaşlı” olduğunu göstermesi bakımından oldukça çarpıcıdır.

Kent ve kırsal genel nüfus oranlarına bakıldığında kırsal da nüfusun yıllar içinde azaldığı, kentlerde arttığı görülmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 erişim tarihi: 31.07.2017).

1927 – 2016 yılları arası Türkiye kent-kırsal nüfus oranı Tablo 1.11’de verilmiştir.

Tablo 1.11 Türkiye Kent-Kırsal Nüfus Oranı 1927-2016 (%)

Şehir(il/ilçe merkezleri) nüfus oranı				Köy(Belde/Köyler) nüfus oranı		
Sayım yılı	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
1927	24,2	26,1	22,5	75,8	73,9	77,5
1975	41,8	43,4	40,1	58,2	56,6	59,9
2000	64,9	65,3	64,5	35,1	34,7	35,5
2016	92,3	92,2	92,4	7,7	7,8	7,6

Kentlerde nüfus artışın ve kırsalda nüfus azalmasının arkasında kırsaldan kente göçün etkisi de bulunmaktadır. Göç “bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde bir yerden başka bir yere gitmesi” olarak tanımlanmaktadır (http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_tasar%C4%B1m_icler.pdf erişim tarihi: 27.08.2017). Kofman’a göre göç; sadece yaşanılan yerin değiştirilmesi değil aynı zamanda sosyo – ekonomik ve kültürel değişimleri içeren, farklı insanların farklı nedenlerle yaşadıkları yeri uzun ya da kısa süreli olarak terk etmesi olarak tanımlanmaktadır (Barın, 2015: 11). Göç kırsaldan kente, kentten büyük kente, ülkeden ülkeye veya kıtadan kıtaya farklı ölçek ve yönde gerçekleşebilmektedir (Deniz, 2017: 289). Göçün genel sebepleri arasında ekonomik ve sosyal olarak bölgesel dengesizlikler, tarım kesiminin gelir dağılımından daha az pay alması ve siyasal nedenler önemli bir yere sahiptir (Başel, 2011: 516). Eğitim ve istihdam imkanlarının kısıtlı olması, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, ulaşımın zorluğu, doğal afetler ve ailevi sorunlar gibi çeşitli sebepler nedeniyle de kırsaldan kente göç gerçekleşmektedir. Ayrıca, kentlerde yaşam kalitesinin görece daha yüksek olması, iletişim araçlarının gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla birlikte kırsal kesimin bilgi düzeyinde gelişmelerin ortaya çıkması, devletin sağladığı sosyal hizmetlerden daha fazla yararlanabilme arzusu, kişinin sosyal yaşamdan beklentilerin artması, anne-baba’ların çocuklarına daha iyi eğitim ve yaşam imkanlarını sunmak istemesi gibi sosyal sebeplerden dolayı insanların gözünde kentler daha önemli hale gelmiştir (Güngör vd. , 2016: 2135). Ekonomik ya da sosyal nedenler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak gerçekleşen kırsal göçün sonuçları yine ekonomik ve sosyal olmaktadır. Bu sonuçların önemli noktalarından bir tanesini nüfus ve nüfusa bağlı değerler oluşturmaktadır. Kırsal göç ile kırsal bölgelerin nüfusu azalmakta ve dolayısıyla toplam nüfus içinde kırsal nüfusun oranı azalmaktadır (Güreşçi, 2016: 2140).

Göçü açıklamaya yönelik çok sayıda yaklaşım bulunmakla birlikte iç göç genel olarak itme-çekme teorisi ile açıklanmaktadır. İtici ve çekici faktörler kapsamında ele alınan iç göç, her ülkenin kendi koşullarına bağlı olarak çeşitli nedenlerle gerçekleşmektedir. Türkiye’de

yaşanan iç göçün nedenlerine genel olarak bakıldığında ise başta bölgeler arası sosyo-ekonomik farklılıkların, hızlı nüfus artışının, tarım kesiminde yaşanan dönüşümün, ekonomi politikalarındaki yetersizliklerin, terör ve siyasal nedenlerin varlığı görülmektedir.

Kırsal alandaki geçim ve hayat şartlarının zorluğu, hızlı nüfus artışı, gizli işsizlik, düşük verimlilik, eksik istihdam, tarımda makineleşme, eğitim ve sağlık sorunları, mevsim dışı ekonomik faaliyetlerin olmayışı gibi faktörler kırsalın iticiliğini oluştururken kentlerdeki olanakların ve şartların cazibesi kenti çekici kılmaktadır. Buna göre, kır ile kent arasındaki gelir farklılıkları, iş bulma ihtimali, daha yüksek hayat standardı, eğitim, sağlık, ulaşım imkanları, sosyal ve kültürel olanaklar kentin çekici faktörlerini oluşturmaktadır (İslamoğlu vd. , 2014: 74).

Özellikle gençlerin kentlere göç etmesi ile kırsal alanda yaşlılar kalmıştır fakat bunun yanında kentten kırsal alana yaşlıların geri göçü de yaşanmaktadır (Mandıracıoğlu, 2010: 44). Son yıllarda kırdan kentte olan göçün yanında tersine göç yani kentten kıra göç hareketi de gerçekleşmektedir. Türkiye’de kentten kıra göçün nedeni iki temel unsur üzerine oturtulmaktadır. Bunlar, kentin iticiliği ve kır’ın çekiciliğidir. Türkiye’de 2000’li yıllarla birlikte kentsel bölgelerdeki çekiciliğin yanı sıra iticiliğinin de belirginleşmeye başlaması ile kentsel alandan tersine göç süreci başlamıştır. Bu bağlamda kentsel bölgelerden gelişmekte olan kırsal alana doğru yoğunlaşan bir tersine göçün varlığından bahsedebiliriz. Sağlıksız ve çarpık kentleşmenin yanında barınma yetersizliği, kültürel sorunlar kente göç eden nüfus üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır. Kentleşmenin dengeli olmayıp birkaç kentin aşırı derecede kalabalıklaşması da sorunların kaynağını oluşturmaktadır. Doğal kaynaklar üzerinde artan baskı ve çevre kirliliği de göç akımlarının bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kentlerde yaşayan insanlar arasında toplumsal dayanışma bağlarının ve birincil ilişkilerin zayıflamasından dolayı suç işleme oranları artmıştır. Kente uyum sağlayamama, kültür çatışması, betonlaşma, trafik, gürültü kirliliği, kira, ulaşım, fakirlik gibi nedenlerle kentte yaşam maliyetlerinin fazla oluşu kentten kıra göçün diğer nedenleri olarak sayılabilir. Bu etmenler kentin iticiliği oluşturmuştur. Bunun yanında, kırdaki kitle iletişim araçlarının kullanımının yaygınlaşması kır-kent farklılığını azaltarak kırdaki yaşam kalitesini olumlu etkileyen etmenlerden biri olmuştur. Ayrıca Türkiye’de kırsal alana yönelik bölgesel bazlı projeler (Güneydoğu Anadolu Projesi) bölgeler arası farklılıkların azaltılmasında etkili olmuştur. Kırsal kentlerde yaşayanlara göre öne çıkaran bir diğer unsur da kırsal da yaşayanların sahip olduğu toplumsal dayanışma bağlarıdır. Bu durum kırsal kentlere göre daha güvenli yapmaktadır. Kentten kırsala göçün en yaygın biçiminden biri de emeklilerin yaşamlarının bir kısmını köylerinde geçirmek istemeleridir. Bunun altında yatan nedenleri

genellikle kırsalda sahip oldukları mal varlıkları, akrabaları ve yakınları oluşturmaktadır. Ayrıca çevre kirliliğinden dolayı ekolojik yaşama duyulan özlem ve nüfus yoğunluğunun kente göre daha az olması kırsal çekiciliğini oluşturan etmenler arasında sayılmaktadır (Sürmeli, 2017: 281; İslamoğlu vd. , 2014: 79).

Kırsalda ki yaşlılar genel olarak göç etmeme eğilimindedirler. Bu durum kırsal bölgelerin nüfus yapısını sayısal olarak yaşlılar lehine değiştirmektedir. Yani kırsal bölgeler yaşlılara kalmaktadır. Göç etme durumunda kalan yaşlılar yeni yerleşim yerlerine, fiziki ve sosyal çevreye alışma ve uyum sorunlarını daha fazla yaşamaktadırlar. Göç eden yaşlıların yaşadığı bir diğer sorun ise kırsal alandaki uğraşlarını kaybetmeleridir. Bu yüzden kırsaldan kente göç eden yaşlılar, yerinde üretim geleneklerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar ve böylece ortaya kent kültürü yerine kır-kent kültürü olan ara bir kültür çıkmaktadır (Ersoy vd. , 2013: 54).

1.2.1.1. Antalya, Adrasan ve Altinkum Demografisi

2007-2016 yılları arası Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre 2007 yılında 1 milyon 789 bin 295 kişi olan Antalya nüfusunda 65+ yaş grubunun nüfusa oranı %6,3 idi. Nüfustaki artış hem Antalya'nın toplam nüfusunda hem de 65+ yaş grubu nüfusunda istikrarlı bir şekilde günümüze kadar devam etmiştir. Nüfus içindeki yaşlıların toplam nüfusa oranı 2016 yılında %7,7 olduğu görülmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 erişim tarihi: 14.07.2017). Ancak, TÜİK verileri içerisinde Altinkum ve Adrasan mahallelerinin 65 yaş ve üzeri nüfus sayıları bulunamamıştır.

Yaş grubu ve cinsiyete göre 2016 yılı Antalya nüfusu Tablo 1.12'de gösterilmiştir.

Tablo 1.12 Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Antalya Nüfusu 2016

Antalya Toplam Nüfus			Yaş	Erkek	Kadın	Toplam	Toplam Nüfusa Oranı (%)
31.12.2016			65-69	32 627	34 762	67 389	2,90
			70-74	21 924	24 012	45 936	2,00
	Erkek	1 174 936	75-79	14 644	17 138	31 782	1,40
	Kadın	1 153 619	80-84	8 967	11 423	20 390	0,90
			85-89	3 530	6 225	9 755	0,42
			90+	942	2 238	3 180	0,14
Toplam	2 328 555			82 634	95 798	178 432	7,70

TUİK verilerine göre 2016 yılında Antalya'nın aldığı göç sayısı yani Antalya'ya göç edenlerin sayısı toplam 79 bin 203 kişiden oluşmaktadır. Alınan göç içinde 65+ yaş grubunun sayısı ise 2767 kişidir. Bunların 1240 kişisi erkeklerden 1527 kişisi kadınlardan meydana gelmektedir.

Antalya'nın 2016 yılında, 65+ yaş grubuna göre aldığı göç Tablo 1.13'te gösterilmiştir.

Tablo 1.13 Antalya'nın 65+ Yaş Grubuna Göre Aldığı Göç 2016

2016	Toplam Aldığı göç	65+ yaş	%
Erkek	39078	1240	3,17
Kadın	40125	1527	3,81
Toplam	79203	2767	3,49

Antalya'nın 2016 yılında aldığı toplam göç sayısı içinde %3,49' unu 65+ yaş grubu oluşturmuştur. 65+ yaş grubu içinde erkeklerin oranı %44,81 iken kadınların oranı %55,19'dan meydana gelmektedir.

Antalya'nın 2016 yılında verdiği göç sayısı 73 bin 119 kişidir. Verilen göç içinde 65+ yaş grubu sayısı 2029 kişiden oluşmaktadır.

Antalya'nın 2016 yılında, 65+ yaş grubuna göre verdiği göç Tablo 1.14'te gösterilmiştir.

Tablo 1.14 Antalya'nın 65+ Yaş Grubuna Göre Verdiği Göç 2016

2016	Toplam Verdiği göç	65+ yaş	%
Erkek	35840	920	2,57
Kadın	37279	1109	2,97
Toplam	73119	2029	2,77

Verilen toplam göç içinde 65+ yaş grubunda erkeklerin sayısı 920 (%2,57) iken kadınların sayısı 1109 (%2,97) kişiden oluşmuştur. 65+ yaş grubu cinsiyet bakımından kendi içinde incelendiğinde ise verilen göç içinde kadınların oranının %54,66, erkeklerin oranının %45,34 olduğu görülmektedir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> erişim tarihi: 25.08.2017).

Araştırmanın yapıldığı ve kentsel alan olan Altinkum mahallesi, Antalya'nın Konyaaltı ilçesine bağlı, nüfusu 8 bin 312 olan bir mahalledir. Antalya'nın merkez ilçelerinden bir tanesi olan Konyaaltı ilçesinin nüfusu 164 bin 332 kişiden oluşmaktadır. Kent

merkezinde yaşayan bu mahalle sakinleri birinci basamak resmi sağlık kuruluşu olarak Altinkum Mahallesi Aile Sağlığı Merkezini kullanmaktadırlar. Kırsal alan olan Adrasan mahallesinin bağlı olduğu Kumluca ilçesinin nüfusu ise 67 bin 605'tir ve Antalya'ya 94 km uzaklıkta konumlanmaktadır. 2 bin 377 kişilik nüfusu bulunan Adrasan mahallesi Kumluca ilçesine yaklaşık 25 km, Antalya iline uzaklığı ise yaklaşık 95 km'dir (<http://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Root/Uzakliklar/ililcemesafe.pdf> erişim tarihi: 15.07.2017; <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge> erişim tarihi: 15.07.2017). Kırsal yaşamın sürdürüldüğü Adrasan mahallesi sakinleri birinci basamak resmi sağlık kuruluşu olarak Adrasan Aile Sağlığı Merkezini kullanmaktadırlar ve Adrasan'da sağlık hizmeti alınabilecek başka bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır. Adrasan mahallesine en yakın hastane yaklaşık 25 km uzaklıktaki Kumluca ilçesinde bulunmaktadır. Ayrıca Adrasan'da sadece bir adet ilköğretim okulu ve bir adet de eczane bulunmaktadır. Adrasan'da atık su alt yapısı bulunmamaktadır. Adrasan'dan hem Kumluca ilçe merkezine hem de Antalya il merkezine ulaşım için sadece yaz mevsiminde olmak üzere günün belirli saatlerinde minibüs seferleri bulunmaktadır. Adrasan halkının büyük çoğunluğu geçimini tarım yaparak sağlamaktadır.

1.3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam Kalitesi (YK) kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946 yılında sağlığı, sadece hastalık ve engelliliğin olmaması değil, ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden tam iyilik hali şeklinde olumlu bir yaklaşımla tanımlamasından sonra üzerinde durulan ve çalışmaların yoğunlaştığı bir kavram olmuştur. 1960'lı yıllarda yaşam kalitesi kavramı politik kararların alınmasında kullanılması gündeme gelmiştir. Bunun nedeni ise eğitim, sağlık, ekonomi ve barınmanın yaşam kalitesi ile ilişkili olmasıdır (Sarı, 2013: 13; Ülgen, 2012: 15; Farquhar, 1995: 1440). Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutsuzluk ve mutluluk olarak tanımlanabilir. Özellikle yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde birçok çalışmanın yapılması ve bu konu üzerine odaklanılmasının nedeni yaşlı popülasyon sayısının her geçen gün artması şeklinde ifade edilmektedir (Altuğ vd. , 2009: 49; Eser, 2012: 2). Yaşam kalitesi kavramının kompleks bir yapıya sahip olmasından dolayı, ne küresel bir tanımlı ne de standart bir ölçüm şekli bulunmaktadır ancak yine de yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğuna dair genel bir konsensüs bulunmaktadır (Arun ve Çakıroğlu Çevik, 2013: 734). Yaşam kalitesi sağlık anlamında ele alındığında, kişinin mevcut durumunun ve eğer varsa sahip olduğu hastalık yükünün derecesinin kişi üzerinde ortaya çıkardığı iyi olma hali şeklinde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla yaşam kalitesinin hem objektif hem de subjektif açıdan değerlendirilmesi

mümkündür. Objektif boyutun içinde sosyo-ekonomik boyut olarak nitelendirilen gelir, eğitim, ulaşım ve istihdam gibi bileşenler bulunurken subjektif boyut içinde yaşamdan duyulan memnuniyet veya memnuniyetsizlik şeklinde ifade edilen psikolojik boyut bulunmaktadır. Yaşlı bireyin sahip olduğu koşulları algılama ve kendine göre olumlu veya olumsuz olarak nitelendirmesi yaşam kalitesinde subjektif boyutun belki de objektif değerlendirmelerin önüne geçmesine neden olabilmektedir. Gelir seviyesi görece daha düşük birinin ekonomik durumu ile ilgili değerlendirmesi olumlu olabilirken gelir seviyesi daha yüksek birinin ekonomik durumunu yetersiz olarak nitelendirmesi bu duruma örnek gösterilebilir. Benzer algılamalara sağlık ve günlük yaşam aktivitelerinde desteğe duyulan ihtiyaç derecesini değerlendirirken de karşılaşılabılır. Kısaca yaşam kalitesi, kişinin psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak iyi olma hali şeklinde ifade edilmektedir. Kişiden kişiye değişebilen tartışmaya açık bir alan olan yaşam kalitesi kavramı, kişilerin algılarına, yaşamdaki pozisyonlarına ve sosyal ya da politik yapı içindeki duruşlarına bağlı olan bir kavramdır (Bowling, 2001: 5). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre yaşam kalitesi, “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini göz önüne alarak yaşamdaki durumlarını algılayış biçimidir” şeklinde tanımlanmaktadır (World Health Organization (WHO) 1997:1; The WHOQOL Group, 1998: 551). Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır ve zaman içinde değişim gösterebilir (Avcı ve Pala, 2004: 81). Kişinin yaşadığı kültürel ve fiziksel çevre ile birlikte değerler sistemi yaşam kalitesi algısını etkileyebildiği için, yaşam kalitesi aynı zamanda sosyo-kültürel bir özellik de taşımaktadır. Yaşlılık ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu düşünülebilir ve yaşlılık döneminde çeşitli rol değişiklikleri veya kayıpların yaşam kalitesini düşürdüğü düşüncesi ortaya çıkabilir ancak yaşam kalitesi, yaşlı kişilerin içinde bulunduğu koşulların sonucunda algıladıkları iyilik hali olduğuna göre, yaşam kalitesinin objektif ölçümlerinin yanında subjektif yönünün de olduğunu unutmamak gerekmektedir (Baran, 2008: 91).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde “Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı” (HALE; *Healthy Adjusted Life Expectancy*) ile “Yaşam Beklentisi” (LE; *Life Expectancy*) arasındaki ilişki de değerlendirilmektedir. Çünkü yaşam kalitesinin algısal boyutunda sağlıklı olma durumunun da etkisi bulunmaktadır. HALE ve LE değerleri arasındaki sayısal değerlerin birbirlerine yakın olması, bireylerin yaşam kalitesi seviyesinin yüksek olma olasılığını ifade etmektedir. Yani doğumda beklenen yaşam süresi ile sağlığa göre ayarlanmış yaşam yılı arasındaki farkın az olması yaşam kalitesi hakkında bazı fikirler verebilir (Aslan, 2010: 102).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre Türkiye'de 2015 yılı için HALE değeri, 66,2 yıldır (erkekler için 64,5 yıl, kadınlar için 67,8 yıl) (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/ erişim tarihi: 11.07.2017). 2015 yılı itibarıyla Türkiye'de LE değerinin yani doğumda beklenen yaşam süresinin 78 yıl olduğu dikkate alındığında (erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için 80,7 yıl), değerler arasındaki farklar bireylerin yaşlılık dönemlerinde sağlık problemi yaşadığının bir göstergesi olabilir. Yaşam kalitesi (YK) dört alanda ortaya çıkmaktadır. Bunlar, **kişisel içsel alan** (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.), **kişisel sosyal alan** (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.), **dışsal doğal çevre alanı** (hava, su kalitesi vb.) ve **dışsal toplumsal çevre alanı** (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, okul ve sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) şeklinde sıralanmaktadır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) ve Yaşam kalitesi (YK) kavramlarının birbirleriyle yakın ilişki içinde oldukları ifade edilmektedir. Bir yandan YK'nin SYK'ni de kapsadığı ifade edilirken bir yandan da bu iki kavramın birbirinden ayrılarak incelenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Genel olarak kabul gören sınıflamaya göre SYK, YK boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerdiği şeklindedir. Kişiden kişiye YK ve SYK'ne yüklenen önem farklılık göstermektedir. Sağlığı görece iyi olan bir birey için sosyal ilişkiler, ekonomik durum, çevrenin fiziksel koşulları, güvenlik ve sosyal statü gibi sağlıkla ilgili olmayan YK bileşenleri önemliken kronik hastalığı olan bir birey için bedensel ve psikolojik sağlık durumu gibi SYK bileşenleri daha önemlidir (Eser, 2004: 4). İlaveten, SYK'nin bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade ettiği bildirilmektedir. Bu ifadeye göre, **fiziksel alanın içinde**, kişinin enerji harcayarak günlük yaşam aktivitelerini ne kadar yerine getirebildiğini algılaması, **sosyal alanın içinde**; kişinin aile bireyleri, çalışma arkadaşları veya diğer topluluklar gibi etrafında bulunan kişiler ile ne derece ilişki kurabildiğini ve kaynaştığını algılaması konuları, **mental alan içinde** ise depresyon, aksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi duygusal ve ruhsal durumlar yer almaktadır (Arpacı vd. , 2015: 2).

