



EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SOSYAL KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Fzt. S.Yaprak ÜLGEN

Ocak 2012

DENİZLİ

**EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SOSYAL KATILIMI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İş-Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Programı**

Fzt. S.Yaprak ÜLGEN

Danışman: Prof. Dr. İnci GÖKALAN KARA

Yardımcı Danışman: Doç. Dr. Ali KİTİŞ

**Ocak 2012
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

S.Yaprak ÜLGEN tarafından Prof.Dr. İnci Gökalan KARA yönetiminde hazırlanan “**Evde yaşayan sağlıklı yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörler**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Uğur CAVLAK
Jüri Başkanı

Prof. Dr. İnci Gökalan KARA
Jüri Üyesi (Danışman)

Prof. Dr. İsmail TUFAN
Jüri Üyesi

Prof. Dr.Mehmet ZENCİR
Jüri üyesi

Doç. Dr. Ali KİTİŞ
Jüri üyesi (Yrd. Danışman)

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
.../.../..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Doç. Dr. Z. Melek BOR KÜÇÜKATAY
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :
Öğrenci Adı Soyadı : S.Yaprak ÜLGEN

TEŞEKKÜR

Tezin planlanmasında, düzenlenmesinde, yorumlanmasında ve lisansüstü eğitimimin her aşamasındaki desteklerinden dolayı tez danışmanım Plastik Cerrahi ve Rekonstrüktif ABD başkanı Prof. Dr. İnci Gökalan KARA'ya,

Tezin düzenlenmesinde, yorumlanmasında lisansüstü eğitimimin her aşamasındaki desteklerinden dolayı tez yardımcı danışmanım Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Ali KİTİŞ'e ,

Tezin ve lisansüstü eğitimimin her aşamasında desteklerini ve bilgilerini esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Müdürü Sayın Prof. Dr. Uğur CAVLAK'a,

Tezin istatistiksel olarak yorumlanmasında bilgisi ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e

Tezin her aşamasında bilgileri ve desteklerini esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda görev yapan değerli meslektaşlarım Yrd. Doç. Dr. Bilge Başakçı ÇALIK'a, Dr. Fzt. Tuba CAN'a ve yüksek lisans eğitimimin her aşamasındaki yardımlarından dolayı Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü personeline,

Teze katkı veren tüm katılımcılara,

Tezin her aşamasında destekleri ve sevgileri ile beni yalnız bırakmayan nişanlım Cihan ÇETİN'e ve aileme,

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SOSYAL KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Ülgen, S. Yaprak

Yüksek Lisans Tezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD
İş ve Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Programı
Tez yöneticisi: Prof. Dr. İnci Gökalan Kara

Ocak 2012, 97 sayfa

Çalışmamız evde yaşayan sağlıklı yaşlılarda sosyal katılım ile sosyodemografik özellikler, kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya evde yaşayan 113 yaşlı katılmıştır. Yaşlıların demografik verileri oluşturulan sosyodemografik forma kaydedilmiştir. Sosyal katılım düzeyinin belirlenmesi için Boş Zaman Aktiviteleri Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Kognitif düzeyin değerlendirilmesi için Hodkinson Mental Test, depresyonun durumunun değerlendirilmesi için ise Yesavage'in Geriatrik Depresyon Skalasının Kısa Formu kullanılmıştır. Yaşlıların fonksiyonel düzeyleri Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA) ile Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış olan Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQL-OLD.TR) kullanılmıştır.

Çalışmaya alınan yaşlıların yaş ortalamaları $71,4 \pm 5,9$ yıldır. Bu çalışmanın sonunda kadınlarda rekreasyonel aktivitelere katılım oranı yüksek bulunurken; erkeklerde ise entelektüel aktivitelere katılım oranı yüksek bulunmuştur. Genç yaşlılarda, büyükşehir veya şehirde yaşayanlarda, evli olup eşi ile birlikte yaşayanlarda, apartman dairesinde yaşayanlarda, eğitim düzeyi iyi olanlarda, emeklilikte, gelir düzeyi yüksek olanlarda, yürüme yardımcısı (YY) ve kendine yardım aleti (KYA) kullanmayanlarda, komşusu ile hergün görüşenlerde sosyal katılımın arttığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$). GYA'da ve EGYA'da bağımsızlık düzeyinin artması, iyi bir kognitif düzey, düşük depresyon düzeyi ve iyi bir yaşam kalitesi düzeyi ile sosyal katılımın da arttığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, evde yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesi ve sosyal katılım düzeyleri ile olan ilişkisine dair verileri desteklemektedir. Bununla birlikte, bu çalışmaya ait veriler; aktivite deneyiminin yaşlının yaşamına kattığı anlam dikkate alındığında, iş ve uğraşı tedavisi uygulamalarında, ev içi ve dışında fiziksel ve mental süreçlere katkı sağlayıcı nitelikteki bireysel ve grup çalışmalarının planlanmasında yol gösterici niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Boş Zaman Aktiviteleri, Aktivite ve Katılım

ABSTRACT**INVESTIGATION OF FACTORS EFFECTING SOCIAL PARTICIPATION IN ELDERLY PEOPLE LIVING AT HOME**

Ulgen, S. Yaprak
M. Sc. Thesis in Occupational Therapy
Supervisor: Prof. Dr. Inci Gokalan Kara

January 2012, 97 pages

This study was planned to investigate the relationship between social participation and demographics, cognitive status, depression level, functional status, quality of life in older adults living at their own homes.

One hundred thirteen older adults living at their own homes participated in the study. Demographics of the participations were recorded. To assess activity participation, Leisure Activity Assessment Scale was used. The cognitive status was evaluated using Hodkinson Mental Test and depression status was evaluated with Yesavage Depression Scale Short Form. Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale and Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) were used to assess independence level in activities of daily living. Quality of life of participants was evaluated using World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old).

The mean age of the participants was $71,4 \pm 5,9$ years. It was found a higher percentage in women at recreational activities, besides higher percentage at intellectual activities in men. It was reach a result regarding increased social participation at young elderlies, at living in cities or metropolis, at living with his/her partner in marriage, at living in apartment, at high educational level, at retirement, at disusing a walking aid or self help device, at interviewing with neighbours ($p < 0.05$). Otherwise, it was found increasing at social participation with increasing at ADL and IADL, a good cognitive level, lower depression level and a good quality of life level ($p < 0.05$).