Çek Cumhuriyetinde yapılan bir çalışmada depresyonun, düşük yaşam kalitesinin en güçlü belirleyicisi olduğu bildirilmiş ve aynı çalışmada ayrıca yaş,cinsiyet, yaşam koşulları, medeni durum,sağlık durumu, eğitim seviyesi ve torunlarla olan ilişki memnuniyetinin de yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Dragomerická vd. , 2008: 201).

Türkiye'de 2012 TÜİK verilerine göre, kırsalda yaşayanların genel mutluluk düzeyleri kentte yaşayanların genel mutluluk düzeylerine göre daha yüksek bir orana sahiptir.

Türkiye’de 2012 yılı için, yaşanan yere göre genel mutluluk düzeyi Tablo 1.15’te gösterilmiştir.

Tablo 1.15 Türkiye’de Yaşanılan Yere Göre Genel Mutluluk Düzeyi 2012

KIR	2012	%
Genel Mutluluk Düzeyi (%)	Çok Mutlu	9,13
	Mutlu	53,12
	Orta	28,29
	Mutsuz	7,97
	Çok Mutsuz	1,49
KENT	2012	%
Genel Mutluluk Düzeyi (%)	Çok Mutlu	7,09
	Mutlu	50,93
	Orta	30,23
	Mutsuz	9,13
	Çok Mutsuz	2,62

Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireylerin genel mutluluk düzeyleri 2016 yılı verilerine göre Tablo 1.16’da gösterilmiştir.

Tablo 1.16 Türkiye’de 65+ Yaş Grubunun Genel Mutluluk Düzeyi 2016

65+ Yaş grubu	2016	%
Genel Mutluluk Düzeyi (%)	Çok Mutlu	5,27
	Mutlu	59,21
	Orta	25,03
	Mutsuz	9,4
	Çok Mutsuz	1,09

Tablo 1.16’da görüldüğü üzere 65 yaş ve üzeri bireylerin %59,21’i mutlu olduklarını bildirmişlerdir.

TUİK’in verilerine göre 65+ yaş grubunda %2,39’luk bir kesim sağlık durumundan çok memnun olduğunu belirtmiştir. Sağlık durumundan memnun olanların oranı ise %42,95 olarak bildirilmiştir. Bunun yanında kişisel sağlık durumundan hiç memnun olmadığını bildiren %3,51’lik kesim bulunmaktadır. Sağlık durumundan memnun olmayanların oranı ise %23,29 şeklindedir.

Türkiye’de 2016 yılı için, 65+ yaş grubunda kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet oranı Tablo 1.17’de gösterilmiştir.

Tablo 1.17 Türkiye’de 65+ Yaş Grubunda Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet Oranı 2016

65+ Yaş grubu	2016	%
Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet (%)	Çok Memnun	2,39
	Memnun	42,95
	Orta	27,86
	Memnun Değil	23,29
	Hiç Memnun Değil	3,51

65 yaş ve üzeri bireylerin kişisel sağlığından duyduğu memnuniyet oranı ile genel mutluluk düzeyinde kendisini “mutlu” olarak bildirenlerin oranı arasında görece pozitif bir paralelliğin bulunması genel mutluluk düzeyini belirleyen bileşenler arasında kişisel sağlıktan duyulan memnuniyetin önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

TUİK’in 2016 yılı verilerine göre Türkiye’de 65+ yaş grubunun evlilikten duydukları memnuniyet oranları incelendiğinde %74,01’ i evli olmaktan memnun olduğunu bildirmiş, çok memnun olan %14,71’lik bir oranın yanında evliliğinden memnun olmayan %3,16’lık bir oran bulunmaktadır. Tıpkı kişisel sağlıktan duyulan menuniyet oranında olduğu gibi, evlilikten duyulan menuniyet oranı ile genel mutluluk düzeyinde kendisini “mutlu” olarak bildirenlerin oranı arasında pozitif bir paralellik bulunduğu söylenebilir.

Türkiye’de 2016 yılında, 65+ yaş grubunda evlilikten duyulan memnuniyet oranı Tablo 1.18’de gösterilmiştir.

Tablo 1.18 Türkiye’de 65+ Yaş Grubunun Evlilikten Duydukları Memnuniyet 2016

65+ Yaş grubu	2016	%
Evlilikten Duyulan Memnuniyet (%)	Çok Memnun	14,71
	Memnun	74,01
	Orta	7,3
	Memnun Değil	3,16
	Hiç Memnun Değil	0,82

TUİK’in 2015 yılında yaptığı araştırmanın verilerine göre 65+ yaş grubunun en önemli mutluluk kaynağı olan kişiler arasında “Tüm aile” kavramı ilk sırada yer almaktadır. Bu sıralamayı ikinci sırada yer alan “Çocuklar”, daha sonra da “Torun / Lar” takip etmektedir. TUİK’in verilerine göre “Eş” mutluluk kaynağı olan kişiler sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> erişim tarihi: 25.08.2017).

Türkiye’de 2015 yılında, 65+ yaş grubunda mutluluk kaynağı olan kişiler Tablo 1.19’da gösterilmiştir.

Tablo 1.19 Türkiye’de 65+ Yaş Grubunda Mutluluk Kaynağı Olan Kişiler

65+ Yaş grubu	2015	%
Mutluluk Kaynağı Olan Kişiler (%)	Kendi	2,88
	Çocuklar	16,49
	Anne / Baba	0,36
	Arkadaşlar	0,07
	Yeğen / Ler	0,46
	Torun / Lar	7,27
	Eş	4,7
	Tüm Aile	66,77
	Diğer	0,99

Yaşam kalitesi karmaşık, soyut ve çok boyutlu bir kavram olduğu için bu kavramın tanımında birçok farklı yaklaşım kullanılmıştır. Bu kavram maddi koşulların yanında psikososyal faktörleri ve bireyin bu koşulları nasıl algıladığını da içermektedir. Yani bireyin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri de önem kazanmaktadır (Arpacı vd. , 2015: 2). Yaşam kalitesi, sadece gelir ve istihdam durumuna göre şekillendirilmiş bir yaşam standardı kavramıyla karıştırılmamalıdır. Bu kavram ayrıca, çevresel yapıların etkisini, fiziksel ve zihinsel sağlığı, eğitim, rekreasyon ve boş zaman aktivitelerini ve sosyal çevre ile olan ilişkileri de içermektedir (Carta vd. , 2012: 169). Boş zaman aktiviteleri, kişinin çalışma hayatından veya günlük yaşam aktivitelerinden bağımsız olarak keyif almak ve kendini iyi hissetmek için meşgul olduğu faaliyetler olarak tanımlanabilir (Verghese vd. , 2006: 2). Yaşam kalitesi kavramının içinde genel olarak dört boyut bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, **psikolojik durum**; yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, özerklik, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar ve bir işi tamamlama, yaşamın anlamı ve mutluluk gibi duygulardır. İkincisi, **fiziksel durum**; fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, iştah, zindelik, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşünü ifade etmektedir. Üçüncüsü, **sosyal ve bireysel durum**; bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme gibi sosyal durumları ifade etmektedir. Dördüncüsü ise, **finansal ve maddi durum**; geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası ve iş güvencesini ifade etmektedir (Aydın, 2009: 25). Yaşlı bireylerin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, fiziksel ve bilişsel sınırlılıklar ve ekonomik yetersizliklerin getirdiği beslenme bozuklukları, duyuşsal ve fiziksel yetilerde azalmalar ve bunlara bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü ve aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı yalnızlık, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede ortaya çıkan problemler ve izolasyon nedeniyle sosyal ağda daralma ve bu nedenle kişiler arası ilişkilerde bozulma ve düşük eğitim düzeyi gibi bir çok sosyal faktör yaşlıların yaşam kalitesini

etkileyebilmektedir. Ayrıca, yaşlıların duygusal, fiziksel ve ekonomik istismarı da yaşlıları etkileyen önemli sosyal faktörler arasındadır (Ülgen, 2012: 16). Dolayısıyla YK'ni oluşturan çeşitli boyutların algılanış düzeyleri bu kişilerin depresyona girmesine neden olabilmektedir.

Keskinoglu'nun (2010) bildirdiğine göre yaşam kalitesini etkileyen nedenler şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Yaşlının bireysel özellikleri: cinsiyet, yaş ve doğuştan sahip olunan bazı kalıtsal özellikler yaşam kalitesini etkilemektedir.
2. Sosyal değişkenler: toplum içinde yaşlıların yaşamlarını uyum içinde sürdürmelerini ve toplumun da yaşlıya karşı olan desteğini gösteren değişkenlerdir. Türkiye'de gerçekleşmekte olan sosyo-demografik değişim, yaşlının sosyal yaşamı için önemli değişkenlerden birisini oluşturmaktadır. Kırsaldan kente göç ile birlikte geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına doğru geçiş, yaşlının ailesinden aldığı gerekli ilgi, bakım ve destekten yoksun kalması, bu destek yerine kurumsal destek ve aktivitenin sağlanamaması ile yaşlının sosyal açıdan yalnızlaşması bu demografik dönüşümün olumsuz sonuçları olarak dikkati çekmektedir.
3. Ekonomik değişkenler: belki de en önemli değişken, yaşlının emeklilik döneminde insani koşullarda yaşamını sürdürecektir düzeyde geçimini sağlayacak bir gelir varlığı ve bu gelirin sürekliliğidir.
4. Psikolojik değişkenler: yaşlının genel mutluluk ve doyum duygularının yer aldığı değişkenlerdir. Yaşlı bireyin sosyal çevresinden aldığı doyum ve kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyet, yaşlının psikolojik durumunu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini olumlu etkiler.
5. Sağlık durumu değişkenleri: bunlar; **a) fonsiyonel durum**, yaşlının temel ve yardımcı yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, bağımlılık durumu var ise bağımlı olduğu fonksiyonların yeterli şekilde desteklenmesi yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir, **b) yaşlanma ile ilgili sağlık sorunlarına etkin yanıt verebilecek sağlık hizmeti ve sağlık örgütünün varlığı**, sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda yaşlanma ile ilgili sağlık sorunlarının farkındalığının ve uygun yaklaşımların sağlanmasının yanı sıra yaşlı sorunlarına yönelik özel merkezlerin de oluşturulması gerekmektedir. **c) yaşlanma ile ortaya çıkan ve kontrol edilmesi gereken önemli sağlık sorunları**, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, diyabet, kanserler, kronik obstruktif akciğer hastalıkları (KOAH), demans, inkontinans, kas ve

hareket sistemi sorunları, işitme, görme ve diş sağlığı sorunları, **d) düşme ve kazaların engellenmesi**, yaşlının yeterli ve sağlıklı beslenmesi, kilo kontrolü, fiziksel eylemsizlik, sigara, alkol ve madde kullanımının kontrolü, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması.

6. Yaşlının yaşadığı çevresel değişkenler: yaşlının yaşadığı fiziksel çevrenin, yaşlının sağlığı ve azalan fonksiyonel durumu gözetilerek oluşturulması ve gerekli çevresel düzenlemelerin sağlanması yaşlının yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

Yaşam kalitesi her ne kadar yaşlı bireyin kendi algısı etrafında şekillensede değiştirilebilir veya önlenabilir pek çok neden yaşlının yaşam kalitesini etkilemektedir (Keskinoglu, 2010: 111).

Bir başka kavram olan yaşam doyumu ise, bir insanın beklentileri ile sahip olduklarının karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan durumdur. Yaşam doyumu, moral, mutluluk, toplumsal refah, öznel refah ve psikolojik refah gibi kavramlarla eşanlamlı kullanılsada kendine özgü bir anlam taşımakta ve yaşam kalitesinin en yaygın kullanılan öznel ölçüsü sayılmaktadır (T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, 2015: 16). Genel olarak tüm yaşantıdan elde edilen bir doyum olarak ifade edilmektedir. Yaşam doyumu yüksek olan yaşlıların sahip oldukları bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar, günlük yaşam faaliyetlerinden zevk almak, yaşamın bir anlam taşıması yani yaşamıyla ilgili amaçlarının olması ve geçmiş yaşamın sorumluluğunu kabullenme, yaşamı boyunca öngördüğü amaçlara ulaştığı inancına sahip olmak, olumlu bir “ben” imgesine sahip olmak ve yaşlılığında güçsüzlükleri ne olursa olsun, kendini değerli bir varlık olarak kabul edebilmek ve yaşama karşı genelde iyimser bir tutum içinde olmaktır (Aközer vd. , 2011: 107). Yaşam doyumu, ihtiyaçlar ve isteklerin doyurulmasına bağlı olarak yaşamın olumlu olarak değerlendirilmesidir. Birey kendi yaşam doyumu analizini, yaşamın geneline ilişkin doyumunu değerlendirerek yapmaktadır. Yaşama dair olumlu duyguların artmasıdır ve mutluluk gibi pek çok duygu açısından iyi olma halini ifade etmektedir. Bireyin yaşam kalitesi, mutluluğu, bağımsızlık, sorumluluklarını yerine getirebilme yaşam doyumunun belirleyicilerindendir (İlbay vd. , 2016: 38).

İngilterede yapılan bir araştırmaya göre kırsalda yaşayan yaşlıların yaşamlarının kalitesini kentte yaşayan yaşlılara göre daha olumlu tanımlama eğiliminde oldukları görülmüştür (Farquhar, 1995: 1445).

TUIK verilerine göre hem kırsalda yaşayanlar için hem de kentte yaşayanlar için mutluluk kaynağı olan değerler arasında “sağlık” birinci sırada gelirken “sevgi” ikinci sırada bulunmaktadır. Bu durum 65+ yaş grubunda yer alan her iki cinsiyet için de geçerlidir.

1.4. Depresyon

Günümüzde psikiyatrik sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmıştır. Bu durum hem bireysel hem de toplumsal boyutta, önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Psikiyatrik hastalıklar içinde en fazla görülenin depresyon olduğu ifade edilmektedir (Savrun, 1999: 11). Depresyon kelimesinin kökeni olan “depress” Latince “depressus”tan gelmektedir ve depresyon sözcüğü, çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır (Akyol, 2015: 11). Depresyon üzüntülü bir duygudurum içinde değersizlik, yetersizlik, küçüklük duygu ve düşüncelerinin olduğu, konuşma, hareket gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın görüldüğü bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Oluşum nedenleri üç ana başlıkta toplanabilir. Bunlar, psikososyal, genetik ve biyolojik nedenlerdir. Depresyonun oluşum ve gelişiminin nedeni olarak (etyopatogenezi) fizyopatolojik ortak yönünün merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlerde işlevsel bozukluğun olduğu görüşü genel olarak öngörülmüştür. Bununla birlikte yayınlarda klinik yönden kişiler ve toplumlar arasında farklılıklar gösterdiği, sosyal ve kültürel etmenlerin depresyonu birçok yönden etkilediği öne sürülmüştür. Depresyon etyolojisi (nedeni) ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin sorumlu olmadığı, genetik yapının çevresel etkenlerle olumsuz etkileşimi, bu etkileşimin zamanlamasının önemli olduğu ileri sürülmüş ve depresyonla ilgili ana risk etkenleri olarak, ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklarla ilgili tedaviler, yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (Karadağ, 2008: 12; Ülgen, 2012: 11).

Fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında depresyon önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılarda sık görülen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir ve yaşlılık dönemi depresyonu kendini sıklıkla tıbbi hastalıklarla birlikte göstermektedir (Erkan, 2015: 13). Literatürde yaşlılar arasında depresyon görülme oranı çeşitlilik arz etmektedir özellikle huzurevlerinde yapılan depresyon düzeylerini ölçen çalışmalarda yaşlılarda depresyon görülme sıklığının yüksek bulunduğu bildirilmektedir (Varma vd. , 2008: 26; Bahar vd. , 2005: 228). Ancak, genel olarak yaşlılar arasında depresyon görülme sıklığı %15-20 arasında şeklinde ifade edilmektedir. Yaşlılarda depresyon erken teşhis edildiğinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi artmakta ve yaşlı kişilerin yaşam kaliteleri yükselmektedir (Hacıhasanoğlu ve Türkleş, 2008: 56). Depresyon, bireylerin yaşam kalitesi ve üretkenliği üzerindeki olumsuz etkisinin yanında, kardiyovasküler hastalıkların da dahil olduğu başka sağlık sorunlarına dolaylı olarak neden olabildiği veya kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayba yol açabilen bir sağlık

sorunu olarak ifade edilmektedir (Nease ve Maloin, 2003: 118; Dişçigil vd. , 2005: 130). Yaşlılarda depresyonun tanısını güçleştiren durumlar arasında fiziksel rahatsızlıkların bulunması, demans ve yaşlılar için uygun tanı kriterlerinin kullanılmaması gibi etmenler bulunabilmektedir. Bu durum ise uygulanan herhangi bir tedavinin etkinliğini veya seyrini etkilediği gibi depresyon derecesinin de kötüleşmesine neden olabilmektedir. Yaşlılarda depresyon özelliklerinin iyi bilinmesi, uygun ve zamanında müdahale imkanına olanak sağlayarak eğer mevcut ise fiziksel rahatsızlıklara olan etkisini de engelleyebilir veya en aza indirebilir (Çalışkan, 2007: 2).

Depresyon ile ilgili yapılan çalışmaların neredeyse tamamında kadınlarda depresyon görülme olasılığı erkeklerde görülme olasılığından iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Cinsiyetler arası bu farkın her yaş grubu için farklı oranlarda da olsa geçerli olduğu ifade edilmektedir. Cinsiyetler arasında ortaya çıkan farklılığın nedenlerinden biri olarak “psikososyal faktörler” ileri sürülmüştür. Çünkü kadınların hem anne, hem iş kadını, hem eş hem de ev kadını rollerinin tamamını birden yüklenmek zorunda kalmalarından dolayı maddi manevi büyük yük altında oldukları ifade edilmektedir. Ayrıca Türkiye’de yapılan araştırmalarda 65 yaşın üzerindeki yaşlılarda, kadın olmanın, dul olmanın ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir. Türkiye’de kırsal kesimde yaşayanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmektedir (Savrun, 1999: 15). Kinsella ve Wan’ın (2009: 67) bildirdiğine göre yapılan araştırma çalışmaları ile (Brown, Bulanda ve Lee, 2005; Chipperfeld ve Havens, 2001; ve Hagedoorn vd. 2007) yaşlılarda evli olma durumunun onlar üzerinde hem mental hem de genel sağlık koşullarında olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir. Bu olumlu etkiler erkekler üzerinde daha fazla olmaktadır. Ayrıca, yapılan araştırmalarda evli olan yaşlıların depresif belirtileri daha az gösterdikleri ve yaşamdan duydukları memnuniyet oranının evli olmayan yaşlılarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Yaşlı populasyon, genç yetişkinlere göre depresyon tanı kriterlerini yerine getirmeksizin sıklıkla depresif duygudurum yaşamaktadırlar. Yani depresyon için gerekli olan klinik tanı ölçütünün altında kaldığı halde depresif bulgular yaşlılarda genç yetişkinlere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır. Bu durum “eşik altı” (subthreshold) depresyon olarak adlandırılmakta ve yaklaşık 10 yaşlıdan 1’ini etkilediği bildirilmektedir. Eşik altı depresyon yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olmakla birlikte depresif hastalıklar için büyük bir risk faktörü olmaktadır. Bunun yanında, anksiyete (kaygı) ve depresyon sıklıkla birlikte ortaya çıkmaktadırlar. Anksiyete rahatsızlığına sahip yaşlıların yaklaşık %13’ü aynı zamanda depresyon rahatsızlığına da sahip iken depresyonlu yaşlıların %36’sında, depresyon

ile birlikte anksiyete rahatsızlığı da görülmektedir (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 erişim tarihi: 27.05.2017). Depresyondaki bir yaşlının uygulanan tedaviye olumlu cevap vermesi gençlere göre daha uzun zaman alabilir fakat bunun yanında depresyondaki yaşlının olumsuz durumdan çıkması ve yaşam kalitesinin artması karşılığında harcanan zaman ve emek elde edilebilecek olumlu sonuca değer görülmektedir (Çınar ve Kartal, 2008: 399).

Yaşlılık döneminde fiziksel becerilerin, yakın arakadaşların, sosyal saygınlığın ve statünün kaybı veya azalması depresyonu hazırlayan etmenler olabilmektedirler. Ayrıca çeşitli çalışmalarda kadın cinsiyetin, düşük eğitim durumunun ve düşük sosyo-ekonomik statünün, dul olma, bilişsel bozukluğa sahip olma ve günlük yaşam aktivitelerinde kendine yeterli olamama gibi koşulların depresyona neden olduğu bildirilmiştir (Ülgen, 2012: 12 ; Balcı vd. , 2012: 38; Kaya, 1999: 78). Bunun yanında yaşlı nüfus içinde %40'a yakın oranda depresyonun teşhis edilemediği bildirilmektedir. Teşhis konulamamasının altında yatan nedenlerden birisi de sıklıkla doktor, hasta ve hasta yakını tarafından depresif semptomların yaşlanmanın normal bir parçası olarak görülmesidir. Mesela, 70 veya 75 yaşında olan bir kadının kronik bir rahatsızlığı var ise, çocukları evden ayrılmış, eşi vefat etmiş ve küçük bir apartman dairesinde yalnız yaşıyorsa depresyonda olması normal karşılanmalıdır gibi bir düşünce oluşabilmektedir. Oysa böyle bir yaşlının depresyonda olması şart değildir. Dünyanın bir çok yerinde buna benzer koşullarda yaşayan yaşlılar mevcuttur ve depresyon belirtileri göstermemektedirler (Eker, 1999: 67; Eker ve Noyan, 2004: 78).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu tezin araştırma sorusu; kır ve kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin depresyona etkisi ne düzeydedir? Bu bağlamda oluşturulan hipotezler ve modeller bu sorunun cevabını araştırmaktadır.

2.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar kentte yaşayan yaşlılara göre görece daha düşük bir yaşam kalitesi algısına sahiptir.
2. Kırdaki düşük yaşam kalitesi algısı, bu bölgede yaşayan yaşlıların depresyona girmesine neden olmaktadır.
3. Kentte yaşayan yaşlıların kırdaki akrabalarına göre daha yüksek bir yaşam kalitesi algısına sahiptir.
4. Kırdaki yaşayan yaşlılar ile kentte yaşayan yaşlıların depresyon yaşama nedenleri farklıdır.
5. Hem kırdaki yaşayan yaşlılar hem de kentte yaşayan yaşlılar arasında kadınların yaşam kalitesi algısı erkeklere göre daha düşük ve depresyon oranı daha yüksektir.
6. Soysa-ekonomik durumun depresyona etkisi bulunmaktadır.
7. Aile yapısının depresyona etkisi bulunmaktadır.
8. Sağlık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır.
9. Kişisel yaşlılık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır.

2.2. Araştırmanın Amacı

Dünya ve Türkiye demografik yapısının yaşlılar lehine değiştiği çok açık bir şekilde görülmektedir. Yaşlıların hem sosyal yapıda hem de sağlık sisteminde bir yük olarak algılanmaması için farkındalığın artırılmasının ve yapısal önlemlerin alınmasının sosyo-ekonomik yapıya olumlu etkileri olabilir. Araştırmada kırsalda ve kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi alt boyutları da dahil ortaya konulmaya çalışılmıştır. YK düzeyi ve cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, yaş grupları, gelir, medeni durum, evde kalınan kişi, sağlık ve yaşlılık algısı gibi değişkenler ile oluşturulan modellerin depresyona etkisinin olup

olmadığı araştırılmış, böylece literatürde, kırsalda ve kentte yaşayan yaşlıların hem yaşam kalitesini içeren hem de çeşitli bağımsız değişkenlerle depresyon seviyelerini araştıran temel bir çalışma ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu araştırma, oluşturulan modellerden elde edilen sonuçların yardımıyla, politika yapıcılara ve sağlık hizmeti sunanlara ve planlayanlara rehberlik etme amacı gütmektedir.

2.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan ve kent olarak seçilen Konyaaltı ilçesine bağlı Altinkum Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) ve Antalya ilinden 95 km uzaklıkta olan ve kırsal alan olarak seçilen Kumluca ilçesine bağlı Adrasan Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini adı geçen ASM'lerde kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Önceden örneklem sayısı belirlenmemiş olup Mayıs-Haziran 2017 tarihlerinde sağlık hizmeti almak için ASM'lere gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri herkes dahil edilmiştir. Araştırmanın ASM'lerde yapılabilmesi için T.C. Antalya Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri, demans hastalığı olmayan herkes dahil edilmiştir. Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya kentte yaşayan 139 kişi ve kırsalda yaşayan 115 kişi olmak üzere toplam 254 kişi katılmıştır. Verilerin elde edilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe (WHOQOL-OLD.TR) versiyonu ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların sosyo demografik bilgileri Katılımcı Bilgileri Formu ile elde edilmiştir. Anket soruları görevli anketörler tarafından yaşlılara okunarak sorulmuş ve verilen cevaplar yine anketörler tarafından işaretlenmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak betimleyici analizler ve doğrusal regresyon analizi şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu, yaşadıkları yere göre yaşlıların dağılımı ve katılımcıların cinsiyete göre dağılımını göstermek amacıyla yapılan temel analizlerin yanında kır ve kent sosyo-ekonomik yapı farklılığını da ortaya koymak amacıyla altı adet model oluşturulmuş ve bu modellerdeki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan depresyona etkisi araştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan modeller Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.20 Araştırmada Kullanılan Modeller

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 1 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Duyusal İşlevler Özerklik Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Sosyal Katılım Ölüm ve Ölmek Yakınlık	Depresyon
Model 2	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer	Depresyon
Model 3 Sosyoekonomik Durum	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Eğitim durumu Yaş Gelir	Depresyon
Model 4 Aile Yapısı	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Medeni durum Evde Kalınan Kişi	Depresyon
Model 5 Sağlık	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Sağlık	Depresyon
Model 6 Yaşlılık	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Yaşlılık Algısı	Depresyon

Modellemede, Yaşam Kalitesi dışında kullanılan bağımsız değişkenler Katılımcı Bilgileri formundaki sorulardan elde edilmiştir. Yaşam Kalitesi düzeyi ve her bir modele ilave edilen bağımsız değişkenler ile depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Dünya Sağlık Örgütü’nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe (WHOQOL-OLD.TR) versiyonu ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılarak

toplanmıştır. Katılımcıların sosyo demografik bilgileri Katılımcı Bilgileri Formu ile elde edilmiştir. Katılımcı bilgileri formu ile eğitim durumu, sosyal sigorta durumu, aylık gelir durumu ve konut durumu gibi bilgiler elde edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) DSÖ tarafından 1999 yılında "World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)"'ın yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir modüldür. Kırk ülkede geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü'nün (WHOQOL-OLD), Türkiye'de Eser ve ark. (2004) tarafından geçerlik güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (Eser vd. , 2004: 27). WHOQOL-OLD.TR ölçeği içinde beşli likert tipi toplam 24 sorudan oluşan altı boyut bulunmaktadır.

WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutları ve soru numaraları Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.21 WHOQOL-OLD Ölçeği İçinde Sorgulanan Altı Boyut/Alan ve Soru Numaraları

Duyusal işlevler	1*, 2*, 10* ve 20 numaralı sorular
Özerklik	3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular
Sosyal Katılım	14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular
Ölüm ve Ölmek	6*, 7*, 8* ve 9* numaralı sorular
Yakınlık	21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular

*İşaretli olanlar dönüşüme uğrayan sorulardır ve ters kodlanmıştır.

Her bir boyutun puanı 4 ile 20 arasındadır, her bir tekil puan değerinin toplanmasıyla toplam puan da hesaplanabilir ve skor yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Bu boyutlar sırasıyla değerlendirilirse; **Duyusal işlevler** boyutu ile işitme, görme, tat alma ve dokunma gibi duyuşal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmektedir. **Özerklik** boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına karar alma ve yaşayabilme becerisini ifade etmektedir. **Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri** boyutu gelecekte umutlu olmayı, geçmiş başarılarından duyulan memnuniyeti ve geleceğe bakışı ifade etmektedir. **Sosyal Katılım** boyutu günlük olarak yapılan işlerin derecesini, zamanı kullanma biçimini ve özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi ifade etmektedir. **Ölüm ve Ölmek** boyutu ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ifade etmektedir. **Yakınlık** boyutu ise dostluk arkadaşlık duygusunu, hissedilen sevgiyi, kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini ifade etmektedir (Eser vd. 2010: 39; Yağcıoğlu, 2013: 36).

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), yaşlıların kolayca cevaplayabileceği, yanıtların “evet” veya “hayır” şeklinde verildiği, depresyon lehine verilmiş cevapların bir puan olarak toplandığı, öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşmaktadır. Yesavage ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yaşlıların depresyon derecesini ölçmektedir (Yesavage vd. 1983: 45). Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek skoru yükseldikçe depresif duygudurum artmaktadır (Eser vd. , 2010: 40). Türkçe versiyonunda depresyon için kesme noktası 13-14 puan olarak bildirilmektedir. Kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde ölçek duyarlılığının 0.90, özgüllüğünün 0.94 olduğu bildirilmiştir (Çalışkan, 2007: 22, a.g.e.; Tamam ve Öner, 2001: 54). Ölçekteki sorulara verilen cevaplara göre alınabilecek skor 0 ile 30 arasındadır. 0 ile 10 arasında alınan puan “depresyon yok”, 11 ile 13 arasındaki puan “olası depresyon” olarak değerlendirilirken 14 ve üzeri alınan puan “depresyon var” olarak değerlendirilmektedir (Altuğ vd. , 2009: 50). Araştırmada kesme skoru olarak 14 kullanılmıştır. Yani depresyon skoru 14’ün altında kalanlar “depresyon yok”, 14 ve üzeri skora sahip olanlar “depresyon var” şeklinde gruplandırılmıştır.

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD.TR ölçeği güvenilirlik analizinde genel ölçek yapısı için (Cronbach’s alpha değeri) $\alpha = 0,762$ olduğu görülmektedir. Ölçeğin içinde barındırdığı altı boyut için ise güvenilirlik analizi bulguları şu şekildedir: duyuşal işlevler alanı $\alpha = 0,629$, özerklik alanı $\alpha = 0,596$, geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetler alanı $\alpha = 0,698$, sosyal katılım alanı $\alpha = 0,714$, ölüm ve ölmek alanı $\alpha = 0,908$ ve son olarak yakınlık alanı $\alpha = 0,794$ olarak bulunmuştur. Geriatrik depresyon ölçeğinde (Cronbach’s alpha değeri) $\alpha = 0,920$ olarak bulunmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

3.1. Katılımcıların Profili

Araştırmaya, 139 kişi (%54,7) Altinkum mahallesinden ya da başka bir ifade ile kentsel alandan, 115 kişi de (%45,3) Adrasan mahallesinden yani kırsal alandan olmak üzere toplam 254 kişi katılmıştır. Katılımcıların 136'sı erkeklerden (%53,5), 118'i de (%46,5) kadınlardan oluşmaktadır. Kentteki katılımcıların 77'si erkeklerden (%55,4) oluşurken, 62'si de kadınlardan (%44,6) oluşmaktadır. Kırsal bağlamında bakıldığında katılımcıların 59'u erkeklerden (%51,3) oluşurken, 56'sı da kadınlardan (%48,7) oluşmaktadır.

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında çoğunluğu 96 kişiyle (%37,8), 65-69 yaş aralığında olanların oluşturduğu görülmektedir. Sırasıyla 70-74 yaş aralığında 61 kişi, 75-79 yaş aralığında 65 kişi, 80-84 yaş aralığında 18 kişi, 85 ve üzeri yaşlarda 14 kişi bulunmaktadır.

Katılımcıların %16,1'i (41 kişi) hiç okuma yazma bilmemektedir. Okuma yazma bilmeyenlerin %82,9'u (34 kişi) kırsalda yaşamaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Yaşanılan yer		Toplam
		Kent	Kırsal	
Cinsiyet	Erkek	77	59	136
	Kadın	62	56	118
Toplam		139	115	254
Yaş	65-69	64	32	96
	70-74	36	25	61
	75-79	33	32	65
	80-84	3	15	18
	85 ve yukarısı	3	11	14
Toplam		139	115	254
Medeni durum	Evli	104	88	192
	Hiç evlenmemiş	0	1	1
	Eşi vefat etmiş	30	25	55
	Boşanmış	5	1	6
Toplam		139	115	254
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	7	34	41
	Okur-yazar	2	19	21
	İlkokul mezunu	41	59	100
	Ortaokul mezunu	5	0	5
	Lise mezunu	28	1	29
	Fakülte/yüksekokul mezunu	55	2	57
	Diğer	1	0	1
Toplam		139	115	254
Evde kalınan kişi	Tek başına	25	16	41
	Eşi ile birlikte	68	66	134
	Çocuklarla birlikte	7	9	16
	Eş ve çocuklarla birlikte	31	20	51
	Diğer (anne-baba ile)	8	4	12
Toplam		139	115	254

Katılımcıların %75,6’sı evli (192 kişi), %21,7’sinin eşi vefat etmiş (55 kişi), 1 kişi hiç evlenmemiş, 6 kişi de boşanmış bireylerden oluşmaktadır.

Genel olarak eğitim durumuna bakıldığında kentte yaşayanların eğitim seviyesinin daha yüksek yani mezun oldukları okulun düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılardan 41 kişi (%16,1) yalnız yaşamaktadırlar. Eşi ile birlikte yaşayanların sayısı 134 kişi (%52,8), çocuklarla birlikte yaşayanların sayısı 16 (%6,3), eş ve

çocuklarla kalanların sayısı 51 (%20,1) ve diğer gruba girenlerin sayısı ise 12 kişi (%4,7) olarak bulunmuştur.

Tek başına yaşayan toplam 41 kişinin 25 kişisi (%61) kentte yaşarken 16 kişisi (%39) kırsalda yaşamaktadır. Başka bir ifade ile kentte yaşayan yaşlıların %18'i yalnız yaşarken kırsalda yaşayan yaşlıların %13,9'u yalnız yaşamaktadırlar.

Araştırmada, yaşlıların gelir durumlarını, kişisel sağlık durumlarını ve yaşlılık ile ilgili algılarını öğrenmek amacıyla Katılımcı Bilgileri formu yardımıyla çeşitli sorular sorulmuştur. Bu sorular ve verilen cevaplar Tablo 3.2'de verilmiştir.



Tablo 3.2. Katılımcıların Gelir, Sağlık ve Yaşlılık Algısı Durumları

		Yaşanılan yer		Toplam
		Kent	Kırsal	
Gelir	Çok kötü	16	11	27
	Kötü	26	17	43
	Ne iyi-Ne kötü / Orta	80	36	116
	İyi	17	49	66
	Çok iyi	0	2	2
	Toplam	139	115	254
Sağlık	Var	119	91	210
	Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı?	20	24	44
	Yok	139	115	254
	Toplam	139	115	254
	Var	116	92	208
	Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?	23	23	46
	Yok	139	115	254
	Toplam	139	115	254
	Çok kötü	1	5	6
	Kötü	15	19	34
Yaşlılık Algısı	Ne iyi-Ne kötü/Orta	18	27	45
	İyi	94	57	151
	Çok iyi	11	7	18
	Toplam	139	115	254
	Çok kötü	5	7	12
	Kötü	16	25	41
Yaşlılık Algısı	Orta/bir fikrim yok	31	31	62
	İyi	70	46	116
	Çok iyi	17	6	23
	Toplam	139	115	254
	Kendimi yaşlı bulmuyorum	59	9	68
	Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	47	44	91
	Orta yaşlı	30	49	79
	Yaşlı	3	13	16
	Çok yaşlı	139	115	254
	Toplam	139	115	254

Katılımcıların %10,6'sı (27 kişi) gelirini çok kötü olarak bildirirken, sırasıyla %16,9'u (43 kişi) gelirini kötü, %45,7'si (116 kişi) ne iyi-ne kötü/orta, %26'sı (66 kişi) iyi ve %0,8'i (2 kişi) çok iyi olarak bildirmiştir. Kır-Kent ayrımına gelir algısı yönünden bakıldığında kentte yaşayan yaşlıların 16'sı gelirini çok kötü olarak bildirmiştir. Ayrıca kentte yaşayan yaşlıların 26'sı gelirini kötü olarak bildirirken 80'i ne iyi-ne kötü/orta olarak, 17'si iyi olarak bildirmiştir. Kentte yaşayan yaşlılar arasında gelirini çok iyi olarak bildiren bulunmamaktadır.

Araştırmada katılımcıların sağlık durumunu ve kişisel sağlık algısını belirlemek amacıyla Katılımcı Bilgileri formunda üç adet soru yöneltilmiştir. Bunlar: Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? , Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? ve son olarak Genel olarak sağlığınıızı nasıl değerlendirirsiniz? sorularından oluşmaktadır. Toplam katılımcıların %82,7'si (210 kişi) kronik bir rahatsızlığı olduğunu bildirmiştir. Kronik rahatsızlığı olan yaşlıların %56,7'si (119 kişi) kentte yaşarken %43,3'ü (91 kişi) ise kırsalda yaşamaktadır.



Katılımcıların cinsiyet ve yaşanılan yere göre kronik rahatsızlık durumları Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kronik Rahatsızlık Durumu

Kadın Cinsiyet			Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı?		Toplam
			Var	Yok	
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	56	6	62
	Yaşanılan yer içinde % Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde % Toplam %		90,3	9,7	100,0
			54,9	37,5	52,5
			47,5	5,1	52,5
	Kırsal	Sayı	46	10	56
	Yaşanılan yer içinde % Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde % Toplam %		82,1	17,9	100,0
			45,1	62,5	47,5
		39,0	8,5	47,5	
Toplam	Sayı	102	16	118	
	Yaşanılan yer içinde %	86,4	13,6	100,0	
	Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde %	100,0	100,0	100,0	
	Toplam %	86,4	13,6	100,0	
Erkek Cinsiyet			Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı?		Toplam
			Var	Yok	
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	63	14	77
	Yaşanılan yer içinde % Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde % Toplam %		81,8	18,2	100,0
			58,3	50,0	56,6
			46,3	10,3	56,6
	Kırsal	Sayı	45	14	59
	Yaşanılan yer içinde % Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde % Toplam %		76,3	23,7	100,0
			41,7	50,0	43,4
		33,1	10,3	43,4	
Toplam	Sayı	108	28	136	
	Yaşanılan yer içinde %	79,4	20,6	100,0	
	Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? İçinde %	100,0	100,0	100,0	
	Toplam %	79,4	20,6	100,0	

Araştırmaya katılan toplam 136 erkek katılımcının %79,4'ü (108 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirirken, araştırmaya katılan toplam 118 kadın katılımcının %86,4'ü (102 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirmiştir. Ayrıca kentte yaşayan ve araştırmaya katılan kadın yaşlıların %90,3'ü (56 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirirken kırsalda yaşayan kadın yaşlıların %82,1'i (46 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirmiştir. Kentte yaşayan erkek yaşlıların %81,8'i (63 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirirken kırsalda yaşayan erkek yaşlıların %76,3'ü (45 kişi) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların %81,9'u (208 kişi) düzenli olarak ilaç kullandığı bildirmiştir. Bunların %45,7'si (116 kişi) kentte yaşarken %36,2'si (92 kişi) kırsalda yaşamaktadır. Cinsiyet bağlamında bakıldığında düzenli olarak ilaç kullanan kadınların sayısı 104, erkeklerin sayısı 104 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyet ve yaşadıkları yere göre düzenli olarak ilaç kullanım durumları Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Düzenli Olarak İlaç Kullanım Durumu

Kadın Cinsiyet			Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?		Toplam	
			Var	Yok		
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	55	7	62	
	Yaşanılan yer içinde % Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde % Toplam %		88,7 52,9 46,6	11,3 50,0 5,9	100,0 52,5 52,5	
		Kırsal	Sayı	49	7	56
		Yaşanılan yer içinde % Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde % Toplam %		87,5 47,1 41,5	12,5 50,0 5,9	100,0 47,5 47,5
	Toplam		Sayı	104	14	118
			Yaşanılan yer içinde %	88,1	11,9	100,0
		Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde %	100,0	100,0	100,0	
		Toplam %	88,1	11,9	100,0	

Erkek Cinsiyet			Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?		Toplam	
			Var	Yok		
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	61	16	77	
	Yaşanılan yer içinde % Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde % Toplam %		79,2 58,7 44,9	20,8 50,0 11,8	100,0 56,6 56,6	
		Kırsal	Sayı	43	16	59
		Yaşanılan yer içinde % Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde % Toplam %		72,9 41,3 31,6	27,1 50,0 11,8	100,0 43,4 43,4
	Toplam		Sayı	104	32	136
			Yaşanılan yer içinde %	76,5	23,5	100,0
		Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? İçinde %	100,0	100,0	100,0	
		Toplam %	76,5	23,5	100,0	

Kentte yaşayan kadın yaşlılar arasında düzenli olarak ilaç kullandığını bildirenlerin oranı %88,7 (55 kişi) iken kırsalda yaşayan kadın yaşlıların oranı %87,5 (49 kişi) olarak bulunmuştur. Kentte yaşayan erkek yaşlılar arasında düzenli olarak ilaç kullandığı

bildirenlerin oranı %79,2 (61 kişi) iken kırsalda ki düzenli olarak ilaç kullanan erkek yaşlıların oranı %72,9 (43 kişi) olarak bulunmuştur.