Results from this study supports the datas related relationship between socio-demographic characteristics with quality of life in elderly people living at home. Meanwhile, results obtained from study are lodestar and arguable to planning personel and group studies by geriatric rehabilitation staff that contributing to physical and mental processes at home and out.

Key Words: Geriatrics, Leisure Time Activities, Activity Participation.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Etik sayfası	i
Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Şekiller Dizini	vii
Resimler Dizini	viii
Tablolar Dizini	ix
Simgeler ve Kısaltmalar	x
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	4
2.2. Yaşlanma ve Kognitif Fonksiyonlar	8
2.3. Yaşlılarda Ruh Sağlığı	11
2.4. Yaşlılarda Fonksiyonel Düzey	13
2.5. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	15
2.6. ICF Çalışmalarında Yaşlılık	18
2.7. Yaşlılarda Sosyal Katılım ve Sosyal Katılımı Etkileyen Faktörler	20
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Amaç	25
3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer	25
3.3. Çalışmanın Süresi	25
3.4. Katılımcılar	25
3.5. Değerlendirme Araçları	26
3.5.1. Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi	26
3.5.2. Depresif Semptomların Değerlendirilmesi	26
3.5.3. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	27
3.5.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	27
3.5.5. Boş Zaman Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	28
3.6. İstatistiksel Analiz	30
4. BULGULAR	31
4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Bilgileri	31
4.2. Yaşlıların Fonksiyonel Düzeylerine İlişkin Bulguları	33
4.3. Yaşlıların Kognitif Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları	34
4.4. Yaşlıların Sosyal Katılım Düzeylerine İlişkin Bulguları	34
4.5. Sosyal Katılım ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35
4.5.1. Cinsiyete Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	35
4.5.2. Yaş Gruplarına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	36
4.5.3. Yaşadığı Ortama Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	36
4.5.4. Medeni Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	39

4.5.5. Yaşadığı Yere Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	39
4.5.6. Yaşam Düzenine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	40
4.5.7. Kaldığı Eve Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	40
4.5.8. Komşusu ile Görüşme Sıklığına Göre Sosyal Katılım Alanlarının.....	
Karşılaştırılması	43
4.5.9. Eğitim Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	43
4.5.10. Çalışma Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	46
4.5.11. Mali Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	46
4.5.12. Gelir Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	48
4.5.13. Yürüme Yardımcısı Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının.....	
Karşılaştırılması	48
4.5.14. Kendine Yardım Aleti Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının.....	
Karşılaştırılması	49
4.6. GYA, EGYA, Depresyon, Kognitif Durum ve Yaşam Kalitesi ile Sosyal Katılım....	
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	50
4.6.1. GYA'daki Bağımsızlık Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının.....	
Karşılaştırılması	50
4.6.2. Yaşam Kalitesi ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
4.6.3. Depresyon ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
4.6.4. Kognitif Durum ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	52
4.7. Sosyal Katılım ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ.....	71
7. KAYNAKLAR	73
8. EKLER.....	83
Ek-1	83
Ek-2.....	85
Ek-3.....	86
Ek-4.....	87
Ek-5.....	88
Ek-6.....	90
Ek-7.....	95
9.ÖZGEÇMİŞ.....	97

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.6.1. Biyo-Psiko-Sosyal Model	19

RESİMLER DİZİNİ

	Sayfa
Resim 3.5.1 Yaşlıların Kullandığı Kendine Yardım Aleti Örnekleri	29
Resim 3.5.2 Yaşlıların Kullandığı Yürüme Yardımcısı Örnekleri	29
Resim 3.5.3 Yaşlıların Çeşitli Aktivitelere Katılım Örnekleri	29

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.6.1	ICF Bileşenleri (Aktivite ve Katılım) 19
Tablo 2.7.1	Sosyolojik Teoriler (Aktivite ve Katılım) 22
Tablo 4.1.1	Yaşlılarının Yaş, Yaşadığı Ortam, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular 31
Tablo 4.1.2	Yaşlıların Yaşadığı Yer, Yaşam Düzeni, Kaldığı Ev, Ailesi ve Komşusu ile Görüşme Sıklığına Ait Tanımlayıcı Bulgular 32
Tablo 4.1.3	Yaşlıların Çalışma Durumu, Mali Durum ve Gelir Düzeyine Ait Tanımlayıcı Bulgular 32
Tablo 4.1.4	Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguları 33
Tablo 4.2.1	Yaşlıların GYA'ya İlişkin Bulguları 33
Tablo 4.3.1	Yaşlıların Kognitif Durum ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguları 34
Tablo 4.3.2	Yaşlıların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguları 34
Tablo 4.4.1	Yaşlıların Sosyal Katılım Düzeylerine İlişkin Bulguları35
Tablo 4.5.1.1	Cinsiyete Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması36
Tablo 4.5.2.1	Yaş Gruplarına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 37
Tablo 4.5.3.1	Yaşadığı Ortama Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması..... 38
Tablo 4.5.4.1	Medeni Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 39
Tablo 4.5.5.1	Yaşadığı Yere Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 40
Tablo 4.5.6.1	Yaşam Düzenine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 41
Tablo 4.5.7.1	Kaldığı Eve Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 42
Tablo 4.5.8.1	Komşusu ile Görüşme Sıklığına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 44
Tablo 4.5.9.1	Eğitim Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması .. 45
Tablo 4.5.9.2	Eğitim Durumu ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişki 46
Tablo 4.5.10.1	Mesleki Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 47
Tablo 4.5.11.1	Mali Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 46
Tablo 4.5.12.1	Gelir Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 48
Tablo 4.5.13.1	Yürüme Yardımcısı Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 49
Tablo 4.5.14.1	Kendine Yardım Aleti Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 49
Tablo 4.6.1.1	GYA'daki Bağımsızlık Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 50
Tablo 4.6.1.2	EGYA'daki Bağımsızlık Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması 51
Tablo 4.6.1	Sosyal Katılımı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi 52
Tablo 4.7.1	Sosyal Katılım ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 52

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ÇAF	Çeyrekler Arası Fark
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Kalitesi
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması
KYA	Kendine Yardım Aleti
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
Ort.	Ortalama
p	İstatistiksel Yanılma Düzeyi
SS	Standart Sapma
vd.	ve diğerleri
YK	Yaşam Kalitesi
YY	Yürüme Yardımcısı
%	Yüzde
±	Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal açıdan sorunları olan bir süreçtir. Bu süreç içinde yaşlılarda meydana gelen fizyolojik ve fiziksel değişimler, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Tajvar vd. 2008, Altuğ vd. 2009, Şener 2009).