Yaşlılar arasında kentte yaşayan kadınlar kırsalda yaşayan kadınlara göre genel olarak sağlıklarını görece daha iyi olarak algıladıklarını bildirmişlerdir. Aynı durumun yani sübjektif sağlık algısının kentte yaşayan erkeklerde kırsalda yaşayan erkeklere göre daha iyi olarak değerlendirildiğı görölmektedir.



Katılımcıların cinsiyet ve yaşanılan yere göre kişisel sağlık algıları Tablo 3.5’de gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kişisel Sağlık Algıları Durumu

		Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?					Toplam
		Çok kötü	Kötü	Ne iyi-Ne kötü/Orta	İyi	Çok iyi	
Kadın Cinsiyet							
Yaşanılan yer	Kent Sayı	1	11	7	39	4	62
	Yaşanılan yer içinde %	1,6	17,7	11,3	62,9	6,5	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	50	42,3	28	63,9	100	52,5
	Toplam %	0,8	9,3	5,9	33,1	3,4	52,5
	Kırsal Sayı	1	15	18	22	0	56
	Yaşanılan yer içinde %	1,8	26,8	32,1	39,3	0	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	50	57,7	72	36,1	0	47,5
	Toplam %	0,8	12,7	15,3	18,6	0	47,5
Toplam							
	Sayı	2	26	25	61	4	118
	Yaşanılan yer içinde %	1,7	22	21,2	51,7	3,4	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	100	100	100	100	100	100
	Toplam %	1,7	22	21,2	51,7	3,4	100
		Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?					Toplam
		Çok kötü	Kötü	Ne iyi-Ne kötü/Orta	İyi	Çok iyi	
Erkek Cinsiyet							
Yaşanılan yer	Kent Sayı	0	4	11	55	7	77
	Yaşanılan yer içinde %	0	5,2	14,3	71,4	9,1	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	0	50	55	61,1	50	56,6
	Toplam %	0	2,9	8,1	40,4	5,1	56,6
	Kırsal Sayı	4	4	9	35	7	59
	Yaşanılan yer içinde %	6,8	6,8	15,3	59,3	11,9	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	100	50	45	38,9	50	43,4
	Toplam %	2,9	2,9	6,6	25,7	5,1	43,4
Toplam							
	Sayı	4	8	20	90	14	136
	Yaşanılan yer içinde %	2,9	5,9	14,7	66,2	10,3	100
	Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?						
	İçinde %	100	100	100	100	100	100
	Toplam %	2,9	5,9	14,7	66,2	10,3	100

Araştırmaya katılan yaşlılardan 12 kişi (%4,7) yaşlılığı çok kötü olarak değerlendirmiştir. Yaşlılığı, 41 kişi (%16,1) kötü, 62 kişi (%24,4) orta/bir fikrim yok, 116 kişi

(%45,7) iyi ve 23 kişi de (%9,1) çok iyi olarak değerlendirmiştir. Genel olarak kentte yaşayan yaşlıların yaşlılığı daha olumlu değerlendirdikleri ve algıladıkları görülmektedir.

Katılımcıların yaşlılık ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 3.6’da verilmiştir.

Tablo 3.6. Katılımcıların Yaşlılık ile İlgili Değerlendirmeleri

Yaşlılığı nasıl değerlendirirsiniz?				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Çok kötü	12	4,7	4,7	4,7
Kötü	41	16,1	16,1	20,9
Orta/bir fikrim yok	62	24,4	24,4	45,3
İyi	116	45,7	45,7	90,9
Çok iyi	23	9,1	9,1	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Katılımcılara, yaşlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda kendini yaşlı bulmayanların oranı %26,8 (68 kişi) idi. Araştırmaya katılanlar arasında kendisini orta yaşlı olarak değerlendirenlerin oranı %35,8 (91 kişi), yaşlı olarak değerlendirenlerin oranı %31,1 (79 kişi) ve son olarak kendisini çok yaşlı olarak değerlendirenlerin oranı %6,3 (16 kişi) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların kendi yaşlarını algılama durumları Tablo 3.7’de verilmiştir.

Tablo 3.7. Katılımcıların Kendi Yaşlarını Algılama Durumları

Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Kendimi yaşlı bulmuyorum	68	26,8	26,8	26,8
Orta yaşlı	91	35,8	35,8	62,6
Yaşlı	79	31,1	31,1	93,7
Çok yaşlı	16	6,3	6,3	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Kentte yaşayan erkek yaşlıların %42,9’u (33 kişi) kendini yaşlı bulmadığını belirtirken kırsalda yaşayan erkek yaşlıların %15,3’ü (9 kişi) kendini yaşlı bulmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan yaşlılar arasında kendini yaşlı bulmadığı belirten kadınların tamamı (26 kişi) kentte yaşamaktadır yani kadınlar arasında kırsalda “kendimi yaşlı bulmuyorum” olarak değerlendiren hiç kimse bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlılar arasında kentte yaşayanların yaşlılık algısının kırsaldaki yaşlılara göre görece daha olumlu olduğu söylenebilir.

Yaşlıların kadın cinsiyet ve yaşanılan yere göre kendi yaşlarını değerlendirme durumları Tablo 3.8’de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Kadın Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kendi Yaşlarını Değerlendirme Durumu

Kadın Cinsiyet			Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?				Toplam
			Kendimi yaşlı bulmuyorum	Orta yaşlı	Yaşlı	Çok yaşlı	
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	26	18	16	2	62
		Yaşanılan yer içinde %	41,9	29	25,8	3,2	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	100	51,4	33,3	22,2	52,5
		Toplam %	22	15,3	13,6	1,7	52,5
	Kırsal	Sayı	0	17	32	7	56
		Yaşanılan yer içinde %	0	30,4	57,1	12,5	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	0	48,6	66,7	77,8	47,5
		Toplam %	0	14,4	27,1	5,9	47,5
	Toplam	Sayı	26	35	48	9	118
		Yaşanılan yer içinde %	22	29,7	40,7	7,6	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	100	100	100	100	100
		Toplam %	22	29,7	40,7	7,6	100

Yaşlıların erkek cinsiyet ve yaşanılan yere göre kendi yaşlarını değerlendirme durumları Tablo 3.9’da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Erkek Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Yaşlıların Kendi Yaşlarını Değerlendirme Durumu

Erkek Cinsiyet			Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?				Toplam
			Kendimi yaşlı bulmuyorum	Orta yaşlı	Yaşlı	Çok yaşlı	
Yaşanılan yer	Kent	Sayı	33	29	14	1	77
		Yaşanılan yer içinde %	42,9	37,7	18,2	1,3	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	78,6	51,8	45,2	14,3	56,6
		Toplam %	24,3	21,3	10,3	0,7	56,6
	Kırsal	Sayı	9	27	17	6	59
		Yaşanılan yer içinde %	15,3	45,8	28,8	10,2	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	21,4	48,2	54,8	85,7	43,4
		Toplam %	6,6	19,9	12,5	4,4	43,4
	Toplam	Sayı	42	56	31	7	136
		Yaşanılan yer içinde %	30,9	41,2	22,8	5,1	100
		Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? İçinde %	100	100	100	100	100
		Toplam %	30,9	41,2	22,8	5,1	100

3.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların Yaşam Kalitesi (YK) ortalaması $83,6339 \pm 10,95498$ puan olarak bulunmuştur.

Katılımcıların YK skoru ortalaması ve verilerin dağılım değerleri Tablo 3.10’da verilmiştir.

Tablo 3.10. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ortalaması ve Verilerin Dağılım Değerleri

İstatistik		Standart Hata
Yaşam Kalitesi Düzeyi	Ortalama	83,6339
	Medyan	83,0000
	Standart Sapma	10,95498
	Minimum	56,00
	Maksimum	118,00
	Çarpıklık	,418
	Basıklık	,448

Yaşam kalitesi verilerinin basıklık, çarpıklık ve dağılım değerleri parametrik testler için uygunluk göstermektedirler ancak normallik testine göre dağılım normal değildir. Örneklem büyüklüğü yeterli olduğu için merkezi limit teorimi dikkate alınarak dağılım normal kabul edilmiş ve parametrik testler yapılmıştır.

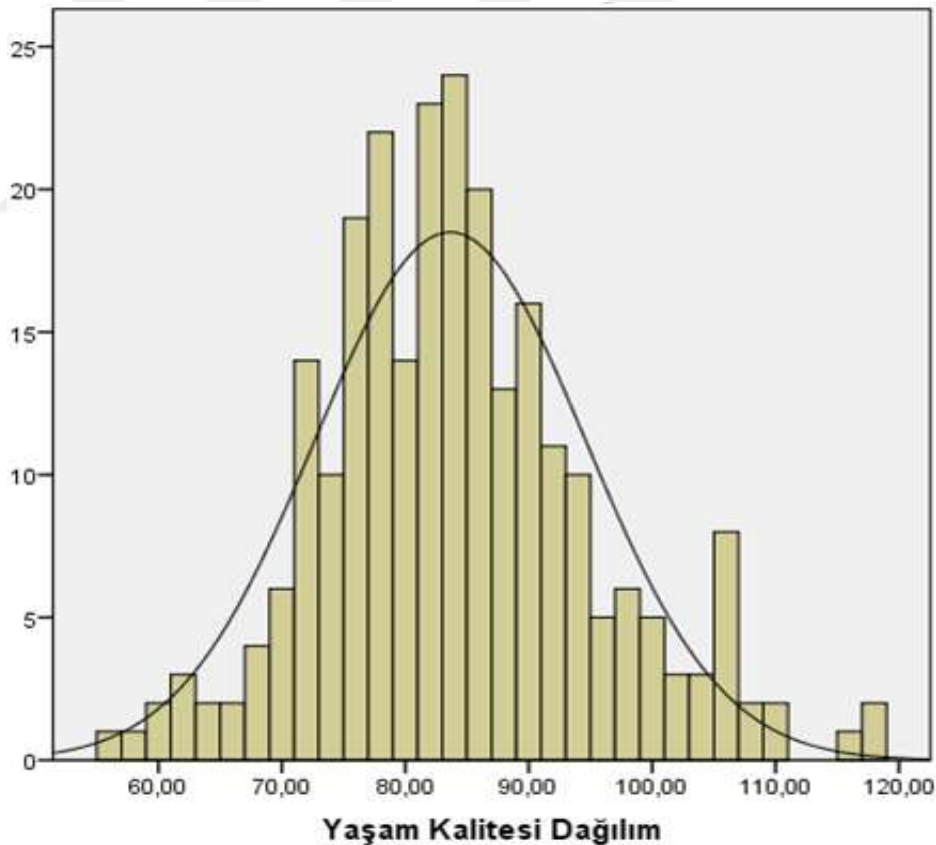
YK normallik testi verileri Tablo 3.11’de verilmiştir.

Tablo 3.11. Yaşam Kalitesi Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Yaşam Kalitesi	,072	254	,003	,984	254	,005

a. Lilliefors signifikans korektörü

Katılımcıların verdiği cevaba göre YK dağılım grafiği Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1 Yaşam Kalitesi Dağılım Grafiği

Araştırmaya katılanların yaşam kalitesine kırsal ve kent bağlamında bakıldığında kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ortalaması ($86,4957 \pm 12,10363$) kentte yaşayanlara göre ($81,2662 \pm 9,30215$) daha yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların yaşadıkları yer ve cinsiyete göre YK düzeyi Tablo 3.12’de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. Katılımcıların Yaşadıkları Yere ve Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Düzeyi

	Yaşadıkları yer	İstatistik	Standart Hata
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kent	Ortalama	81,2662
		Medyan	81
		Standart Sapma	9,30215
		Minimum	56
		Maksimum	105
	Kırsal	Ortalama	86,4957
		Medyan	85
		Standart Sapma	12,10363
		Minimum	58
		Maksimum	118
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Cinsiyet		Standart Hata
	Erkek	Ortalama	84,2721
		Medyan	83
		Standart Sapma	11,56333
		Minimum	58
		Maksimum	118
	Kadın	Ortalama	82,8983
		Medyan	82
		Standart Sapma	10,20842
		Minimum	56
		Maksimum	108

Erkeklerin yaşam kalitesi ortalamasının ($84,2721 \pm 11,56333$) kadınların ($82,8983 \pm 10,20842$) ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşanılan yer bağlamında YK düzeyi ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3.13’de verilmiştir.

Tablo 3.13. Yaşam Kalitesi ve Yaşanılan Yer İçin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Yaşanılan yer	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
Yaşam Kalitesi	Kent	139	81,2662	9,30215	,78900
	Kırsal	115	86,4957	12,10363	1,12867

Araştırmaya katılan yaşlılar arasında kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ortalaması ($86,4957 \pm 12,10363$) kentte yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ortalamasından ($81,2662 \pm 9,30215$) daha yüksek bulunmuştur. Bağımsız örneklem t-testi analiz sonucuna göre yaşanılan yer ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. ($t=3,797$, $df=211,014$, $p=,0001$)

YK ve yaşanılan yer arasındaki ilişki Tablo 3.14’te gösterilmiştir.

Tablo 3.14. Yaşam Kalitesi ile Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki

	Levene Varyans Eşitliği Testi		Ortalama eşitliği t-testi						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-kuyruklu)	Ortalama fark	Standart hata farkı	95% Güven aralığı farkı	
								Alt	Üst
Yaşam Kalitesi	6,034	,015	-3,797	211,014	,001	-5,22947	1,37710	-7,94411	-2,51482

3.3. Katılımcıların Depresyon Düzeyleri

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların GDÖ skoru ortalaması $9,0906 \pm 7,32879$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların GDÖ değeri verileri Tablo 3.15’te gösterilmiştir.

Tablo 3.15. Tüm Katılımcıların GDÖ Değeri Verileri

		İstatistik	Standart Hata
Geriatrik Depresyon Ölçeği	Ortalama	9,0906	,45985
	Medyan	7,0000	
	Standart Sapma	7,32879	
	Minimum	0,00	
	Maksimum	29,00	

Kentte yaşayan yaşlıların GDÖ skoru ortalaması $8,1942 \pm 6,30146$ olarak bulunurken kırsalda yaşayan yaşlıların GDÖ skoru ortalaması $10,1739 \pm 8,30479$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşadıkları yer ve cinsiyete göre GDÖ verileri Tablo 3.16’da gösterilmiştir.

Tablo 3.16. Katılımcıların Yaşadıkları Yere ve Cinsiyete Göre GDÖ Verileri

Yaşanılan yer			İstatistik	Standart Hata
Geriatrik Depresyon Ölçeği	Kent	Ortalama	8,1942	,53448
		Medyan	6,0000	
		Standart Sapma	6,30146	
		Minimum	0,00	
		Maksimum	26,00	
		Kırsal	Ortalama	10,1739
		Medyan	7,0000	
		Standart Sapma	8,30479	
		Minimum	0,00	
		Maksimum	29,00	
Cinsiyet			İstatistik	Standart Hata
Geriatrik Depresyon Ölçeği	Erkek	Ortalama	7,2132	,57946
		Medyan	5,0000	
		Standart Sapma	6,75761	
		Minimum	0,00	
		Maksimum	29,00	
		Kadın	Ortalama	11,2542
		Medyan	10,0000	
		Standart Sapma	7,39159	
		Minimum	0,00	
		Maksimum	26,00	

Araştırmaya katılan kadınların ortalama GDÖ skoru $11,2542 \pm 7,39159$ iken erkeklerin ortalama GDÖ skoru $7,2132 \pm 6,75761$ olarak bulunmuştur.

Depresyon durumu, kesme skoru olan 14’ün altında kalan yaşlılarda depresyon yok, 14 ve yukarı skora sahip olanlarda depresyon var olarak belirlenmektedir. Bu skora göre yani kesme skoru olan 14’e göre sınıflandırıldığında katılımcıların %24,8’inde (63 kişi) depresyon olduğu görülmektedir. Depresyonu olan kişilerin %41,3’ü kentte yaşarken (26 kişi), %58,7’si kırsalda (37 kişi) yaşamaktadır. Başka bir ifade ile kırsalda yaşayan katılımcıların %32,2’sinde depresyon bulunmaktayken kentte yaşayan yaşlıların %18,7’sinde depresyon bulunmaktadır.

Toplam 118 kadın katılımcının %34,7’sinde (41 kişi) depresyon bulunmaktadır. Toplam 136 erkek katılımcının %16,2’sinde (22 kişi) depresyon bulunmaktadır. Başka bir

ifadeyle depresyon bulunan toplam 63 kişi içinde kadınların sayısı 41 kişiden (%65,1) oluşurken erkeklerin sayısı 22 kişiden (%34,9) oluşmaktadır. Depresyon bulunan kişiler arasında kadınların sayısının ve oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.4. Model 1 ve Depresyona Etkisi

YK, altı adet alt boyuttan oluşmaktadır ve bu alt boyutlar içinde depresyona etkisi olanlar bağımsız değişken olarak Model 1'i oluşturmaktadırlar.

Araştırmada kullanılan Model 1'in bağımsız değişkenleri Tablo 3.17'de gösterilmiştir.

Tablo 3.17. Model 1 Bağımsız Değişkenleri

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 1 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Duyusal İşlevler Özerklik Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Sosyal Katılım Ölüm ve Ölmek Yakınlık	Depresyon

Araştırmada kullanılan WHOQOL-OLD.TR ölçeğini oluşturan alt boyutların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3.18'de gösterilmektedir.

Tablo 3.18. WHOQOL-OLD.TR Alt Boyutlar Değerleri ve GDÖ Skoru

	Ortalama	Standart Sapma	Sayı (N)
GDÖ Skoru	9,0906	7,32879	254
Duyusal İşlevler Skoru	10,5236	3,49102	254
Özerklik Skoru	15,7087	2,75942	254
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Skoru	15,6614	2,75400	254
Sosyal Katılım Skoru	14,0157	3,39375	254
Ölüm ve Ölmek Skoru	9,9331	5,77163	254
Yakınlık Skoru	17,7913	2,26499	254

Boyut değerleri katılımcıların sorulara verdiği yanıtlara göre 4 ile 20 puan arasında değişebilmektedir ve puan yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyi de yükselmektedir. Bu bağlamda en düşük değer $9,9331 \pm 5,77163$ ile ölüm ve ölmek alt boyutuna ait olurken en yüksek değer $17,7913 \pm 2,26499$ ile yakınlık alt boyutuna aittir.

Alt boyutlardan hangilerinin GDÖ skoru üzerinde etkisinin olduğunu hangilerinin etkisinin olmadığını belirleyebilmek için Adımsal (Stepwise) Regresyon analizi yapılmıştır ve analiz sonucunda Sosyal Katılım, Özerklik ve Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri alt

boyutlarının GDÖ skoru üzerinde etkisinin olduğu diğer alt boyutların yani Duyusal İşlevler, Ölüm ve Ölmek, Yakınlık alt boyutlarının GDÖ üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yaşam Kalitesinin alt boyutlarından oluşan ve GDÖ skorunu etkileyen model “Model 1” olarak adlandırılmıştır.

Sosyal Katılım, Özerklik ve Geçmiş, Bugün Gelecek Faaliyetleri alt boyutlarının bir arada bulunduğu bir model olan Model 1, GDÖ skorunu %45 oranında açıklayabilmektedir. Başka bir deyişle bir kişiye ait bu üç alt boyutun değerleri bilinirse, kişinin GDÖ skoru %45 oranında tahmin edilebilir. Ayrıca, Sosyal Katılım ve Özerklik boyutları birlikte olduğunda GDÖ skoru %42,4 oranında açıklanabilirken, Sosyal Katılım alt boyutu, GDÖ skorunu %31,3 oranında açıklayabilmektedir.

Sosyal katılım, özerklik ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetlerinin GDÖ skoru üzerindeki etki oranları Tablo 3.19’da gösterilmiştir.

Tablo 3.19. Sosyal Katılım, Özerklik ve Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetlerinin (Model 1) GDÖ Üzerindeki Etki Oranları

Model Özeti^d					
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Tahmin Standart Hatası	Durbin-Watson
1	,562 ^a	,316	,313	6,07321	
2	,655 ^b	,429	,424	5,56232	
3	,675 ^c	,456	,450	5,43673	1,865

a. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım

b. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım, Özerklik

c. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım, Özerklik, Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri

d. Bağımlı Değişken: GDÖ

Değişkenlerin bir arada bulunduğu Model 1’in GDÖ skoru üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlılığı incelenmiş ve analizler sonucunda belirlenen yaşam kalitesi alt boyutlarının GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (df=250, F= 69,913, p=,0001).

Model 1 için yapılan ANOVA testi verileri Tablo 3.20’de gösterilmiştir.