DSÖ'nün 2008 yılı verilerine göre 2000-2050 yılları arasında 60 yaş üstü insanların dünya popülasyonundaki yerinin 600 milyondan 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Leung vd. 2010).

Gerontoloji biliminde orta ve ileri yaş arasındaki sınır kesin olarak tanımlanamamıştır. ABD ve İngiltere'de 65 rakamı ileri yaş sınırı olarak kabul edilmiş olmakla birlikte, sosyal güvence kaygıları dolayısıyla bu rakamın 2027 yılı için 67'e yükseleceği ön görülmektedir (Lapham ve Kinsella 1997, Bongaart 2009, Zoghi 2010). ABD'de 2020 yılı için ≥ 65 yaş üzeri kişilerin toplam nüfusun %17'sini teşkil edeceği tahmin edilirken, Türkiye için ön görülen değer bu oranın yarısıdır. Türkiye'de 2010 yılında yaşlı nüfusun oranı %7.2 iken 2020 yılı için bu oranın %7.7'ye yükselmesi beklenmektedir (Akgün vd. 2004, TÜİK 2010).

Günümüzde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı orta yaş ve yaşlılık dönemine ilişkin çalışmalara gösterilen ilgi artmaktadır. Bu ilginin nedeni, dünya nüfusunda yaşlı oranının sürekli artmasıdır. Artan bu ilginin içinde yaşlıların rehabilitasyonu, aktivite katılımı ve sosyal entegrasyon, önemli konuların başında gelmektedir (Yücel 2008, Şener 2009).

Yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kaliteleri, depresyon, kognitif durum ve sosyal katılımın sonuçlarının ortaya çıkarılmasında geçerli ve güvenilir metotların kullanılması önemlidir. DSÖ'nün 2001'de İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırması'nda, hastalığın sağlık üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla vücut yapısı ve fonksiyonları, aktivite ve katılım kavramları kullanılmıştır. Bu alanlar

birbiriyle etkileşim halinde olduğundan problem tanımlanırken vücut yapısındaki bozukluk, aktivite ve katılımın kısıtlanması terimleri kullanılır (Okochi vd. 2005, Gladman 2008).

Geç yaş eğlenceli bir zamana dönüştürülebilir. Boş zaman aktiviteleri bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını belirlemede önemli rol oynar. Bu aşamada iş ve uğraşı terapistleri yaşlıları başarı, eğlence ve doyum için gerekli olan yeni ve kişiye uygun aktivitelere yönlendirerek katılımlarını devam ettirebilmesi için gerekli olan modifikasyon ve adaptasyonları sağlar. İş uğraşı terapistleri de yaşlıların anlamlı aktivitelere katılımında yardımcı olarak önemli rol oynarlar. İş uğraşı terapistleri tarafından yapılan aktivite analizi, destekleyici teknikler, KYA amacı olan aktivite performansını fasilite ederek veya arttırarak yaşlının becerisini ortaya koymasında yardımcı olur (Lewis 2003).

Çalışmamızın amacı; evde yaşayan yaşlılarda yaşlıların sosyal katılımları ile sosyo-demografik özellikler, yaşam kalitesi, kognitif durum, depresif semptomlar ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu amaçla kurguladığımız hipotezler şunlardır:

- 1-Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılım ile demografik özellikler depresyon düzeyi, kognitif durum, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasında bir ilişki vardır.
- 2-Evde yaşayan yaşlılarda, depresyon varlığı, kognitif düzey düşüklüğü, yaşam kalitesinin azalması, GYA ve EGYA'daki bağımsızlık düzeyi sosyal katılımı olumsuz yönde etkiler.

Yukarıdaki hipotezleri test etmek için çalışmada, 65 yaş ve üstü evde yalnız, eşi, akrabaları ya da bir başkası ile yaşayan, iletişim problemi olmayan, tanımlanmış herhangi bir hastalık ya da özür nedeniyle bağımsızlık düzeyi etkilenmemiş olan 113 yaşlı değerlendirilmiştir. Yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bilgileri sosyo-demografik forma kaydedilmiştir. Yaşlıların boş zaman aktiviteleri entelektüel, sosyal, rekreasyonel aktiviteler, dini faaliyetler ve fiziksel aktiviteler olmak üzere 5 başlık altında toplanarak ayrı bir formda değerlendirilmiştir. Yaşam kaliteleri ise DSÖ yaşlılar için yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-OLD) ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların Temel GYA'yı değerlendirmek için Katz'ın GYA ölçeği, enstrümental GYA'yı değerlendirmek için ise Lawton ve Brody'nin GYA ölçeği kullanılmıştır. Yaşlıların

depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır. Yaşlıların kognitif fonksiyonları Hodkinson Mental Test ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen veriler uygun istatistiksel yontemlerle karşılaştırılarak analiz edilmiş ve sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Biyolojik, sağlık ve sosyal anlamda yaşlılık kişinin bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçmesi, öz bakımında yetersiz kalması demektir. Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından yaşlılık, bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı, emekliye ayrıldığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Genellikle sınırı 60-65 yaş olarak kabul edilmektedir. Bireylerin bağımlı duruma geçmesi ise 75 yaşından sonra olmaktadır (Berberoğlu vd. 2002).

Sosyal yaşlanmada, gerontologlar yaşlıları oynadıkları sosyal rollere ve alışkanlıklara göre tanımlamaktadırlar. Sosyal rol olarak tanımlanan konular kişilerin baba, büyükanne, emekli gibi yaşamları boyunca gerçekleştirdikleri olaylar ve beklentilerdir. Fizyolojik yaşlanma, yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler arasında, aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması ve yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları bulunmaktadır.

Psikolojik yaşlanma ise, kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir (Scheineder 1983, Soyuer 2008).

Demografik açıdan yaşlılığın sınırı 65 yaş olarak kabul edilmektedir. Sosyal gerontologlarca yapılan sınıflamaya göre (Uz 2008);

- Genç yaşlılık: 65-74 yaş arasını kapsayan emeklilik dönemi
- Yaşlılık: 75-84 yaş arasını kapsayan işlevsel kayıpların görüldüğü dönem
- İleri yaşlılık: 85 yaş üzerini kapsayan özel bakıma muhtaç oldukları dönemdir.

Yaşlanma esas olarak doğumla başlayan bir süreçtir. Organlardaki fizyolojik değişiklikler de bu andan itibaren başlamış olur. Bu meydana gelen değişikliklerin hızı

ve şiddeti olayın yaşlılığa bağlı fizyolojik bir süreç ya da başlı başına bir hastalık olduğunu gösterir (Nalbant 2010).

Yaşlanma süreci beş zamanda incelenmektedir (Uncu vd. 2003, Ölüç vd. 2007).

Moleküler Yaşlanma: Zaman sürecinde biyolojik niteliklerin önemli ölçüde değişikliğe uğradığı ve kollajen makromoleküllerin birikiminin tendon, deri ve kan damarı elastikiyetinde azalmaya yol açtığı ileri sürülmektedir. Bu tip çapraz bağların enzim ve diğer moleküller arasında da oluşabilmesi, söz konusu moleküllerin yapısal ve işlevsel değişikliğe uğramasına neden olmaktadır.

Hücreysel Yaşlanma: Yaşla birlikte ortaya çıkan mutasyonlu hücrelerin artımıyla, çevresel kimyasalların söz konusu olduğu, mutajenik hücre birikimi önemli rol oynar.

Doku ve Organ Yaşlanması: Genetik, beslenme, çevre, yaşam tarzı ve stres etkisiyle fonksiyonel değişikliklerle oluşan, birçok organda bireyden bireye değişen yapısal ve işlevsel değişiklikler olmaktadır. Biyolojik ve kronolojik yaş birbirinin aynı olmayabilir. Yine vücuttaki bütün organların biyolojik yaşı da aynı değildir. Ancak yaşlanma sürecine giren organda hücre işlevlerinde belirli azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerin azalması, duyuşal değerlendirme yetisinin yitirilmesi biçiminde olmaktadır. Vücut sıvısında ve plazmada da azalma olur, kas dokusunda gerileme olur, yağ dokusu ve glikoprotein artar.

Bireysel Yaşlanma: Çevreye uyumda giderek azalma ile karakterize ve sonunda ölüme kadar giden devamlı ve ilerleyici bir kuvvetten düşme durumu olan en önemli nitelik kişinin çevreye uyumunun azalmasıdır. Homeostaz yetersizliği olarak tanımlanabilecek bu yaklaşımda daha sonra değişiklik olmuştur. Yeni değişiklik homeostasis kavramıdır. Bu kavrama göre yaşlanmanın kendisinin, dış çevredeki ve dejenerasyonun dış strese karşı koymak üzere iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum olayı olduğunu kabul etmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kardiyak, renal, pulmoner ve immün sistemde sürekli bir azalma söz konusudur. Bunda önemli bireysel farklılıklar vardır. Yaşlılarda hastalık insidansında artışa neden olan diğer fizyolojik farklılıklar vardır ve bu farklılıklar aslında yaşlının kolay örselenebilmesiyle, çevresel etkilenim derecesiyle etkilenmektedir. Bireysel yaşlanmada da önemli farklılıklar olabilir. Kişi ileri kronolojik yaşa ulaşmasına rağmen yaşlılık

belirtileri görülmeyebilir ya da kronolojik yaşı erken olmasına rağmen yaşlılık belirtileri görülebilir. Bu durumda prematüre yaşlanma bulguları patolojik olarak kabul edilmektedir. Ancak fizyolojik değişimin ne zaman patolojik olarak ele alınması gerektiği belirsizdir.

Toplumsal Yaşlanma: İnsanların toplumsal yaşlanması 3 değişik şekilde olmaktadır. Bir toplumdaki bütün bireyler diğer toplumdaki bütün bireylerden yaşlı ise bu toplumun bütünüyle yaşlı olduğu kabul edilir. Yaşlı kişilerin oranında giderek artma söz konusu ise bu nüfus piramidinin tepesi yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Eğer genç nüfus oranında azalma söz konusu ise buna da nüfus piramidinin tabanında yaşlanma demektir.

Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinde meydana gelen değişiklikler, genellikle normal koşullar altında beden işlevleri üzerine etkili olmayıp, daha çok sistemlerin yedek kapasiteleri azaltmaktadır. Yaşlanma sürecinden birçok organ sistemi etkilenmektedir (Yaman 2003).

Kardiyovasküler sistem: Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Maksimal oksijen tüketimi ve maksimal kardiyovasküler fonksiyon indeksi 25 yaşından sonra her on yılda %5-15 ve maksimal kalp atımı her on yılda bir 6-10 atım/dakika düşer. Yaşlanmayla beraber kardiyak fonksiyonda yani kalp debisinde, kalp atım hacminde, kalp atım sayısında ve maksimal oksijen tüketiminde düşüşlerin yanında, kalp kapakları da sertleşip endokard kalınlaşır. Kan damarları, yapısındaki elastik liflerin kaybından dolayı daha az esnek olurlar ve kan basıncı artar. Bu da sonuçta hipertansiyona sebep olur. Yaşlılardaki mortalitenin %50 ve morbiditenin %70 oranında hipertansiyona bağlı olduğu ve koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve inme insidansının, hipertansif hastalarda normatansif yaşlılara oranla, daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Mazzeo vd. 1998, Erbaşı vd. 1999).

Solunum Sistemi: Yaşlanmayla akciğer dokularının elastikiyetini kaybetmesi, göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarında kuvvet azalması oksijen taşınmasıyla ilişkili solunum fonksiyonlarında azalmalara neden olur. Göğüs kafesinin elastikiyetindeki azalma nedeniyle, toraks hareketleri zorlaşır, solunum sisteminde verim düşüklüğü ortaya çıkar ve toraks solunumu yerini karın solunumu alır. Ayrıca

rezidüel akciğer hacmi artarken vital kapasite de azalmaktadır. Zorlu soluk verme hacmi (FEV1) erkeklerde 30 ml/yıl, kadınlarda 23 ml/yıl azalır (65 yaş üstü sigara içmeyen sağlıklı yaşlılarda). Zorlu vital kapasite (FVC) erkeklerde 14-30 ml/yıl, kadınlarda 15-29 ml/yıl azalır. Sigara içmek bu değişimleri oldukça hızlandırır (Bilir 2006) .