Tablo 3.20. Model 1 için ANOVA testi

ANOVA ^d						
Adım		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Regresyon	4294,167	1	4294,167	116,424	,001 ^a
	Kalan	9294,751	252	36,884		
	Toplam	13588,917	253			
2	Regresyon	5823,130	2	2911,565	94,105	,001 ^b
	Kalan	7765,787	251	30,939		
	Toplam	13588,917	253			
3	Regresyon	6199,420	3	2066,473	69,913	,001 ^c
	Kalan	7389,497	250	29,558		
	Toplam	13588,917	253			

a. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım

b. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım, Özerklik

c. Belirleyiciler: (Sabit), Sosyal Katılım, Özerklik, Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri

d. Bağımlı Değişken: GDÖ

Model 1 için yapılan adımsal (stepwise) regresyon analizi sonuçları Tablo 3.21’de gösterilmiştir.

Tablo 3.21. Model 1 için Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları

Adım		B	t	Anlamlılık
1		26,105	16,092	,001
	Sosyal Katılım	-1,214	-10,79	,001
2		36,841	17,29	,001
	Sosyal Katılım	-0,881	-7,77	,001
	Özerklik	-0,98	-7,03	,001
3		39,798	17,755	,001
	Sosyal Katılım	-0,727	-6,106	,001
	Özerklik	-0,728	-4,744	,001
	Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	-0,58	-3,568	,001

Bağımlı Değişken: GDÖ

Belirlenen modelde birinci adımda GDÖ skorunu belirlemede etkili faktör olarak Sosyal Katılım alt boyutu tespit edilmiştir. Bireylerin Sosyal Katılım skorundaki bir puanlık artışı GDÖ skorunu 1,214 puan azaltmaktadır ($B = -1,214$, $t = -10,79$, $p = 0,001$).

İkinci adımda Sosyal Katılım ve Özerklik faktörleri etkili olarak tespit edilmiştir. Bireylerin Sosyal Katılım skorundaki bir puanlık artışı GDÖ skorunu 0,881 puan azaltmaktadır ($B = -0,881$, $t = -7,77$, $p = 0,001$). Özerklik skorundaki bir puanlık artış ise GDÖ skorunu 0,98 puan azaltmaktadır ($B = -0,98$, $t = -7,03$, $p = 0,001$).

Üçüncü adımda Sosyal Katılım ve Özerklik ve Geçmiş Bugün Gelecek Faaliyetleri faktörleri etkili olarak tespit edilmiştir. Bu modelde yaşlı bireylerin Sosyal Katılım skorundaki bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,727 puan azaltmaktadır ($B = -0,727$, $t = -4,106$, $p = 0,001$). Özerklik skorundaki bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,728 puan azaltmaktadır ($B = -0,728$, $t = -4,744$, $p = 0,001$) ve Geçmiş Bugün Gelecek Faaliyetleri skorundaki bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,58 puan azaltmaktadır ($B = -0,58$, $t = -3,568$, $p = 0,001$).

3.5. Model 2 ve Depresyona Etkisi

Yaşam Kalitesi (YK) skoru, cinsiyet ve yaşanılan yer değişkenlerinden oluşan bu model “Model 2” olarak adlandırılmıştır. Cinsiyet için referans “kadın” ve yaşanılan yer için referans “kırsal” alınmıştır.

Diğer modeller Model 2’yi kendi modelleri içinde barındırmaktadırlar. Analiz için oluşturulan diğer modellerde de cinsiyet için referans “kadın” ve yaşanılan yer için referans “kırsal” alınmıştır.

Model 2’yi oluşturan bağımsız değişkenler Tablo 3.22’de gösterilmiştir.

Tablo 3.22. Model 2 Bağımsız Değişkenleri

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 2	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer	Depresyon

Model 2, GDÖ skorunu %27,2 oranında açıklayabilmektedir. YK skoru, cinsiyet ve yaşanılan yer bilindiği takdirde GDÖ skoru %27,2 oranında tahmin edilebilmektedir (Düzeltilmiş $r^2 = 0,272$).

Model 2’in GDÖ skoru üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($df = 250$, $F = 32,556$, $p = 0,0001$).

Model 2 için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.23'te gösterilmiştir.

Tablo 3.23. Model 2 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	t	Anlamlılık
1	37,987	11,680	,001
YK	-,301	-8,122	,001
Erkek	-3,489	-4,420	,001
Kent	-3,410	-4,196	,001

Bağımlı Değişken: GDÖ

Oluşturulan modelde GDÖ skorunu belirlemede YK, cinsiyet ve yaşanılan yer etkili faktörler olarak tespit edilmiştir. Bireylerin YK skorlarındaki her bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,301 puan azaltmaktadır (B= -0,301, t= -8,122, p= 0,001). Kadın olma durumuna kıyasla erkek olmak GDÖ skorunu 3,489 puan azaltmaktadır (B= -3,489, t= -4,420, p= 0,001). Kırsal alanda yaşamaya kıyasla kentte yaşamak GDÖ skorunu 3,410 puan azaltmaktadır (B= -3,410, t= -4,196, p= 0,001).

3.6. Model 3 ve Depresyona Etkisi

Model 3 içinde ya da başka bir ifade ile sosyo-ekonomik durum modelinde YK, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, yaş ve gelir bağımsız değişkenleri bulunmaktadır.

Model 3'ü oluşturan bağımsız değişkenler Tablo 3.24'te verilmiştir.

Tablo 3.24. Model 3 Bağımsız Değişkenleri

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 3 Sosyo-ekonomik durum	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Eğitim durumu Yaş Gelir	Depresyon

Eğitim durumu değişkeninde referans “okur-yazar değil” alınmıştır ayrıca “ortaokul mezunu” ve “lise mezunu” değişkenleri tek bir değişken olarak “ortaöğretim” değişkeni altında birleştirilirken “fakülte/yüksek okul mezunu” ve “diğer” değişkenleri “üniversite” değişkeni altında birleştirilmiştir. Cinsiyet ve yaşanılan yer için referans alınan değişkenler daha önceden belirtildiği gibi sırasıyla “kadın” ve “kırsal” değişkenleridir.

Katılımcıların eğitim durumu Tablo 3.25’te gösterilmiştir.

Tablo 3.25. Katılımcıların Eğitim Durumu

Eğitim durumu				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Okur-yazar değil	41	16,1	16,1	16,1
Okur-yazar	21	8,3	8,3	24,4
İlkokul mezunu	100	39,4	39,4	63,8
Ortaokul mezunu	5	2,0	2,0	65,7
Lise mezunu	29	11,4	11,4	77,2
Fakülte/yüksekokul mezunu	57	22,4	22,4	99,6
Diğer (askeri okul)	1	,4	,4	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 3.26’da gösterilmiştir.

Tablo 3.26. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Yaş				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
65-69	96	37,8	37,8	37,8
70-74	61	24,0	24,0	61,8
75-79	65	25,6	25,6	87,4
80-84	18	7,1	7,1	94,5
85 ve yukarısı	14	5,5	5,5	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Yaş değişkeni üç grup altında birleştirilmiştir. 65-69 yaş ile 70-74 yaş grupları birleştirilerek 65-74 yaş grubu şeklinde referans olarak alınmıştır. Aynı şekilde 75-79 yaş grubu ve 80-84 yaş grubu birleştirilmiş ve 75-84 yaş grubu oluşturulmuştur.

Katılımcıların gelir durumlarını değerlendirme algıları Tablo 3.27’de gösterilmiştir.

Tablo 3.27. Katılımcıların Gelir Durumu Algısı

Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Çok kötü	27	10,6	10,6	10,6
Kötü	43	16,9	16,9	27,6
Ne iyi-Ne kötü / Orta	116	45,7	45,7	73,2
İyi	66	26,0	26,0	99,2
Çok iyi	2	,8	,8	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Gelir durumu algısı da üç grup altında birleştirilmiştir. Çok kötü ve Kötü değişkenleri “gelir kötü” olarak birleştirilmiş ve analizlerde referans alınmıştır. Ayrıca iyi ve çok iyi değişkenleri birleştirilmiş “gelir iyi” değişkeni altında toplanmışlardır.

Model 3 ya da başka bir deyişle Sosyo-ekonomik durum GDÖ skorunu %36,9 düzeyinde açıklayabilmektedir. Model 3 içindeki değişkenlerin değeri bilindiği zaman GDÖ skoru %36,9 oranında hesaplanabilmektedir (Düzeltilmiş $r^2 = 0,369$).

Model 3’ün GDÖ skoru üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (df=242, F=14,437, p=,0001).

Model 3 için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.28’de gösterilmiştir.

Tablo 3.28. Model 3 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	t	Anlamlılık
1	37,658	11,819	,001
YK	-,255	-7,132	,001
Erkek	-2,907	-3,397	,001
Kent	-2,973	-2,703	,007
Sadece okuryazar	-2,853	-1,754	,081
İlköğretim	-,428	-,340	,734
Orta öğretim	-2,047	-1,196	,233
Üniversite	-2,790	-1,694	,091
Gelir orta	-3,135	-3,438	,001
Gelir iyi	-5,999	-5,662	,001
75-84 yaş	,370	,450	,653
85 yaş ve yukarısı	3,377	1,906	,058

Bağımlı Değişken: GDÖ

Oluşturulan Sosyo-demografik modelde (Model 3) YK skorundaki her bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,255 puan azaltmaktadır ($B = -0,255$, $t = -7,132$, $p = 0,001$). Kadın olma durumuna kıyasla erkek olmak GDÖ skorunu 2,907 puan azaltmaktadır ($B = -2,907$, $t = -3,397$, $p = 0,001$). Kırsal alanda yaşamaya kıyasla kentte yaşamak GDÖ skorunu 2,973 puan azaltmaktadır ($B = -2,973$, $t = -2,703$, $p = 0,007$).

Bu araştırmada, okur-yazar olmak ve eğitim seviyesinin, referans grubuna kıyasla GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Gelir durumunu kötü olarak algılamaya kıyasla gelir durumunu orta olarak algılamak GDÖ skorunu 3,135 puan azaltmaktadır ($B = -3,135$, $t = -3,438$, $p = 0,001$). Gelir durumunu iyi olarak algılama GDÖ skorunu 5,999 puan azaltmaktadır ($B = -5,999$, $t = -5,662$, $p = 0,001$).

Ayrıca, yaş gruplarının referans yaş grubuna kıyasla GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

3.7. Model 4 ve Depresyona Etkisi

Model 4 YK, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum ve evde kalınan kişi bağımsız değişkenlerinden oluşmaktadır.

Model 4'ü oluşturan bağımsız değişkenler Tablo 3.29'da gösterilmiştir.

Tablo 3.29. Model 4 Bağımsız Değişkenleri

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 4 Aile yapısı	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Medeni durum Evde Kalınan Kişi	Depresyon

Aile yapısı modeli olan Model 4'te medeni durum, evli olanlar ve evli olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Medeni durumu evli olarak bildirenlerin dışındaki kişiler evli olmayanlar adı altında toplanmıştır ve analizlerde referans olarak “evli olmayanlar” alınmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 3.30’da verilmiştir.

Tablo 3.30. Katılımcıların Medeni Durumu

Medeni durum				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Evli	192	75,6	75,6	75,6
Hiç evlenmemiş	1	,4	,4	76,0
Eşi vefat etmiş	55	21,7	21,7	97,6
Boşanmış	6	2,4	2,4	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Katılımcıların evde kalınan kişi ile GDÖ skoru arasındaki ilişki araştırılırken referans olarak “tek başına” kalanlar alınmıştır.

Katılımcıların, evde kalınan kişiye göre dağılımları Tablo 3.31’de verilmiştir.

Tablo 3.31. Katılımcıların Evde Kalınan Kişiye Göre Dağılımı

Evde kalınan kişi				
	Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Tek başına	41	16,1	16,1	16,1
Eşi ile birlikte	134	52,8	52,8	68,9
Çocuklarla birlikte	16	6,3	6,3	75,2
Eş ve çocuklarla birlikte	51	20,1	20,1	95,3
Diğer	12	4,7	4,7	100,0
Toplam	254	100,0	100,0	

Model 4 ya da başka bir deyişle Aile Yapısı GDÖ skorunu %28,6 düzeyinde açıklayabilmektedir yani Model 4 içindeki değişkenlerin değeri bilindiği zaman GDÖ skoru %28,6 oranında hesaplanabilmektedir (Düzeltilmiş $r^2 = 0,286$).

Model 4’ün GDÖ skoru üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (df=253, F=13,669, p=,0001).

Model 4 için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.32’de gösterilmiştir.

Tablo 3.32. Model 4 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	t	Anlamlılık
1	37,193	10,966	,001
YK	-,294	-7,960	,001
Erkek	-2,844	-3,265	,001
Kent	-3,320	-4,093	,001
Evli	-,061	-,020	,984
Eş ile birlikte	-,692	-,208	,835
Çocuklar ile birlikte	4,019	2,176	,031
Eş ve çocuklar ile birlikte	,507	,150	,881
Diğer kişiler ile birlikte	-2,346	-,913	,362

Bağımlı Değişken: GDÖ

Model 4’te YK skorundaki her bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,294 puan azaltmaktadır (B= -0,294, t= -7,960, p= 0,001). Kadın olma durumuna kıyasla erkek olmak GDÖ skorunu 2,844 puan azaltmaktadır (B= -2,844, t= -3,265, p= 0,001). Kırsal alanda yaşamaya kıyasla kentte yaşamak GDÖ skorunu 3,320 puan azaltmaktadır (B= -3,320, t= -4,093, p= 0,001).

Evli olmama durumuna kıyasla evli olmanın GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Tek başına kalma durumuna kıyasla çocuklar ile birlikte kalmak GDÖ skorunu 4,019 puan arttırmaktadır (B= 4,019, t= 2,176, p= 0,031).

3.8. Model 5 ve Depresyona Etkisi

Sağlık modeli olan Model 5 içinde YK, cinsiyet, yaşanılan yer ve sağlık bağımsız değişkenleri bulunmaktadır.

Model 5’i oluşturan bağımsız değişkenler Tablo 3.33’te gösterilmiştir.

Tablo 3.33. Model 5 İçindeki Bağımsız Değişkenler

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 5 Sağlık	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Sağlık	Depresyon

Modelde sağlık durumu ve sübjektif sağlık algısını ölçmek için katılımcılara üç adet soru yöneltilmiştir. Bunlar: Doktor tarafından konulan bir kronik rahatsızlığınız var mı? , Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? ve Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Katılımcıların sağlık durumu Tablo 3.34’te gösterilmiştir.

Tablo 3.34. Katılımcıların Sağlık Durumu

		Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Kronik rahatsızlık	Var	210	82,7	82,7	82,7
	Yok	44	17,3	17,3	100,0
	Toplam	254	100,0	100,0	
İlaç kullanımı	Var	208	81,9	81,9	81,9
	Yok	46	18,1	18,1	100,0
	Toplam	254	100,0	100,0	
Sağlık değerlendirmesi	Çok kötü	6	2,4	2,4	2,4
	Kötü	34	13,4	13,4	15,7
	Ne iyi-Ne kötü/Orta	45	17,7	17,7	33,5
	İyi	151	59,4	59,4	92,9
	Çok iyi	18	7,1	7,1	100,0
	Toplam	254	100,0	100,0	

Model 5 ile ilgili analizlerde “kronik rahatsızlık yok” ve “ilaç kullanımı yok” referans olarak alınmıştır. Sağlık değerlendirmesinde “iyi” ve “çok iyi” yanıtları “sağlık iyi” değişkeni altında birleştirilmiştir. Ayrıca sübjektif sağlık değerlendirmesinde “çok kötü” ve “kötü” yanıtları “sağlık kötü” değişkeni altında birleştirilmiş olup analizlerde referans olarak alınmıştır. Dolayısıyla sübjektif sağlık değerlendirmesi “sağlık kötü”, “sağlık orta” ve “sağlık iyi” grupları olmak üzere üçe ayrılmıştır.

Model 5’i oluşturan bağımsız değişkenlerin birlikteliği GDÖ skorunu %42 oranında açıklayabilmektedir (Düzeltilmiş $r^2 = 0,420$).

Model 5’in GDÖ skoru üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (df= 246, F=27,181, p=0,0001).

Model 5 için yapılan doğrusal regresyon analizi sonucu Tablo 3.35’da gösterilmiştir.

Tablo 3.35. Model 5 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	t	Anlamlılık
1	35,299	11,159	,001
YK	-,213	-6,093	,001
Erkek	-2,179	-2,990	,003
Kent	-1,868	-2,459	,015
Kronik rahatsızlık var	1,145	,801	,424
İlaç kullanımı var	-,788	-,557	,578
Sağlık orta	-4,737	-3,818	,001
Sağlık iyi	-8,471	-7,776	,001

Bağımlı Değişken: GDÖ

Model 5’te YK skorundaki her bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,213 puan azaltmaktadır (B= -0,213, t= -6,093, p= 0,001). Kadın olma durumuna kıyasla erkek olmak GDÖ skorunu 2,179 puan azaltmaktadır (B= -2,179, t= -2,990, p= 0,003). Kırsal alanda yaşamaya kıyasla kentte yaşamak GDÖ skorunu 1,868 puan azaltmaktadır (B= -1,868, t= -2,459, p= 0,015).

Kronik bir rahatsızlığa sahip olmama durumuna kıyasla kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Düzenli ilaç kullanımı olmamaya kıyasla düzenli olarak ilaç kullanımı olma durumunun GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Sağlığını kötü olarak değerlendirme durumuna kıyasla sağlık durumunu orta olarak değerlendirmek GDÖ skorunu 4,737 puan azaltmaktadır (B= -4,737, t= -3,818, p= 0,001) ve sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmek ise GDÖ skorunu 8,471 puan azaltmaktadır (B= -8,471, t= -7,776, p= 0,001).

3.9. Model 6 ve Depresyona Etkisi

Model 6 içinde bağımsız değişken olarak YK, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu ve yaşlılık algısı değişkenleri bulunmaktadır.

Model 6'yı oluşturan bağımsız değişkenler Tablo 3.36'de gösterilmiştir.

Tablo 3.36. Model 6 İçindeki Bağımsız Değişkenler

Modeller	Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken
Model 6 Yaşlılık	Yaşam Kalitesi Cinsiyet Yaşanılan yer Yaşlılık Algısı	Depresyon

Yaşlılık algısı iki adet soru sorularak ölçülmüştür. Bunlar: Yaşlılığı nasıl değerlendirirsiniz? ve Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? sorularıdır.

Katılımcıların yaşlılık algısını değerlendirebilmek için sorulan sorulara verdikleri cevapların dağılımı Tablo 3.37'de gösterilmiştir.

Tablo 3.37. Katılımcıların Yaşlılık Algısı

		Frekans	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde %
Yaşlılığı nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü	12	4,7	4,7	4,7
	Kötü	41	16,1	16,1	20,9
	Orta/bir fikrim yok	62	24,4	24,4	45,3
	İyi	116	45,7	45,7	90,9
	Çok iyi	23	9,1	9,1	100,0
	Toplam	254	100,0	100,0	
Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Kendimi yaşlı bulmuyorum	68	26,8	26,8	26,8
	Orta yaşlı	91	35,8	35,8	62,6
	Yaşlı	79	31,1	31,1	93,7
	Çok yaşlı	16	6,3	6,3	100,0
	Toplam	254	100,0	100,0	

Katılımcıların yaşlılığı nasıl değerlendirirsiniz sorusuna verdikleri cevaplar üç grup altında birleştirilerek analiz edilmişlerdir. Cevaplar arasında bulunan “çok kötü” ve “kötü” yanıtları “yaşlılık kötü” altında birleştirilmiş ve analizlerde referans olarak alınmıştır. Katılımcıların bu soruya verdikleri “iyi” ve “çok iyi” cevapları “yaşlılık iyi” adı altında birleştirilmiştir. Orta/bir fikrim yok yanıtını verenlerde bir işlem yapılmamıştır.

Yaşınızı nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna verilen cevaplarda “yaşlı” grubu referans olarak alınmıştır.

Model 6'yı oluşturan değişkenlerin birlikteliği GDÖ skorunu %43,6 oranında açıklayabilmektedir (Düzeltilmiş $r^2 = 0,436$).

Model 6'nın GDÖ skoruna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($df= 245$, $F= 25,427$, $p= 0,0001$).

Model 6 için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.38'da gösterilmiştir.