Kas-İskelet Sistemi: Yaşlanmayla beraber kemik kitlesinde azalmalar ve stresin artması kırılmaların oluşmasına neden olabilir. 30-35 yaşlarından sonra kadınlarda ve 50-55 yaşlarından sonra erkeklerde % 0.75-1 oranında kemik yoğunluğu kayıpları oluşur. İntervertebral disklerde dejenerasyon, kıkırdak ve bağlarda kalsifikasyon yaşlanmayla ortaya çıkar. Eklemde elastikiyet kaybı, kıkırdaklarda bozulmalar oluşur. Yaşlılar, gerek duruşta gerekse yürüyüşte denge sorunu yaşarlar. Bunun nedenleri arasında duyuusal inputun azalması, kas gücünde azalma, postüral cevapların iletiminde uzama ve vestibüler reflekslerin yavaşlaması sayılmaktadır. Yaşlanmayla birlikte iskelet sisteminde osteoartrit, romatoid artrit gibi hastalıklar da görülür (Soyuer 2008).

Kasların kütlesi ve kuvveti yaşla beraber azalır. Yaşlanmayla kas lifleri sinir uyarımına, daha yavaş cevap vermekte ve daha az etkili kas refleksi oluşmaktadır. Kas lifleri içerisinde hücreler arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. 30 yaşından sonra kişilerde kassal kuvvet her on yılda bir % 10-15 oranında düşmeye başlar ve 50 yaşından sonra bu olay hızlanır. Kas kütlesinin kaybı yaşamı tehdit etmemesine rağmen, günlük aktiviteleri yapmayı zorlaştırır ve fiziksel aktivite düzeyini düşürür (Gündüz 2000, Soyuer 2008).

Sinir Sistemi: Yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur. Serebellum yaşlanmayla yaklaşık %25'lik bir hücre kaybına uğrar (Soyuer 2008). Beyin yaşlılarda daha az etkin çalışır ve yaşlı insanlar daha yavaş reaksiyon verebilirler. Kelime hazinesi, kısa-süreli hafıza, yeni materyalleri öğrenmek, kelimeleri hatırlamak gibi bazı mental fonksiyonları azalabilir. Altmış yaşından sonra, spinal kordda da hücre sayısı azaldığından yaşlı insanlarda duyu kayıpları da başlayabilir. Yaşlandıkça, sinir ileti hızı yavaşladığından bu değişiklikler çok küçüktür ve insanlar bunu fark etmeyebilir. Sinir sisteminin darbelere karşı cevabı da azalır. Sinir dokusu gençlere göre kendisini daha yavaş ve kısmi olarak tamir eder. Dolayısıyla, yaşlı insanlar darbelere karşı daha hassas ve kırılındırlar (Nalbant 2010).

Duyusal Fonksiyonlar: Beyin yapısında glukoz kullanımında kayıplar, yaşlanmayla duyuşsal kavrayışta düşüşlere neden olur. Yakın nesnelere odaklama güçlüğü 40'lı yaşlarda, ince detayları ayırt edebilme 70'li yaşlarda düşmeye başlar. Gözler daha gri görünür ve katarakt gelişebilir. Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. Tat ve koklama duyularındaki az bir kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler (Soyuer 2008).

Metabolik Değişiklikler: Yaşlanmayla birlikte, kan glukozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu da tip 2 diabete neden olur. İnsülin etkisindeki ve glukoz toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkili, ikincil olayların da etkisi olabilir. Fiziksel aktivitedeki azalma ve yağ dokusundaki artış, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci gelişmesinde rol oynar (Iwao vd. 2000, Soyuer 2008).

İmmün Sistem Değişiklikleri: İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu değişiklikler enfeksiyon riskinde ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar. Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir (Soyuer 2008).

Bedensel, duyuşsal ve bilişsel kayıpla beraber yaşlılarda denetim algısında azalma olmaktadır. Denetim algısının azalması ise yaşlılarda kendine güven ve kendini yeterli hissetme duygularının azalmasını beraberinde getirmektedir (Mann 1997, Chodsko-Zajko vd. 1998). Bunun sonucu olarak da bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılmış olan çeşitli araştırmalar yaşlılarda en çok görülen sağlık sorunlarının hareket sistemi ile ilgili sorunlar, görme ve işitme problemleri gibi fizyolojik değişimlerin yol açtığı sorunların yanı sıra, hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi daha ciddi hastalıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sağlık sorunları bir yandan insan ömrünü kısıtlarken, diğer taraftan da yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Görme, işitme veya hareket yetersizliği olan bir kişinin yaşam kalitesi bu değişikliklerden etkilenir (Bilir 2006).

2.2. Yaşlanma ve Kognitif Fonksiyonlar

Kognitif terimi Latince 'cognita' sözcüğünden gelmektedir. Bilinç, öğrenme, algılama, zeka, dikkat, hafıza, oryantasyon, eylem, duygu, karar verme, konuşma, düş

kurma, sorun çözüme, okuma-yazma ve hesaplama gibi yüksek beyin işlevlerini kapsar (Erdoğan 2008).

Yaşlılarda sıklıkla hafıza, dil, oryantasyon, görsel algı yeteneği ve diğer karmaşık işleri yapma yeteneğindeki problemler, onların yüksek kortikal fonksiyonları gerektiren işleri güvenli bir şekilde yapmalarını engeller (Adler 1997). Beyinsel işlevlerdeki azalmanın yaşlandıkça arttığına dikkat çeken bazı araştırmacılar, demansın sadece yaşlılıktan ileri gelen bir hastalık olmadığını bildirmişlerdir (Kanowski vd. 1988, Zimmer ve Lin 1988, Tufan 2006).

Normal yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerini tanımlamaktadır. Normal yaşlanma süreci ile beraber bazı bilişsel işlevlerde gerileme gözlenirken, bazıları korunmakta (sözel beceriler, yaratıcılık gibi) bazılarında ise belli belirsiz bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Anılan bu bilişsel değişiklikler kişiden kişiye değişebileceği gibi, aynı kişide farklı bilişsel boyutları, farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte bireyin yaşam kalitesini belirleyen sosyoekonomik şartlar, eğitim seviyesi, geçirilen hastalıklar ve psikolojik durumu, bireyin anatomik yapısı vb. faktörler, bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini etkilemektedir. Dolayısıyla her yaşlı bilişsel alandaki değişimlerle ilgili olarak aynı kaderi paylaşmaz (Cangöz 2009, Er 2009).

Yaşa bağlı ortaya çıkan Santral Sinir Sistemi (SSS) değişiklikleri kognitif fonksiyonlarda azalmaya neden olur ve gelişen kognitif bozukluğun şiddeti değişkendir. Kognitif bozukluğun nedenleri ve klinik belirtileri farklıdır ve en sık demans, deliryum ve depresyon gibi farklı klinik semptomlar şeklinde ortaya çıkar (Erdoğan 2008).

Demans, birden çok entellektüel yetenek alanında kayıpla birlikte giden, davranış bozukluklarının eşlik ettiği ve günlük yaşam etkinliklerinin bozulmasına neden olan nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak görülen değişikliklerin yanı sıra, demansın da etkisiyle yaşlı bireylerin günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey bu etkinlikleri yerine getirirken kısmen ya da bütünüyle çevresindeki bireylere bağımlı duruma gelir (Çuhadar vd. 2006). Seksen yaşına kadar, yaşlıların %20-30'u günlük işlevlerini etkileyen demans hastalığına yakalanabilirler. Bazı çalışmalar 50-59 yaş arası bireylerin %20'sinin , %80-

89 yaş arasındakilerin ise %40 ve üzerinin kognitif yetersizlikten yakındıklarını belirtmektedir (Mercer vd. 1998).

ABD’de 65 yaş ve üzerindeki nüfusun %5’inde şiddetli, %15’inde hafif düzeyde demansiyel tablonun olduğu, 80 yaş ve üzerinde bu oranın şiddetli demans açısından %20’lere ulaştığı bildirilmektedir. Ülkemizde yaşlılar genellikle aile içinde tutulduğunda, bunlarda demansı araştırmak kolay değildir (Çuhadar vd. 2006).

Demanstaki bilişsel kayıplar *amnezi, agnozi, apraksi ve afazi* olarak dört grupta ele alınabilir. Amnezi; bilgileri ya da yaşantıları anımsama güçlüğüdür. Örneğin, hasta farklı bir şehirdedir ama kendisini yaşadığı şehirde zannetmektedir. Agnozi; nesnelere tanıyamama halidir. Genellikle demansın geç dönemlerinde gözlenir. Örneğin hasta çay sever ve içmekten hoşlanır ama çayı nerede pişireceğini ya da çaydanlığın çay pişirme amacıyla kullanıldığını bilemez. Apraksi, gömleğin düğmesini ilikleme gibi basit günlük eylemleri yapamama durumudur. Sıklıkla amnezi ile ilgili belirtiler, ilerleyen dönemlerde de apraksi ile ilgili sorunlar gözlenir. Afazi ise kendini ifade edebilme amaçlı konuşamama halidir. Özellikle, sol beyin yarısındaki konuşma merkezini tutan patolojilerde afazi sıklıkla ortaya çıkar (Maviş ve Özbabalık 2006).

Kognisyonun nörobiyolojik ve klinik özelliklerine ilişkin literatürde boş zaman aktivitelerine katılımın kognitif fonksiyonlar üzerinde yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, sosyal bağlantıların ve aktivitelerin uyarı sağlayarak kognitif fonksiyonları depresyona ve stresin etkilerine karşı korumaya yardımcı olabileceği, GYA’daki kısıtlanmalarla ve EGYA’daki limitasyonlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (House vd. 1988, Bassuk vd. 1999, Gleit vd. 2005, Verghese vd. 2006, Leung vd. 2010).

Birçok çalışma fiziksel, sosyal ve yaratıcı aktivitelere katılımın kognitif bozukluk, kognitif sapma veya demans riski ile ters orantılı olduğunu göstermiştir. Ancak bazı çalışmalar kognitif sapmanın fiziksel, sosyal ve yaratıcı aktiviteler ile ilgisi olmadığını göstermiştir (Aartsen vd. 2002, Bosma vd. 2002, Wang vd. 2002, Sturman vd. 2005, Niti vd. 2008).

Yaşlandıkça yavaşlayan bellek işlevleri ve yeni şeyler öğrenme kapasitesindeki azalmayla mücadele etmenin en iyi yolu, tersine yeni şeyler öğrenmeye çalışmaktan

geçer. Sık bulmaca çözmek, kitap okumak, düzenli günlük gazete ve dergi okumak, çalışma hayatı boyunca fırsat bulunmayan hobileri geliştirmek için derneklere, kulüplere üye olmak, kurslara katılmak bellek işlevlerinin güçlenmesine çok büyük katkı sağlayacaktır (Candansayar 2005, Ölüç vd. 2007).

Kognitif sapma ve demansa neden olan bir çok faktörden ileri yaş ve genetik faktörler değiştirilemez, halbuki yaşlı bireylerin yaşam stilleri modifiye edilebilir. Yaşlı bireyleri özellikle entellektüel aktiviteler içeren aktif bir yaşam tarzına yönlendirerek, onların bağımsız yaşamaları sağlanabilir ve kognitif fonksiyonları korunur (Leung vd. 2010).

2.3. Yaşlılarda Ruh Sağlığı

Psikolojik iyilik hali başarılı yaşlılıkta merkezi komponenttir, sosyal yaşama katılım aktif, tatmin edici ve bağımsız bir yaşam için gereklidir (Sorensen vd. 2002) Yaşlılık, yaşam karşısında kayıpların ve çöküşün görüldüğü bir dönemdir. Yaşlanmayla birlikte ruhsal yapının temel gücünü oluşturan biyolojik ve toplumsal güdülerde azalma olmakta ve bu nedenle güdülenmeden kaynaklanan duygulanımda azalma ve çöküntü ortaya çıkabilmektedir (Bahar vd. 2005)

Yaşlanmayla birlikte görme, işitme, tat, koku alma, vibrasyon duyuları zayıflamakta, bu da algı netliğinde ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Sözü edilen değişimler sonucunda üretkenlik işlevinden uzaklaşan, işe yaramazlık duygusu yaşayan, zihinsel işlevleri gerileyen, çevreye ilgisi azalan, yeni durumlara yanıt vermede geciken ya da veremeyen, yakın bellek zayıflığı olan, alıngan, benmerkezci, zaman zaman kuşkucu, günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının yardımına gereksinimi olan yaşlı bireyin yalnız kalması ve çevreden soyutlanması depresyon ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Kaya 1999, Bahar vd. 2005).