Tablo 3.38. Model 6 için Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	B	t	Anlamlılık
1	28,507	9,011	,001
YK	-,143	-3,832	,001
Erkek	-2,546	-3,584	,001
Kent	-,611	-,735	,463
Orta/Bir fikrim yok	-4,237	-3,772	,001
Yaşlılık iyi	-6,331	-5,554	,001
Yaş değerlendirme / Kendimi yaşlı bulmuyorum	-2,586	-2,243	,026
Yaş değerlendirme / Orta yaşlı	-2,155	-2,229	,027
Yaş değerlendirme / Çok yaşlı	3,398	2,129	,034

Bağımlı Değişken: GDÖ

Model 6'da YK skorundaki her bir puanlık artış GDÖ skorunu 0,143 puan azaltmaktadır ($B= -0,143$, $t= -3,832$, $p= 0,001$). Kadın olma durumuna kıyasla erkek olmak GDÖ skorunu 2,546 puan azaltmaktadır ($B= -2,546$, $t= -3,584$, $p= 0,001$). Bu modelde kırsal alanda yaşamaya kıyasla kentte yaşamanın GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Yaşlılık kötü değerlendirmesine kıyasla yaşlılık orta/bir fikrim yok değerlendirmesi GDÖ skorunu 4,237 puan azaltmaktadır ($B= -4,237$, $t= -3,772$, $p= 0,001$). Yaşlılık iyi değerlendirmesi GDÖ skorunu 6,331 puan azaltmaktadır ($B= -6,331$, $t= -5,554$, $p= 0,001$).

Yaş değerlendirmesinde yaşlı durumuna kıyasla kendimi yaşlı bulmuyorum, GDÖ skorunu 2,586 puan azaltmaktadır ($B= -2,586$, $t= -2,243$, $p= 0,026$). Orta yaşlı, GDÖ skorunu 2,155 puan azaltmaktadır ($B= -2,155$, $t= -2,229$, $p= 0,027$) ve kendi yaşını çok yaşlı olarak değerlendirme durumu ya da algısı GDÖ skorunu 3,398 puan arttırmaktadır ($B= 3,398$, $t= 2,129$, $p= 0,034$).

SONUÇ

Yüksek doğurganlık ve ölümlülükten düşük doğurganlık ve ölümlülüğe geçiş olarak tanımlanan demografik geçişin bir sonucu olarak nüfusların yaş yapısında değişimler ortaya çıkmaktadır ve genel olarak tüm coğrafyalarda demografik geçişin farklı hızlarda gerçekleştiği görülmektedir.

Yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına göre daha hızlı büyümektedir yani yaşlı nüfusun artış hızı diğer yaş gruplarından daha fazladır. Özellikle 80 yaş ve yukarısının artış hızı oldukça yüksek seyretmektedir. 80 yaş ve yukarısının 2050 yılında dünya genelinde 434 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu sayı 2015 yılındaki sayının üç katından fazladır.

Dünya nüfusu 2003 yılından bu yana 1 milyar artmıştır ve 2017 yılı ortası itibariyle Dünya nüfusu yaklaşık 7,6 milyar kişiye ulaşmıştır. Birleşmiş Milletlerin bildirdiğine göre doğum sayılarındaki ve oranlarındaki düşüşe rağmen dünya nüfusunun 2030 yılında 8,5 milyar, 2050 yılında 9,7 milyar ve 2100 yılında 11,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlıların durumuna bakıldığı zaman 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2050 yılında 2,1 milyar, 2100 yılında ise 3,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bunun yanında 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısı daha önce de belirtildiği gibi 2050 yılında 434 milyon, 2100 yılında da 944 milyon olacağı tahmin edilmektedir.

2017 yılı itibariyle dünya nüfusunun %13'ü yaşlılardan oluşmaktadır yani 60 yaş üzeri kişilerin sayısı yaklaşık 962 milyon kişidir ve 60 yaş üzeri nüfus her yıl yaklaşık %3 oranında artmaktadır. Bu bağlamda, yaşlı kişilerin sayısının 2030 yılında 1,4 milyar, 2050 yılında 2,1 milyar ve 2100 yılında 3,1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

İnsanlar ağırlıklı olarak kentlerde yaşamaktadırlar. 2007 yılında dünya genelinde ilk kez kent nüfusunun, kırsal nüfusu sayısal olarak geçtiği bildirilmiştir ve kentlerdeki bu nüfus artışının ve kırsaldaki nüfus azalışının devam edeceği görülmektedir. 2014 yılında dünya nüfusunun %53,6'sının kentlerde yaşadığı bildirilmiştir. 2050 yılında dünya nüfusunun %66,37'sinin kentlerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Dünya genelinde 2000-2015 yılları arasında kentte yaşayan 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısı %68 artarken, kırsal da yaşayan 60 yaş üzeri kişilerin sayısı %25 artmıştır.

Türkiye'nin demografik yapısına bakıldığında TÜİK verilerine göre Türkiye nüfusu 1927 yılında 13 milyon 648 bin 270 kişiden oluşmaktaydı ve görece genç bir nüfus yapısı mevcuttu. 2016 yılında bu sayı 79 milyon 814 bin 871 olmuştur. Türkiye nüfusunun 2025 yılında 85 milyon 569 bin 125 kişiye, 2050 yılında ise 93 milyon 475 bin 575 kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ancak, 2075 yılında nüfusun düşeceği tahmin edilmektedir. Yıllar

içinde Türkiye nüfusu sayısal olarak artarken demografik yapı da bir dönüşüm geçirmektedir. Bu dönüşüm sayısal olarak yaşlılar lehine şeklinde gerçekleşmekte ve yaşlıların genel nüfus içinde sahip olduğu oran yükselmektedir. İleri ki yıllarda nüfus sayısının azalması yaşlıların genel nüfus içinde sahip oldukları payı azaltmayacak, tam tersine yaşlı oranlarını yükseltecektir. Bu bağlamda Türkiye’de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun tarihsel süreç içindeki sayısal değerlerine bakıldığında 1935 yılında 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı 628 bin 041 kişi ile toplam nüfus içindeki payı %3,9 idi. 2016 yılı itibariyle 6 milyon 651 bin 503 kişiye çıkan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısının toplam nüfusa oranı %8,3’e ulaşmıştır. Ayrıca 65+ yaş grubunda kadınların sayısı erkeklerden daha fazladır.

TÜİK verilerine göre 1927 yılı nüfusunun 3 milyon 305 bin 879 kişisi il ve ilçe merkezlerinde yaşarken, 10 milyon 342 bin 391 kişisi de kırsal olarak tanımlanan belde ve köylerde yaşamaktaydılar. Yani nüfusun büyük çoğunluğu kırsal bir yaşam sürmekteydiler. 2016 yılında ise Türkiye nüfusu 79 milyon 814 bin 871 kişiye ulaşmıştır ve kırsal nüfusu 6 milyon 143 bin 123 iken kent nüfusu 73 milyon 671 bin 748 kişiden oluşmaktadır. Daha önce değinilen çeşitli yasal düzenlemeler nedeniyle kırsal alanda yaşayan kişi sayısının sayısal olarak azalması aslında kırsal alanda yaşayan kişilerin varlığını ortadan kaldırmamaktadır. Yani daha önce köy veya belde olan yerleşim yerlerinin mahalle olarak değiştirilmesi orada yaşayan bireylerin kırsal bir yaşam sürdürdükleri gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır. Kırsal ve kentsel yaşam yerlerinin tam olarak belirlenememesinin altında yatan nedenlerden bir tanesi de bu yasal düzenlemeler olabilir.

2016 yılında yaklaşık 79,8 milyon olan Türkiye nüfusunun yaklaşık 6,6 milyonunu 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır ve bu nüfus içinde kadınların sayısı 3,7 milyon civarındadır. Kadınların yaşlılar içinde daha fazla paya sahip olmaları küresel bir durumdur ve Türkiye’de ki yaşlı yapısı da bu örüntüden farklı görünüm sergilememektedir. Özellikle 80 yaş ve üzeri bireyler arasında kadınların oranı oldukça yüksektir. Özellikle ülkemizde yaşlılar ile çalışan ya da yaşlılara hizmet veren tüm kişi ve kuruluşların göz önünde bulundurması gereken bir gerçek olarak durmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı il olan Antalya’nın nüfus yapısına bakıldığında ADNKS sonuçlarına göre Antalya nüfusu 2007 yılında 1 milyon 789 bin 295 kişiden oluşmaktaydı ve 65+ yaş grubunun nüfusa oranı %6,3 idi. 2016 yılında bu oran %7,7’ye yükselmiştir.

Antalya ilinin Konyaaltı ilçesine bağlı Altinkum mahallesi nüfusu 8 bin 312 kişiden oluşmaktadır. Kent merkezinde bulunan bu mahallede yaşayanlar sağlık hizmeti almak için Altinkum Mahallesi Aile Sağlığı Merkezini kullanmaktadırlar. Adrasan mahallesi ise Kumluca ilçesine bağlı ve nüfusu 2 bin 377 olan ve kırsal yaşamın sürdürüldüğü bir

mahalledir. Adrasan mahallesi, bağılı bulunduğu Kumluca ilçesine 25 km, Antalya iline ise 95 km uzaklıkta bulunmaktadır. Adrasan mahallesi sakinleri sağlık hizmeti almak için Adrasan Aile Sağlığı Merkezini kullanmaktadırlar.

Araştırma özellikle iki kavram üzerine kurulmuştur. Bunlardan biri “Yaşam Kalitesi” kavramı diğeri de “Depresyon” dur. Yaşam Kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü’nün 1946 yılında yaptığı daha geniş ve kapsamlı bir tanımlamadan sonra üzerinde çok sık durulan ve çalışılan bir kavram olmuştur. Özellikle yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde birçok çalışmanın yapılmasının nedeni olarak yaşlı nüfusun her geçen gün artması şeklinde ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi hem objektif hem de subjektif açıdan değerlendirilmek mümkündür. Objektif boyutun içinde sosyo-ekonomik boyut olarak nitelendirilen gelir, eğitim, ulaşım ve istihdam vs. bulunurken subjektif boyut içinde psikolojik boyut bulunmaktadır.

Depresyonun yaşlılarda sık görülen ruhsal bozuklukların başında geldiği ifade edilmektedir ve genellikle kendini diğeri hastalıklarla birlikte göstermektedir. Yaşlılar arasında depresyon görülme sıklığı genel olarak %15-20 arasında olduğu ifade edilmektedir. Depresyon ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda tüm yaş gruplarında, kadınlarda depresyon görülme olasılığının erkeklerde görülme olasılığından iki kat daha fazla olduğu ifade edildiği görülmektedir.

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar kentte yaşayan yaşlılara göre görece daha düşük bir yaşam kalitesi algısına sahiptir.
2. Kırdaki düşük yaşam kalitesi algısı, bu bölgede yaşayan yaşlıların depresyona girmesine neden olmaktadır.
3. Kentte yaşayan yaşlıların kırdaki akranlarına göre daha yüksek bir yaşam kalitesi algısına sahiptir.
4. Kırdaki yaşayan yaşlılar ile kentte yaşayan yaşlıların depresyon yaşama nedenleri farklıdır.
5. Hem kırdaki yaşayan yaşlılar hem de kentte yaşayan yaşlılar arasında kadınların yaşam kalitesi algısı erkeklere göre daha düşük ve depresyon oranı daha yüksektir.
6. Sosyo-ekonomik durumun depresyona etkisi bulunmaktadır.
7. Aile yapısının depresyona etkisi bulunmaktadır.
8. Sağlık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır.
9. Kişisel yaşlılık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır.

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan ve kent olarak seçilen Konyaaltı ilçesine bağlı Altinkum Aile Sağlığı Merkezinde ve kırsal alanda bulunan Adrasan Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini ASM'lerde kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Örneklem sayısı önceden belirlenmemiştir. Mayıs-Haziran 2017 tarihlerinde ASM'lere gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri herkes dahil edilmiştir. Araştırmanın ASM'lerde yapılabilmesi için T.C. Antalya Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Araştırmaya toplam 254 kişi katılmıştır ve bunların 139 kişisi kentte, 115 kişisi de kırsalda yaşamaktadır. Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe (WHOQOL-OLD.TR) versiyonu ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların sosyo demografik bilgileri Katılımcı Bilgileri Formu ile elde edilmiştir. Anket soruları görevli anketörler tarafından yaşlılara okunarak sorulmuş ve verilen cevaplar yine anketörler tarafından işaretlenmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak betimleyici analizler ve doğrusal regresyon analizi şeklinde gerçekleştirilmiştir. . Katılımcıların eğitim durumu, yaşadıkları yere göre yaşlıların dağılımı ve katılımcıların cinsiyete göre dağılımını gösteren temel analizlerin yanında altı tane model oluşturulmuş ve bu modellerin depresyona etkisi araştırılmıştır.

Araştırmaya katılanların 136'sı erkeklerden (%53,5), 118'i de (%46,5) kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya 65-69 yaş grubunda 96 kişi, 70-74 yaş grubunda 61 kişi, 75-79 yaş grubunda 65 kişi, 80-84 yaş grubunda 18 kişi, 85 ve üzeri yaşlarda 14 kişi katılmıştır.

Kentte yaşayan yaşlıların eğitim düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıların 41'i (%16,1) yalnız yaşamaktadır. Eşi ile birlikte yaşayanların sayısı 134 (%52,8), çocuklarla birlikte yaşayanların sayısı 16 (%6,3), eş ve çocuklarla birlikte yaşayanların sayısı 51 (%20,1) ve diğer gruba girenlerin sayısı 12 kişi (%4,7) dir. Araştırmaya katılanlar arasında 65-69 yaş aralığında olanların diğer yaş gruplarına göre daha fazla olması, eşi ile birlikte yaşayanların sayısını yükseltmektedir. Özellikle kadınlar arasında yaş yükseldikçe dulluk durumunun daha öne çıktığı görülmektedir.

Gelirini çok kötü olarak bildiren katılımcıların sayısı 27 kişiden (%10,6) oluşmaktadır. Gelirini kötü olarak bildirenlerin sayısı 43 (%16,9), ne iyi-ne kötü/orta olarak bildirenlerin sayısı 116 (%45,7), iyi olarak bildirenlerin sayısı 66 (%26) ve çok iyi olarak bildirenlerin sayısı ise 2 (%0,8) olarak bulunmuştur.

Araştırmada yaşlıların sağlık durumlarını ve kişisel sağlık algısını öğrenmek için yöneltilen sorulara verilen cevaplara göre, katılımcıların 210'unda (%82,7) kronik bir

rahatsızlık bulunmaktadır. Bu tablo, yaşlılar arasında kronik rahatsızlığa sahip olmanın oldukça yoğun olduğunu göstermesi bakımından çarpıcıdır. Yaşlılar arasında kronik rahatsızlığın bu derece yaygın olmasında, genetik faktörlerin dışında büyük oranda yaşam tarzı etkili olmaktadır. Kronik bir rahatsızlığı bulunan yaşlıların 119'u (%56,7) kentte yaşarken 91'i (%43,3) kırsalda yaşamaktadır. Kentte yaşayan 65+ kadınların 56'sı, kırsalda yaşayan 65+ kadınların ise 46'sı kronik bir rahatsızlığı olduğunu bildirmiştir. Bu sayılar kentte yaşayan kadınların %90,3'ünde, kırsalda yaşayan kadınların %82,1'inde kronik bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir. Kentte yaşayan 65+ erkeklerin 63'ü, kırsalda yaşayanların 45'i kronik bir rahatsızlığı olduğunu bildirmiştir. Bu sayılara göre kentte yaşayan erkeklerin %81,8'inde, kırsalda yaşayan erkeklerin %76,3'ünde kronik bir rahatsızlık bulunmaktadır. Hem erkekler arasında hem de kadınlar arasında kronik bir rahatsızlığı olanların oranı kentte yaşayanlarda daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, yapılacak veya planlanacak gerontolojik intervansiyonlar için rehberlik yapması bakımından önemlidir.

Düzenli olarak ilaç kullandığı bildirenlerin sayısı 208 kişiden (%81,9) oluşmaktadır. Bu sayısının yarısını yani 104'ü kadınlardan 104'üde erkeklerden oluşmaktadır.

Kentte yaşayan kadınlar kırsalda yaşayan kadınlara göre genel olarak sağlık durumlarını daha iyi olarak değerlendirmektedirler. Aynı durum erkekler için de geçerlidir. Yani kentte yaşayan erkekler sağlıklarını kırsalda yaşayan erkeklere göre daha iyi olarak algılamakta ve değerlendirmektedirler. Kronik rahatsızlığın kentte yaşayan hem erkekler hem de kadınlar arasında yaygın olmasına rağmen sübjektif sağlık algısı tam tersi bir görüntü vermektedir.

Yaşlılık algısı ölçen bir soruya göre, yaşlılardan 12 kişi (%4,7) yaşlılığı çok kötü olarak değerlendirmiştir. Yaşlılığı, 41 kişi (%16,1) kötü, 62 kişi (%24,4) orta/bir fikrim yok, 116 kişi (%45,7) iyi ve 23 kişi de (%9,1) çok iyi olarak değerlendirmiştir. Genel olarak kentte yaşayan yaşlılar yaşlılığı daha olumlu bir algıyla değerlendirmişlerdir.

Araştırmada katılımcılara kendi yaşlarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuş ve tüm katılımcılar içinde 68 kişi (%26,8) kendini yaşlı bulmadığını bildirmiştir. Katılımcıların 91'i (%35,8) yaşını orta yaşlı, 79'u (%31,1) kendini yaşlı ve son olarak 16'sı da (%6,3) kendini çok yaşlı olarak değerlendirmiştir. Kentte yaşayan 65+ erkeklerin 33'ü (%42,9) kendini yaşlı bulmadığını belirtmiştir. Kırsalda yaşayan 65+ erkeklerin ise 9'u (%15,3) kendini yaşlı bulmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan yaşlılar arasında kendini yaşlı bulmadığı belirten 65+ kadınların sayısı 26 kişiden oluşmaktadır ve hepsi kentte yaşamaktadır. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde yaş ve yaşlılık algısı, eğitimi daha düşük olan bireylere göre daha olumlu olmaktadır. Bu araştırmada kentte yaşayan bireylerin eğitimi kırsalda yaşayanlardan

daha yüksektir. Bu nedenle sübjektif algıların ve değerlendirmelerin devreye girdiği sağlık algısı, yaş ve yaşlılık algısı gibi alanlarda daha olumlu bir yaklaşım sergilenmekte olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların YK ortalaması $83,6339 \pm 10,95498$ olarak bulunmuştur. Kırsalda yaşayan yaşlıların YK ortalaması $86,4957 \pm 12,10363$, kentte yaşayan yaşlıların YK ortalaması ise $81,2662 \pm 9,30215$ olarak bulunmuştur. Cinsiyet bağlamında erkeklerin YK ortalaması $84,2721 \pm 11,56333$ ve kadınların YK ortalaması $82,8983 \pm 10,20842$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında kırsalda yaşayan yaşlıların daha düşük, kentte yaşayan yaşlıların daha yüksek yaşam kalitesi algısına sahiptir hipotezi reddedilmiştir (1 ve 3 no'lu hipotezler). Yapılan bağımsız örneklem t-testi analiz sonucuna göre yaşanan yer ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($t=3,797$, $df=211,014$, $p=,0001$), yani yaşanan yer YK ortalamasını etkilemektedir. Ayrıca, doğrusal regresyon analizi sonucuna göre YK ortalaması da depresyonu etkilemektedir. Ancak kırsalda YK skorunun kente göre daha yüksek çıkması; kırsalda yaşayan yaşlıların düşük yaşam kalitesi algısının burada yaşayan yaşlıların depresyona girmesine neden olmaktadır hipotezini reddetmektedir (2 no'lu hipotez).

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların GDÖ skoru ortalaması $9,0906 \pm 7,32879$ olarak bulunmuştur. Kırsalda yaşayan yaşlıların GDÖ skoru ortalaması $10,1739 \pm 8,30479$, kentte yaşayan yaşlıların GDÖ skoru ortalaması $8,1942 \pm 6,30146$ olarak bulunmuştur. Kadınların GDÖ skoru ortalaması $11,2542 \pm 7,39159$ iken erkeklerin GDÖ skoru ortalaması $7,2132 \pm 6,75761$ olarak bulunmuştur. Depresyon, kesme skoru olan 14'e göre sınıflandırıldığında katılımcıların 63'ünde (%24,8) depresyon olduğu bulunmuştur. Depresyonu olan kişilerin 26'sı (%41,3) kentte yaşarken, 37'si (%58,7) kırsalda yaşamaktadır. Tüm kadın katılımcılar arasında 41 kişide (%34,7) depresyon bulunmuştur. Tüm erkek katılımcılar arasında 22 kişide (%16,2) depresyon bulunmuştur. Depresyon bulunan kişiler arasında kadınların sayısının ve oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hem YK algısını hem de depresyon seviyesini gösteren sonuçlara göre; kırsalda ve kentte yaşayan kadınların YK algısının erkeklere göre daha düşük depresyon oranlarının daha yüksek olduğu hipotezi doğrulanmaktadır (5 no'lu hipotez). Sorgulanan modellerden elde edilen verilere göre kırsal alanda yaşamak, yaşlılar arasında depresyon skorunu yükseltmektedir. Bu bağlamda, kırsalda yaşayan yaşlılar ile kentte yaşayan yaşlıların depresyon yaşama nedenleri farklıdır hipotezi doğrulanmaktadır (4 no'lu hipotez). Ancak, coğrafik alan farklılığı dışında hem kırsalda yaşayan hem de kentte yaşayan yaşlılarda depresyon nedenleri ortak bulunmuştur.