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içinde, değersizlik, yetersizlik, küçüklük, duygu ve düşünceleriyle birlikte düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ile giden yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir. Ayrıca yaşlı bireylerde diğer hastalıklarla veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Depresyonun yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olmadığı ve bir hastalık durumu

olduğu bildirilmiştir (Sütoluk vd. 2004, Ölüç vd. 2005, Perlmutter vd 2010, Savaş vd. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2020 yılında depresyon, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunu olacaktır. Yaşlı nüfusun ortalama %10-15'ini etkileyen depresyonun, huzurevleri ve bakımevlerindeki sıklığı %25'e kadar çıkmaktadır (Bahar vd. 2005, Kulaksızoğlu 2009).

Depresyon iş, dolayısıyla ekonomik kayba yol açar. Bu açıdan önemli bir toplum sorunudur. Yaşlılık döneminde emeklilik bireyde travmatik bir yaşantıya dönüşmekte ve psikososyal kimliğini olumsuz etkilemektedir. Geniş aile tipinin çekirdek aileye dönüşmesi, sevilen insanların kaybı, fiziksel ve zihinsel işlevlerin azalması ve başkalarının varlığına gereksinimin artması gibi değişiklikler insanları yaşlılık dönemlerinde psikolojik açıdan uyumsuz bir ortama sokmaktadır (Kerem vd. 2001, Bahar vd. 2005).

Yaşlılıkta gücün, fiziksel becerilerin, arkadaşların, yakın ilişkilerin, cinsel olanakların, saygınlığın, sosyal yaşantı ve desteklerin azalması depresyonu hazırlamaktadır. Kadın olmak, düşük sosyoekonomik statüde olmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa ya da kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yeterli olamamak gibi koşulların depresyon için zemin hazırladığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Nörodejeneratif hastalıklar da depresyon riskini artırır (Kaya 1999, Candansayar 2005, Ölüç 2007).

Yaşlı bireyler arasında anksiyeteye de sıklıkla rastlanır. Yaşlıların %10-15'i nevroiktir veya kişilik bozuklukları bulunmaktadır. Yaşlı hastaların %10-20'sinde, özellikle kadınlarda önemli ölçüde anksiyete bulunmaktadır. (Uçku vd 1992, Bahar vd. 2005).

Son on yıl içinde yapılan çalışmalar strese karşı yaşlının korunmasında sosyal destek sistemlerinin önemini ortaya çıkarmıştır. Özellikle aile desteğinin, ekonomik zorlukları olan yaşlılarda depresif belirtileri azalttığı bulunmuştur. Son on yılda yaşlılıkta kayıpların ve yeti yitiminin artışı ile giderek sosyal yönden geri çekilme olduğu

yolundaki görüş değişmiştir. Bu görüş yerini sosyoemosyonel seçicilik kuramına bırakmıştır. Bu kurama göre yaşlılıkta kişinin önceden de daha uzak ilişki kurduğu kişilerle olan sosyal bağlantısı azalırken, yakın ilişkiler kurabileceği arkadaş ve akraba ilişkileri ise azalmamakta ve stabil olarak sürmektedir. Diğer yandan yaşlılar birçok kayıp yaşamış oldukları için sosyal izolasyona oldukça duyarlıdırlar. Seksen beş yaş ve üzerindeki yaşlılarda sosyal ilişki temel olarak ancak kendi çocukları ile olmaktadır. Bu grupta diğer akrabalarla olan sosyal ilişkiler giderek azalmaktadır. Bu nedenle, bu yaş grubunda yaşlıların temel olarak bağlantı kurdukları kişiler aileleri, özellikle çocukları olmaktadır. Yaşlılıkta görülen yeti yitimi, bedensel ve ruhsal hastalıklar, ekonomik ve sosyal kayıplar, bu döneme ilişkin sorunların ele alınmasında çok yönlü yaklaşımın önemli olduğunu düşündürmektedir (Gülseren vd. 2000).

2.4. Yaşlılarda Fonksiyonel Düzey

Fonksiyonel kapasite kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini gösterir (Kayıhan 2007).

Günlük yaşam etkinlikleri, iki temel başlıkta değerlendirilir: Günlük yaşam etkinlikleri ve yardımcı günlük yaşam etkinlikleri. Temel günlük yaşam etkinlikleri, kişinin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını (beslenme, giyinme, banyo, kişisel bakım, sandalye ve yatak arası hareket, tuvalet kullanma, barsak ve mesane kontrolü, yürüme, merdiven kullanma vb.) içerir.

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise, kişinin toplum içinde bağımsız yaşaması için gereken etkinlikler (yemek hazırlama, ev işi yapma, ilaç alma, dışarıdaki işleri halletme, para idaresi, telefon kullanma vb.) içerir. Günlük yaşam etkinliklerinin çoğunun fiziksel ve bilişsel bileşenleri olduğundan, bir işlevdeki bozulma fiziksel, bilişsel veya psikolojik bir nedene bağlı olabilir. (Fleming vd. 1995, Ulusel vd. 2004)

Günlük yaşam aktivitelerine katılım, çok ileriki yaşlarda ev yaşantısı için memnun edici ve bağımsız bir hayata rehberlik etmek için gerekli bir durumdur ve yaşlıların iyilik hali için önemlidir. Ev ve komşuluk çevresi ileriki yaşlarda önemli bir yaşam alanıdır ve birçok günlük yaşam aktiviteleri burada yapılır. Bu yüzden araştırmalarda

yaşlılıkta katılımı etkileyebilecek ev içi ve mahalle ortamı gibi faktörleri ortaya çıkarmak gerekir (Haak vd. 2008).