Araştırmada depresyona etkisinin olup olmadığını araştırmak ve eğer var ise ne düzeyde etkisinin olduğunu araştırmak amacıyla altı adet model oluşturulmuştur. Bu modeller şu şekilde sıralanmaktadır:

- Model 1: YK ölçeğinin alt boyutları,
- Model 2: YK skoru, cinsiyet ve yaşanılan yer değişkenleri,
- Model 3: YK skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, yaş ve gelir bağımsız değişkenleri (sosyo-ekonomik durum modeli),
- Model 4: YK skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum ve evde kalınan kişi bağımsız değişkenleri (aile yapısı modeli),
- Model 5: YK skoru, cinsiyet, yaşanılan yer ve sağlık bağımsız değişkenleri (sağlık modeli),
- Model 6: YK skoru, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu ve yaşlılık algısı bağımsız değişkenleri (yaşlılık modeli) bulunmaktadır.

Bulgular sonucunda kırsal alanda yaşayan yaşlıların YK skoru kentte yaşayan yaşlıların YK skorundan daha yüksek çıkmıştır.

Hem kırsal da hem de kentte yaşayan yaşlıların YK skoru GDÖ skorunu etkilemektedir bu bağlamda YK alt boyutlarının hangilerinin depresyon üzerinde etkisinin olup hangilerinin olmadığını görmek için adımsal regresyon analizi yapılmış ve çıkan sonuca göre Model 1 oluşturulmuştur. Analiz sonucunda sosyal katılım, özerklik ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutlarının depresyon üzerinde etkisi olduğu diğer boyutların etkisinin olmadığı bulunmuştur. Dolayısıyla model 1 bu üç boyuttan oluşmaktadır. Model 1'in GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuş olup GDÖ skorunu %45 oranında açıklayabilmektedir. Elde edilen verilere göre yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri de dahil kendilerini özerk hissetmesi yani her hangi bir nedenden dolayı bir yere veya bir kişiye bağımlı olmamaları, aile de dahil sosyal çevre ile etkileşim içinde olabilmeleri ve hem geçmişi ile barışık hem de gelecek planlarının olması yani yaşamlarında bir amaçlarının olması depresyon seviyesi ile etkileşim göstermektedir. Bu sonuçlar yaşlıların sahip oldukları kişisel algıların, onların psikolojileri ve yaşam kaliteleri üzerinde ne kadar etkili olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Model 2, YK skoru, cinsiyet ve yaşanılan yer bağımsız değişkenlerinden oluşmaktadır. Analizlerde cinsiyet için “kadın”, yaşanılan yer için “kırsal” referans alınmıştır. Model 2 GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ve GDÖ skorunu %27,2

oranında açıklayabilmektedir. Yani yaşam kalitesi düzeyi, cinsiyet ve yaşanılan yer depresyon seviyesi üzerinde %27,2 oranında bir etkiye sahiptir.

Sosyo-ekonomik durum modeli olan model 3'ün, depresyon seviyesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Sosyo-ekonomik durum modeli GDÖ skorunu %36,9 oranında açıklayabilmektedir. Bu veriler ışığında, oluşturulmuş olan sosyo-ekonomik durumun depresyona etkisi bulunmaktadır hipotezi doğrulanmaktadır (6 no'lu hipotez).

Aile yapısı modeli olan Model 4, GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ve GDÖ skorunu %28,6 oranında açıklayabilmektedir yani başka bir deyişle, Aile yapısının depresyona etkisi bulunmaktadır hipotezi doğrulanmaktadır (7 no'lu hipotez).

Sağlık algısı modeli olan Model 5'in depresyon seviyesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuş olup GDÖ skorunu %42 oranında açıklayabilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada Sağlık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır hipotezi doğrulanmıştır (8 no'lu hipotez).

Yaşlılık algısı olan Model 6, GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ve GDÖ skorunu %43,6 oranında açıklayabilmektedir. Bu sonuç, Yaşlılık algısının depresyona etkisi bulunmaktadır hipotezi doğrulamaktadır (9 no'lu hipotez).

Yaşlıların depresyon seviyelerini etkileyen değişkenlerin özelliklerine bakıldığında algısal boyutların önemli bir etken olarak öne çıktığı görülmektedir. Yaşlıların hayatı ya da olguları algılayış biçimleri depresyon skorlarını önemli derece de etkilemektedir. Algısal boyutun içeriğinin eğitim seviyesi ile güçlü bir ilişki içinde olduğu bulunan bu araştırmada özellikle kırsal alanda yaşayan bireylerin eğitim sistemine mutlaka dahil edilmesi önerilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların subjektif sağlık algılarının olumlu olduğu bulunmuştur. Aynı olumlu algı ekonomik durum ve yaşlılık algısı için de gözlemlenmiştir.

Bu araştırmada, okuma yazma bilmeyen yaşlılara göre okur-yazar olmanın, ilköğretim mezunu olmanın, orta öğretim mezunu olmanın ve üniversite mezunu olmanın GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Başka bir ifadeyle eğitim seviyesinin GDÖ skoru üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak literatürde, eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin genel sağlık durumları ve yaşlılık dönemi kognitif fonksiyonları düşük eğitilmiş olan yaşlılarına göre daha iyi durumda olduğunun görüldüğü bildirilmiştir. Bunun nedenlerinden biri yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin daha yüksek bir gelire sahip olma olasılığının fazla olması nedeniyle daha fazla sağlık hizmeti satın alabilme olanağı, bir diğeri de sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde nasıl

faaydalanılabileceği hakkında bilgi sahibi olmalarıdır. Yapılan bu çalışmada gelir algısı, eğitim seviyesi ile paralellik göstermektedir yani eğitim seviyesi arttıķa gelir seviyesi algısı da yükselmektedir. Araştırma sonucunda, katılımcılar arasında okur-yazar olmayan (N=41) yaşlıların %36,6'sı (N= 15) gelir düzeyini kötü olarak değerlendirdiğini bildirmiştir. Üniversite mezunu olan yaşlılar arasında (N= 58) gelirini kötü olarak değerlendirenlerin oranı ise %19 dur (N=11).

Yüksek eğitim düzeyine sahip olmak daha iyi iş ve yaşam koşullarına sahip olmada ve sağlıklı yaşam davranışlarını sergilemede bir etken olduğu bir çok çalışmada belirtilmektedir (Kinsella ve Wan, 2009: 91). Okur yazar olma becerisi günümüzde artık sadece temel okuma ve yazma becerisine sahip olma değerlendirmesinin ötesinde olup sağlık okur yazarlık becerisine ve finansal okur yazarlık becerisine sahip olma seviyesinde de değerlendirilmektedir. Sağlık okur yazarlık becerisine sahip olma kavramı, kişilerin en azından temel sağlık bilgilerini okuyup anlayabilme ve bu bilgileri kendi sağlıkları ile ilgili uygun kararları alabilme becerisini ve ihtiyaç halinde yine uygun sağlık hizmetini seçebilme becerisini ifade ederken, finansal okur yazarlık becerisine sahip olma ise tasarruf araçları hakkında, ev veya diğer krediler hakkında ve emeklilik planlaması gibi temel finans kavramları hakkında bilgi sahibi olmayı ifade etmektedir. Öte yandan okur yazar olmama durumu veya eğitim seviyesinin düşük olması yaşlı kişilerin sosyal katılımcılığını ve toplumun sosyal gelişimine katkılarını engelleyen bir etmen olmaktadır. Bunun yanında yaşlıların eğitim seviyesinin düşük olması sosyal güvenlik veya hizmet alanlarında sahip oldukları yasal haklardan habersiz olmalarına neden olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşlı okur yazarlık oranı hala oldukça düşük seviyededir ve bu grup içinde kadınların sayısı daha da fazladır. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların eğitim durumu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyete göre eğitim durumları Tablo 3.39’da gösterilmiştir.

Tablo 3.39. Katılımcıların Cinsiyete Göre Eğitim Durumları

Kadın	Frekans	%
Okur-yazar değil	38	32,2
Okur-yazar	14	11,9
İlköğretim- mezunu	34	28,8
Ortaöğretim- mezunu	15	12,7
Üniversite mezunu	17	14,4
Toplam	118	100,0
Erkek	Frekans	%
Okur-yazar değil	3	2,2
Okur-yazar	7	5,1
İlköğretim- mezunu	66	48,5
Ortaöğretim- mezunu	19	14,0
Üniversite mezunu	41	30,1
Toplam	136	100,0

Kadın katılımcılar arasında %32,2 oranında (N= 38) okuma yazma bilmeyenler bulunurken, erkekler arasında %2,2 oranında (N=3) okuma yazma bilmeyenlerin olması kadınların oranının oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde eğitim seviyesi ve eğitim alma imkanı kırsalda kentlere göre daha düşüktür. Bu bağlamda Adrasan mahallesinde sadece bir adet ilk öğretim okulunun bulunması ve Tablo 3.40’da gösterilen yaşanan yere göre eğitim durumunun dağılımı, literatürdeki bu bilgiyi doğrulamaktadır.

Tablo 3.40. Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Eğitim Durumları

Kırsal	Frekans	%
Okur-yazar değil	34	29,6
Okur-yazar	19	16,5
İlköğretim- mezunu	59	51,3
Ortaöğretim- mezunu	1	,9
Üniversite mezunu	2	1,7
Toplam	115	100,0
Kent	Frekans	%
Okur-yazar değil	7	5,0
Okur-yazar	2	1,4
İlköğretim- mezunu	41	29,5
Ortaöğretim- mezunu	33	23,7
Üniversite mezunu	56	40,3
Toplam	139	100,0

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, kırsal bölgede okuma yazma bilmeyenlerin oranı %29,6 (N= 34) iken kentte okuma yazma bilmeyenlerin oranı %5 (N= 7) olarak bulunmuştur.

Ancak bunun yanında günümüz gençlerinin yaşlı popülasyona göre daha yüksek bir eğitim seviyesine sahip olması gelecekte daha eğitilmiş bir yaşlı nüfusun olacağını göstermektedir (Kinsella ve Wan, 2009: 94).

Aslan'ın (2010: 103) bildirdiğine göre yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, ruhsal ve algısal alt boyutlarında yapılan ve kanıtlarının ortaya koyulduğu bazı çalışmalara ilişkin bulgular bulunmaktadır. Bu bulgulardan bazılarına göre; sağlığın sosyal ve algısal boyutunun önemli bir konusu olan “yaşamda amaç edinmek” bireylerin daha uzun yaşamalarını sağlamaktadır. Ekonomik koşulların iyi olması bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmaktadır. Ekonomik gücün birey için yeterli olması o bireyin başkalarına bağımlı olarak yaşamasını engelleyebilmekte ve günlük yaşamını kendi başına sürdürebilmesine katkı sağlayabilmektedir.

Kronik rahatsızlığı olanların yaşam kalitesi skoru kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Kronik rahatsızlığı olanlar için YK skoru ortalaması $83,0667 \pm 10,18092$, kronik rahatsızlığı olmayanların YK skoru ortalaması ise $86,3409 \pm 13,90155$ puan olarak bulunmuştur. Literatürde de belirtildiği üzere kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesi daha düşük olabilir özellikle ağrı önemli bir sorundur ve tedavi edilmemesi yaşam kalitesinin azalmasını doğrudan etkilemektedir. Özellikle yaşlılık döneminde sıkça karşılaşılan ve iyileşme sürecinin uzun sürebildiği düşmelerin engellenmesi yaşam kalitesini arttırabilmektedir. Kırsalda yaşayan yaşlıların sağlık, bakım, eğitim, istihdam ve ulaşım gibi

hizmetlere erişiminin kentte yaşayan yaşlılara göre daha zor gerçekleştiği bildirilmiştir. Dolayısıyla kırsal alanda yaşayan yaşlıların temel yaşam standartlarına ulaşmada mekansal dezavantajlara sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kırsal’da bireysel yoksulluk durumu ve mal ve hizmetlere erişememe durumu olan yoksulluk, kırsal kesimde etkisini daha fazla göstermektedir (Kalkınma Atölyesi, 2015: 11-26-27). Akyol vd.’nin (2010: 65) yaptığı bir çalışmaya göre yaşlılarda kronik rahatsızlığın varlığı ve düşük eğitim düzeyi yaşam kalitesini azaltmakta ve depresyon seviyesini yükseltmektedir.

Carta ve arkadaşlarının (2012: 173) yaptığı araştırmanın sonucuna göre, erkeklerin yaşam kalitesi algısı seviyesi kadınlarınkinden daha yüksek çıkmıştır. Erkek yaşlıların YK skoru ortalaması $84,2721 \pm 11,56333$, kadın yaşlıların YK skoru ortalaması $82,8993 \pm 10,20842$ puan ile bu bulguyu doğrulamaktadır. Subjektif yaşam kalitesi algısı her iki cinsiyette de yaşlanma ile birlikte düşüş göstermektedir. Özellikle 85 yaş ve yukarısı grupta YK skoru dramatik bir düşüş göstermektedir. Erkekler kadınlara göre yaşanan yere göre daha hassas tepkiler göstermektedirler. Yani kırsalda veya kentte yaşamak erkekleri daha fazla etkilemektedir. Ayrıca genç erkekler kentlerde daha iyi yaşarlarken yaşlı erkekler kırsalda daha iyi yaşamaktadırlar. Bunun nedeni genç erkeklerin kentin geniş imkanlarından ve fırsatlarından daha çok faydalanabilirken, yaşlı erkeklerin informal sosyal destek imkanlarından daha fazla faydalanabildikleri varsayımı olabilir.

Yaşlılık döneminde yaşama dair niteliğin artırılması için doğru müdahalelere veya düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır. Bu bağlamda DSÖ’nün vurguladığı “aktif yaşlanma” kavramı benimsenmelidir. Doğum öncesinden başlayıp ölüme kadar süren yaşam süresinin tamamını kapsayan aktif yaşlanma yaklaşımının amacı ileri yaşlarda beklenmeyen ve erken ölümlerin önlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik içerikli aktivitelerine katılabilmeleri, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, YK alt boyutlarından “sosyal katılım” boyutu yaşlılarda GDÖ skorunu %31,3 oranında etkilediği bulunmuştur (Düzeltilmiş $r^2 = 0,313$).

Aktif yaşlanma bileşenleri geliştirilirken yaşlıların yaşamları ile ilgili bazı alanlara özen gösterilmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir. Bu alanlar; saygın bir yaşam sürmek, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan ihmal ve istismarla karşılaşmamak, ayrımcılıkla karşılaşmamak, güçlü sosyal ilişkiler içinde olmak, rehabilite edici hizmetler dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin tamamına ulaşılabilirliği kolaylaştırmak, sosyal güvenlik

sistemlerinin yaşlılık dönemi için de var olmasını sağlamak, fiziksel ve sosyal çevre koşullarını yaşlılara yönelik olarak düzenlemek, yaşlılarda toplumda verilen değerin artmasını destekleyen koşullar yaratmak ve günlük yaşamı bağımsız olarak sürdürebilmek şeklinde sıralanmaktadır (Aslan, 2010: 103).

DSÖ'ye göre aktif yaşlanma; yaş ilerledikçe yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, sosyal katılım ve sosyal güvenlik koşullarını en iyi duruma getirme sürecidir. Aktif yaşlanma hem bireyler için hem de toplumlar için uyarlanabilir. İnsanlara, yaşam döngüsü boyunca fiziksel, sosyal ve zihinsel olgunluklarını geliştirme imkanı verirken ihtiyaç duyduklarında istekleri ve kapasiteleri doğrultusunda sosyal katılım imkanı vermektir. Ayrıca yardıma ihtiyaç duyduklarında yeterli ve uygun koruma, güvenlik ve bakım sağlar (WHO. , 2002: 12).

Doğumda beklenen yaşam süreleri geçmişten günümüze artarak yükselmektedir. Doğum oranının düşmesi ve yaşam süresinin uzaması toplumda yaşlı birey sayısının oranını arttırmaktadır. Günümüzde çocuk, evde veya çiftlikte/tarlada çalışacak işgücü olarak görülmediği gibi anne-baba için yaşlılıkta birer sigorta da değiller çünkü bu ihtiyacı ülkelerin yasal düzenlemeler ile oluşturduğu çeşitli yapılar/hizmetler karşılamaktadır. Ülkeler geliştikçe veya zenginleştikçe doğumların sayısı giderek düşmektedir ya da tam tersi bir yaklaşımla belirtmek gerekirse yoksulluk ile çocuk sayısı arasında pozitif bir ilişki vardır denilebilir. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşayan bireylerin boş zamanlarını değerlendirme konusunda daha özgür olma ve kendilerini bağlayacak olaylardan veya durumlardan daha fazla kaçınma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (Lehr, 1972: 48). Bunun yanında kuşaklararası demografik orantının değiştiği de bildirilmektedir. Saçları ağaran dünyanın “yaşlanan bir toplumu” olarak yaşamanın bireyler için “efektif faydacı” yönünün sosyal mekanizmalar içinde –ayrıca- geliştirilmesi gerekmektedir.

Aile desteğinin özellikle ekonomik sorunlar yaşayan yaşlılarda depresif belirtileri azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca yaşlı kişiler sosyal çevreleri ile ilgili kayıplar yaşadıkları için sosyal izolasyona oldukça duyarlıdır. 85 yaş ve üzeri yaşlılar sosyal ilişkilerini genellikle çocukları ile kurmaktadır. Bu yaş grubunda olan kişilerin aileleri dışında diğer akrabalar ile sosyal ilişkileri azalmaktadır. Dolayısıyla temel bağlantı kurdukları kişiler özellikle kendi çocukları olmak üzere aileleri şeklindedir (Gülseren vd. 2000: 134). Ancak, bu çalışmada çocukları ile birlikte kalanların GDÖ skorunun yalnız yaşayanlara göre daha yüksek çıkması literatüre göre farklı bir durumu ortaya koymaktadır. Çocukları ile birlikte kalanların GDÖ skorunun yalnız kalanlara göre 4,019 puan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($B= 4,019$, $t= 2,176$, $p= 0,031$).

Yaşlılık döneminde ruhsal sağlığın optimum düzeyde olmasını sağlayabilmek için kişilerin kendilerini daha önceden yaşlılığa hazırlamaları gerektiği ifade edilmektedir. Böyle bir durumun kaçınılmaz olduğunu bilinçli bir şekilde kavrayan yaşlılar, çalışma hayatından çıktıktan sonra veya çeşitli yaşam döngülerinden geçtikten sonra meşgul olabilecekleri çeşitli uğraşlar veya alışkanlıklar edinmeye özen göstermelidir. Ayrıca yaşlının geleceğinden endişe etmemesinin yani kendini maddi veya manevi olarak güvende hissetmesinin onu hem sosyal yönden hem de ruhsal yönden sağlıklı kılacağı bildirilmektedir (Kocataş vd. , 2004: 2). Bu bağlamda oluşturulan ve GDÖ üzerindeki etkisi araştırılan sosyal katılım, özerklik ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutlarının bir arada bulunduğu bir model olan Model 1'in GDÖ skorunu %45 oranında etkilediği bulunmuştur (Düzeltilmiş $r^2 = 0,450$).

İnsanlar sorunlu sosyal alanlar ile ilgili edindikleri deneyimlerin sonucunda ortaya çıkan psikolojik zararlardan korunma davranışları sergileyebilirler. Bunlara başetme stratejileri denmektedir. Yaşlıların başetme stratejilerinin incelenmesi, yaşlı bireyin günlük faaliyetlerindeki ve sosyal rollerindeki artan zorluklar ile nasıl baş ettiklerinin daha iyi anlaşılması bakımından önemli bir çalışma alanıdır (Demers vd. , 2009: 238). Yaşlılıkla başetme stratejileri, yaşam düzenlemeleri ve sosyal etkinlik şeklinde olabilir. Yaşam düzenlemeleri, yaşlıların günlük yaşam faaliyetlerinden sosyal yaşam süreçlerine, içinde bulundukları kültürel ortamdan aile ilişkilerine kadar bir çok alanı içerebilir. Bu nedenle yaşlı bireylere yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi için yaşlıların beklentilerinin veya ihtiyaçlarının anlaşılması gerekmektedir. Bir diğer başetme stratejisi olan sosyal etkinlik ise sadece yaşlının boş zaman faaliyetlerini değil, aile ilişkilerinden arkadaş ilişkilerine kadar genel olarak sosyal yaşantıya katılımda bir çok alanda aktif olmayı içermektedir (Aközer vd. , 2011: 106).

Kişinin hem kendine hem de çevresine saygı göstermesi ve etrafından da beklediği saygıyı görmesi, her türlü ihmal ve istismara maruz kalmaması (ekonomik, fiziksel, çevresel, psikolojik vb.), dil, inanç, yaş,cinsiyet veya renginden dolayı ya da başka bir gerekçe gösterilerek ayrımcılıkla karşılaşmaması, aile, arkadaş veya çeşitli sosyal yapılar ile sağlıklı ilişkiler içinde olması, günlük yaşamı bağımsız olarak sürdürebilmesi, yaşam kalitesini arttıran bileşenler olarak değerlendirilebilir. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesinin arttırılması için uygun zamanda doğru müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmetlerin kolay ulaşılabilir olması, sosyal güvenlik sisteminin güçlü olması ve her yaş dönemi için özel veya farklı gereksinimleri karşılayabilecek teknolojiye, bilgiye, ekonomik altyapıya, eğitilmiş insan ve finans gücüne sahip olması, yaşanan yerin fiziksel çevresinin yaşamı kolaylaştırmaya yönelik tasarlanması, toplumda yaşlılara verilen değerin artmasını sağlayacak

farkındalığın gelişmesi için sosyal destek politikalarının üretilmesi ya da geliştirilmesi yaşlıların yaşam kalitesini arttıran etmenler olabilirler (Aslan, 2010: 103).

Yaşanılan yerdeki fiziksel/çevresel koşullar yaşlı bireylerin mobilite imkanlarını kısıtlayarak bu kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Çevresel koşulların kır ve kent bağlamında ayrı ayrı ele alınıp bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sorunsuz olarak sürdürebilmeleri için ihtiyaçlarının belirlenmesi, yapılacak ya da planlanacak çalışmalar için etkili bir yönlendirici olabilir.

Kartal vd.'nin (2010: 36) büyükanneler ve büyükbabalar üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre cinsiyet, medeni durum, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve kronik hastalığın bulunması ile depresyon görülme riski arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Ayrıca, algılanan sağlık durumu ile depresyon görülme riski arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunduğu bildirilmiştir.

Yaşlı bireylerin yalnız kalmasının, yoksul olmasının, fiziksel rahatsızlıklara sahip olmasının ve sosyal izolasyonun, depresyon için önemli risk etkenleri olduğu bildirilmiştir (Çınar ve Kartal, 2008: 100 ; Bahar vd. , 2005: 228). Ayrıca Bahar vd.'nin (2005: 231) yaptığı çalışmaya göre yaşlıların kendilerini orta yaşlı, yaşlı veya çok yaşlı olarak algılamalarının depresyon üzerinde bir fark yaratmadığını bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlık durumlarının kötü olarak algılanmasının depresyon üzerinde etkisi olduğu ifade edilirken kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmamanın depresyon skoru üzerinde bir etkisinin olmadığı bildirilmektedir. Yaşlıların sosyal etkinliklere katılımlarının depresyon puanlarını etkilediği bildirilirken sosyal etkinliklere katılımın depresyonu önleyen bir etken olduğu ifade edilmektedir.

Çınar ve Kartal'ın (2008: 401-403) yaptığı araştırmada ise dul veya boşanmış olanların depresyon puanları evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında kadınların depresyon puanının erkeklerin depresyon puanından daha yüksek olduğu bildirilmiş fakat kronik rahatsızlığın varlığı ile depresyon arasında bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir.

Çeşitli çalışmalarda, yaşlı popülasyonda görülen depresyonlarda kadın cinsiyete sahip olmak, düşük sosyo-ekonomik durum, dul olmak, yalnız yaşamak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa veya kronik fiziksel rahatsızlığa sahip olmak, çocuğu ile birlikte yaşamak ve günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yetmemek gibi koşulların etkisinin olduğu gösterilmiştir (Dişçiğil vd. , 2005: 131; Şahin ve Yalçın, 2003: 13; Maral vd. , 2001: 252). Bu bağlamda Varma vd. 'nin (2008: 31) yaptığı başka bir çalışmada da kadın cinsiyet, kronik

rahatsızlığın varlığı ve çoklu ilaç kullanımının depresyon için risk etmenleri olduğu bildirilmiştir.

Burada yapılan çalışma neticesinde medeni durumun depresyon puanı üzerinde bir etkisi olmadığı bulunmuş olup, Model 4' ü oluşturan Aile Yapısı modeli depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Model 4; YK, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum ve evde kalınan kişi bağımsız değişkenlerinden oluşmaktadır. Ayrıca yalnız kalanlara göre çocukları ile birlikte kalanların depresyon skoru 4,019 puan daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında yine bu çalışmada kadın cinsiyete sahip olmanın, kırsal alanda yaşıyor olmanın, gelir durumunun kötü olarak algılanmasının, sağlık durumunun kötü olarak algılanmasının, yaşlılık ve yaş algısının olumsuz olmasının ve sosyal katılımın olmamasının depresyon skorunu arttırdığı bulunmuştur. Kronik rahatsızlığa sahip olmak ve düzenli olarak ilaç kullanımına sahip olmanın depresyon üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak bu araştırma kırsal alanda ve kentsel alanda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini ve depresyon seviyelerini ölçmek ve sonuçları objektif olarak ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Oluşturulan ve sorgulanan hipotezler bağlamında yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen boyutlar ve bu boyutlar ile depresyon seviyelerini etkileyen çeşitli değişkenlerin ne kadar etkili olduğu veya olmadığı araştırılmıştır. Bu temel amaç çerçevesinde veriler mümkün olduğunca yalın bir şekilde sunulmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın sınırlılığı ve kısıtlılığı bağlamında; bu araştırma sadece Antalya ilinin kırsal alanını ve kentsel alanını temsilen iki mahallede gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar önemli temel bilgiler vermekle beraber hem Antalya için hem de Türkiye için genellenemez. Bunun için daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aközer, M., Nuhurat, C. ve Say, Ş. (2011). *Türkiye’de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması*. Aile ve Toplum, Yıl: 12 Cilt: 7 Sayı: 27, 103-128.
- Akyol, E. (2015). *İzmir il merkezinde 65 yaş ve üstü yaşlılarda depresyon prevalansı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C. , Bek, Y. ve Cantürk, F. (2010). *Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population*. Turk J Rheumatol 2010; 25: 165-173.
- Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N. ve Cavlak, U. (2009). *Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2009(1): 48-60.
- Arpacı, F., Tokyürek, Ş. ve Bilgili, N. (2015). *Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2015 (1) : 1-11.
- Arun, Ö. ve Çakıroğlu Çevik, A. (2013). *Quality of Life in Ageing Society*. Z Gerontol Geriat (2013) 46: 734. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0502-z>
- Aslan, D. (2010). *Yaşlılık Döneminde Önemli Bir Kavram: Yaşam Kalitesi*. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı. 25-27 Mart 2010 İzmir.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (2), 81-85.
- Aydın, S. (2009). *Gaziantep ili Şehitkâmil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya.
- Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). *Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*. Anatolian Journal of Psychiatry; 6: 227-239.
- Balcı, E., Şenol, V., Eşel, E., Günay, O. ve Elmalı, F. (2012). *65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki*. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1), 37-43.
- Baran, A. G. (2008). *Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (2), 86-97.

- Barın, H. (2015). *Türkiye'deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri*. Göç Araştırmaları Dergisi Cilt: 1 Sayı: 2 Temmuz – Aralık 2015, 10-56.
- Başel, H. (2011). *Türkiye'de nüfus hareketlerinin ve iç göçün nedenleri*. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 0 (53), 515-542.
- Bowling, A. (2001). *A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales*. Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Carta, M. G., Aguglia, E., Caraci, F., Dell'Osso, L., Sciascio, G. D., Drago, F., Giudice, E. D., Faravelli, C., Hardoy, M. C., Lecca, M. E., Morol, M. F., Calo, S., Casacchia, M., Angermeyer, M. ve Balestrieri, M. (2012). *Quality of life and urban/rural living: Preliminary results of a community survey in Italy*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2012, 8, 169-174.
- Çalışkan, N. (2007). *Orhangazi ve Fethiye Aile Hekimliği Merkezlerine Başvuran Yaşlılarda Depresyon Sıklığının ve Risk Etkenlerinin Araştırılması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa.
- Çınar, İ. Ö., ve Kartal, A. (2008). *Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ilişkisi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(5): 399-404.
- Demers, L., Robichaud, L., Gélinas, I., Noreau, L. ve Desrosiers, J. (2009). *Coping Strategies and Social Participation in Older Adults*. Gerontology 2009;55:233-239
- Deniz, T. (2017). *Uluslararası göç sorunu ve Türkiye*. Sandıklı, A. ve İsmayıl, E. (ed). Küresel Riskler ve Bölgesel Krizler. Bilgesam Yayınları, İstanbul, 2017.
- Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, F. S. ve Tekin, N. (2005). *Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon*. Turkish Journal of Geriatrics 2005; 8 (3): 129-133.
- Dragomerická, E., Bartoňová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., Steinbüchel, V. N. ve Schmidt, S. (2008). *Demographic and Psychosocial Correlates of Quality of Life in the Elderly from a Cross-Cultural Perspective*. Clinical Psychology and Psychotherapy. Clin. Psychol. Psychother. 15, 193-204 (2008).
- Eker, E. (1999). *Yaşlıda depresyon*. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 63-73.
- Eker, E. ve Noyan, A. (2004). *Yaşlıda depresyon ve tedavisi*. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 2: 75-83.

- Erkan, Ö. (2015). *İstanbul ili sınırlarında hizmet veren özel huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon, anksiyete, somatizasyon, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek düzeyinin huzurevinde kalmayan bir grup yaşlı ile karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Sağlık Danışmanlığı, İzmir.
- Ersoy, S., Okçay, H. ve Özkahraman, Ş. (2013). *Kentleşmenin yaşlı üzerine etkileri*. Akademik Geriatri Dergisi Cilt: 5, Sayı: 2, 51-56.
- Eser, E. (2012). *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi*. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu 4 Mayıs 2012, Manisa.
- Eser, E. (2004). *Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü*. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. 8-10 Nisan 2004 İzmir.
- Eser, E., Saatlı, G., Eser, S., ve Fidaner, C. (2004). *Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Geçerlilik ve Güvenilirlik alan Çalışması (FIELD TRIAL) Sonuçları*. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. 8-10 Nisan 2004 İzmir.
- Eser, S., Saatlı, G., Eser, E., Baydur, H., ve Fidaner, C. (2010). *Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlik ve Güvenilirlik Sonuçları*. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(1): 37-48.
- Farquhar, M. (1995). *Elderly People's Definitions of Quality of Life*. Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 10, pp. 1439-1446.
- Geray, C. (1975). *Türkiye'de kırsal yerleşme düzeni ve köy kent yaklaşımı*. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 30(1), 45-66.
- Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A. ve Vural, N. (2000). *Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi*. Geriatri 3 (4): 133-140.
- Güngör, G., Turan, D. Ç. ve Konyalı, S. (2016). *Trakya bölgesinde köylerin gelişmişlik göstergeleri ve kırdan kente göçe etkisi*. XII. Ulusal Tarım Ekonomisi Kongresi, 25-27 Mayıs 2016, Isparta.
- Güreşçi, E. (2016). *Kırsal göçün sonuçları ve fırsatları*. XII. Ulusal Tarım Ekonomisi Kongresi, 25-27 Mayıs 2016, Isparta.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2010). *Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık*. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması,

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.

- Hacıhasanoğlu, R. ve Türkleş, S. (2008). *Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 2. 55-60.
- İlbay, A. B., Yiğit, Y. ve Özişli, Ö. (2016). *Emeklilerin yaşam doyumu ve rehberlik ihtiyacı ilişkisi- Sakarya örneği*. İş'te Davranış Dergisi 1 (1), 36-47.
- İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A. (2014). *Türkiye'de tersine göç ve tersine göçü teşvik eden uygulamalar: İstanbul ili örneği*. Sakarya İktisat Dergisi; 2014, Vol.3 Issue 9, 68-93.
- Kalkınma Atölyesi (2015). *Yaşlanma ve Kırsal Yaşlılık, Mevcut Durum Raporu*. Ankara. 2015.
- Karadağ, M. (2008). *Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı Ve Etkileyen Faktörler*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.
- Kartal, A., Turan, T., Kurban, N.K. ve Zencir, M. (2010). *Büyükanne ve büyükbabalarda torun bakmanın depresyon ve yaşam kalitesine etkisi*. T.C. Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (PAUBAP), Bilimsel Araştırma Projesi Sonuç Raporu. Proje No: 2009BSP006. Denizli, 2010.
- Kaya, B. (1999). *Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme*. Turkish Journal of Geriatrics, Geriatri 2 (2): 76-82.
- Keskinoğlu, P. (2010). *Yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen nedenler*. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı. 25-27 Mart 2010 İzmir.
- Kinsella, K. ve Wan, H. (2009). U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, *An Aging World: 2008*. U.S. Government Printing Office, Washington, DC. 2009.
- Kirk, D. (1996). *Demographic Transition Theory*. Population Studies, 50 (1996), 361-387.
- Kocataş, S., Güler, G. ve Güler, N. (2004). *60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 1, 2004. 1-8.
- Küçük, M. (2016). *Kırsal alanlarda yaşlı yerel halkın karşılaştığı sorunlar: Konya ili Derebucak ilçesi üzerine bir inceleme*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1, 29-48.

- Lehr, U. (1972). *Yaşlanmanın psikolojisi*. (Çev. N. Eryar). Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994. İstanbul.
- Mandıracıoğlu, A. (2010). *Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri*. Ege Tıp Dergisi Cilt: 49, Sayı: 3, 39-45.
- Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S. ve Bumin, M. A. (2001). *Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma*. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12 (4) : 251-259.
- Nease, D. E. Jr. ve Maloin, J. M. (2003). *Depression Screening: a practical strategy*. J Fam Pract. 2003 Feb;52(2): 118-24.
- Sarı, E. (2013). *Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda yaşam kalitesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Savrun, B. M. (1999). *Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi*. . İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 11-17.
- Sürmeli, İ. (2017). *Türkiye’de iç göçün değişim ve dönüşümü: Kentten kıra yöneliş*. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu 2017 Özel Sayısı. 275-286.
- Şahin, M. ve Yalçın, M. (2003). *Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması*. Turkish Journal of Geriatrics, Geriatri 6 (1): 10-13, 2003.
- T.C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı (2015). *TR82 Bölgesi Kırsal Yaşlılık Analizi*. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, Kastamonu.
- The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Group. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*. Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558. Cambridge University Press.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017a). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division (2015a). *World Population Ageing 2015*, (ST/ESA/SER.A/390).

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division (2015b). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No: ESA/P/WP.241.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division (2015c). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*, (ST/ESA/SER.A/366).
- Ülgen, Y. (2012). *Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli.
- Varma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Amuk, T. ve Ateşçi, F. (2008). *Huzurevinde yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri*. Klinik Psikiyatri 2008; 11: 25-32.
- Vergheze, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., Buschke, H. ve Lipton, R. B. (2006). *Leisure Activities And The Risk of Amnestic Mild Cognitive Impairment In The Elderly*. Neurology, 66(6), 821–827.
- Yağcıoğlu, R. (2013). *Huzurevinde Kalan 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Yakar, M. (2014). *Türkiye’de ilçelere göre medyan yaş dağılımının mekansal ve istatistiksel analizi*. Turkish Studies- International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 9/11, 559-591. Ankara, Turkey.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. ve Leirer, V. O. (1983). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J. Psychiat. Res. Vol. 17, No. 1, pp. 37-49, 1983.
- Yüceşahin, M. M. (2009). *Türkiye’nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım*. Coğrafi Bilimler Dergisi CBD 7 (1), 1-25 (2009).
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8
- World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL Measuring Quality of Life*. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4
- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_tasar%C4%B1m_icler.pdf (son erişim tarihi: 27.08.2017).
- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. 5747 Numaralı, Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.

- <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5747.pdf> (son erişim tarihi: 22.06.2017).
- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. 6360 Numaralı, On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6360.pdf> (son erişim tarihi: 22.06.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 (son erişim tarihi: 31.07.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Tanım ve Kavramlar. http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA_2012/metaveri/tanim/index.html (son erişim tarihi: 27.05.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 (son erişim tarihi: 15.06.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Temel İstatistikler. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (son erişim tarihi: 30.07.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistik Göstergeler. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge> (son erişim tarihi: 15.07.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Merkezi Dağıtım Sistemi. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> (son erişim tarihi: 25.08.2017).
- Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü, Mesafeler ve Haritalar. <http://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Root/Uzakliklar/ililcemesafe.pdf> (son erişim tarihi: 15.07.2017).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017b). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, DVD Edition. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/> (son erişim tarihi: 25.07.2017).
- World Health Organization. (2015d). *World Report on Ageing and Health*, WHO Library Cataloguing –in- Publication Data, ISBN 978 4 156504 2, NLM Classification WT 104. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 (son erişim tarihi: 27.05.2017).

World Health Organization. (2016). *Healthy Life Expectancy (HALE) at Birth*. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/ (son erişim tarihi: 11.07.2017).



EKLER

EK 1- İZİN YAZISI



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANTALYA
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
28/10/2016 17:56 - 45699457 - 449 - E.1833



00032223353

Sayı : 45699457/449

Konu : Bülent Yasemin Anket Çalışması Hk.

Sayın : Bülent YASEMİN

(Altinkum Mah. 442. Sok. Sude Apt. No : 5/8 Konyaaltı/Antalya)

İlgi : 10/10/2016 tarih ve 83299781-000-7363 sayılı yazınız.

İlgi yazıda Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji anabilim dalında tezli yüksek lisans kapsamında "Antalya'da Kırsalda ve Kentte Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki" başlıklı tez araştırması için Kumluca ilçemize bağlı Adrasan Aile Sağlığı Merkezinde ve Konyaaltı ilçemize bağlı Altinkum Aile Sağlığı Merkezinde 65 yaş ve üzeri gönüllü kişilere anket çalışması yapılabilmesi için izin talep edilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı gerekmektedir.

Yukarıda bahsi geçen ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Gereğini Bilgilerinize rica ederim.

e imzalıdır

Uzm. Dr. Murat ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdürü

" Su içmek için susamayı beklemeyiniz..."

Aile Hekimliği Uygulama Şubesi -Soğuksu Mah. Defterdarlık Bulvarı Posta : 07030
Muratpaşa/ANTALYA
Faks No:2422375997

e-Posta:resul.ates@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 242 237 96 00/2015 e-posta :
hsm07.ahu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b11bf6ee-0020-4fbd-bf45-39a68624d998 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:RESUL ATES

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:2422370390/2015

Leyle ÇELİK

Evrak Kaya Dilek Sorumlusu
Bu evrakın 5070 Sayılı
E-İmza Kanununa göre
güvenli elektronik imza ile
imzalanmıştır.

22.10.2016

EK 2- WHOQOL-OLD.TR ÖLÇEĞİ

WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

2005

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımanız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadıysanız 5'i, "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

1. (F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir? "

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

2. (F 25.3) işitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

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

3. (F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

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

4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontroi ettiğiniz inanandassınız?

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

5 (F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

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

6. (F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

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

7. (F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

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

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

9. (F 29.5) ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

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

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız “tamamen” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da “hiç” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt “hiç” ve “tamamen” arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12.(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

15. (F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

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

16. (F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?

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

17. (F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

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

18. (F 28,7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

19. (F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

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

20. (F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

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

21. (F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

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

22. (F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

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

23. (F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

24. (F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

EK 3- GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendiren:

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseders misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

EK 4- KATILIMCI ONAM FORMU

Gönüllü Katılım Onam Formu

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Bülent YASEMİN tarafından yürütülen bir çalışmadır. Çalışmanın amacı, katılımcıların 65+ yaş grubunun Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre yaşam kalitelerini ölçmek ve kullanılan bir diğer ölçek olan Geriatrik Depresyon Ölçeği ile korelasyonunu araştırmaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelindedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için bulentyasemin@hotmail.com e-mail adresine veya 0532 227 06 21 no'lu telefondan Bülent YASEMİN'e ulaşarak sorularınızı iletebilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

(Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

Ad Soyad

Tarih

İmza

-----/-----/2017

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Bülent YASEMİN

Doğum Yeri – Tarihi: Gaziantep – 04/09/1974

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Atatürk Lisesi, Gaziantep, 1991

Önlisans Diploması : Mersin Üniversitesi, Aydıncık Turizm ve Otelcilik M.Y.O. Turizm ve Otelcilik Bölümü, 1996

Lisans Diploması : Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F. İktisat Bölümü, 2013

Bilimsel Faaliyetler

“Kır ve Kent Yaşamında depresyon Seviyesi” adlı bildiri, Senex I. Lisansüstü Yaşlılık Çalışmaları Kongresi 2-3 Kasım 2017, Antalya

İş Denevimi

Staj : Aging Research Center, Stockholm, İsveç

Çalıştığı Kurum : Akdeniz Üniversitesi Avrupa – Akdeniz Gençlik Eğitim ve Dinlenme Tesisi, Antalya

E – Posta : bulentyasemin@hotmail.com