Yaşlılık sağlık ve sosyal sorunları da birlikte getirmektedir. Bu nedenle yaşlı bireyler, birtakım engeller ve sorunlarla birlikte yaşamlarını sürdürmek zorundadırlar. Yaş ilerledikçe, günlük yaşam etkinliklerinde zorluklar belirginleşmektedir (Berberoğlu vd. 2002).

Yaşlı kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar yaşam kalitelerini etkilemektedir. 65 yaş ve üstündeki kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasında bağımlı olduğu, 65-69 yaş arası kişilerin %10'unun yardıma ihtiyaç duyduğu, 85 yaş ve üstünde ise %47'sinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu belirtilmektedir (King vd. 2002).

Geriatrik hastanın değerlendirilmesinde ailenin önemi büyüktür. Hızlı kentleşme ve toplumsal değişme süreci sonucunda küçülen aile yapısı, kadınların çalışma yaşamında yer alması, konutların küçülerek apartman dairesine dönüşmesi gibi faktörler yaşlının evde bakımını zorlaştırmıştır. Yaşanan çeşitli sorunların yanında özellikle kognitif bozukluklarda GYA'daki bağımlılık kurum bakımını gündeme getirmektedir. Yapılan çalışmalarda da huzurevinde kalanlarda fiziksel yetersizlik ve bilişsel bozukluk durumunun yüksek olduğu görülmektedir (Ölüç vd. 2007).

Kurumsal veya yaşlılar için özel düzenlenmiş ortamlarda yaşayan yaşlıların genellikle yaşlılarla ilişki kurdukları, çeşitlilik ve değişkenlik içermeyen rutin bir yaşam sürdürdükleri düşünülebilir. Evde yaşayan yaşlıların ise göreceli olarak daha heterojen ilişkiler içinde oldukları, toplumla bağlarını daha güçlü sürdürdükleri ve günlük yaşam aktivitelerine kurumda yaşayan yaşlılardan daha fazla katılma olanağı buldukları düşünülebilir (Özekes 2006).

Halk arasında yaşlıların yaşam stili seçimleri sağlık fonksiyonlarını ve yaşamsal fonksiyonları belirlemede önemli rol oynar. Başarılı yaşlanmayı kolaylaştırmak amacıyla çalışan hizmetler adına bir çerçeve oluştururken egzersiz, beslenme, sosyal ve yaratıcı aktiviteler, boş zaman, öz bakım, ruhsal ve psikolojik iyilik hali ve sağlıkta bilinçlenmeyi teşvik edici davranışlar gibi faktörler dahil edilebilir. Bu bağlamda çalışmalar ayrıca sosyal ve yaratıcı aktiviteye katılım ile fiziksel ve kognitif

fonksiyonları, kendine verimliliği ve yaşam kalitesini içeren sağlık sonuçlarının düzenlenmesi arasında pozitif korelasyonlar olduğunu saptamıştır. Uygun alışkanlıklar, rutinler ve GYA ve EGYA için kapasite; kurumsallaştırma, mortalite ve depresyon düşük risk ile bağlantılıdır (Lawton vd. 1999, Woo vd. 2006, Hwang 2010).

Dinsel bağlılık ve ruhsal aktivitelerin büyük ölçüde iyilik hali, yaşam memnuniyeti ve yaşama amacı, daha az fiziksel semptom, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca sağlıkla ilgili kendini bilme ve özyönetim, sigara içmek, ilaç ya da alkol kullanmak gibi diğer yaşam stili faktörlerinin yaşlılarda çeşitli alanlarda sağlığı ve fonksiyonu önemli derecede etkilediği bulunmuştur. Tüm bu araştırmalar sağlıklı yaşam stilinin yaşlılığa karşı koruyucu etkileri olduğunu desteklemektedir (Koenig vd. 1998, Pronk vd. 2004, Peel vd. 2005, Wolf vd. 2007, Hwang 2010).

2.5. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1960'larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni; gelir, eğitim, sağlık ve barınmanın yaşam kalitesiyle yakından ilgili olmasıdır. Yaşam kalitesinin önemi vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Patrick ve Erickson (1990) yaşam kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel) ve sosyokültürel dezavantajları içeren bir temel kavram olarak tanımlamışlardır. Cella (1994) fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin birleşiminden oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (Çubukçu 2005).

Yaşam kalitesi kavramı kişinin fiziksel sağlık, ruhsal durum, bağımlılık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve çevrenin göze çarpan özelliklerini içine alan genel bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsar. (Kayıhan 2007)

Yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek, sağlıkla ilgili müdahalelerde esas hedef olduğundan beri, yaşlılarda da yaşam kalitesini anlamak önem kazanmıştır (Levasseur vd. 2008).

Günümüzde yaşlı sağlığı konusunda deneyimler arttıkça başarılı yaşlanmanın tanımı ve nasıl olacağı üzerine ilgi de giderek artmaktadır (Bowling ve Iliffe 2006). Bu nedenle DSÖ, aktif yaşlanmayı gündeme getirmiştir. Aktif yaşlanma; yaşam boyunca fiziksel, mental, sosyal iyilik için fırsatları en üst düzeyde kullanarak yaşam beklentisini, üretkenliği ve yaşam kalitesini artırmak şeklinde tanımlanabilir (Yücel 2008).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (Çalıştır vd. 2006).

Son yıllarda hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde yaşam beklentisi oldukça artmıştır. Ancak yılların iyi sağlıkla veya engelle veya yardıma ihtiyacı olmasıyla beraber kazanıp kazanılmadığı net değildir. Bu bağlamda fazladan yılların kalitesi genel yaşam beklentisinden daha önemlidir (Rubio vd. 2009).

Yaşlılık, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Yaşlılık döneminde, beraberinde gelen kronik hastalıklar yüzünden toplum içindeki aktiflik kısıtlanmakta ve yaşam kalitesi de düşmektedir (Eser vd. 2007).

Toplumda önemli ve problemlili bir sosyal grup oluşturan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığında politik, sosyal ve ekonomik olduğu görülür (Dirik 2005).

Politik faktörler; bireyin sağlığı kendi başına yaşam kalitesini etkiler. Yaşam kalitesinde azalma, emosyonel problemler, sosyal ve fiziksel fonksiyon sınırlılıkları tedavi planlarını belirlemede etkindir. Aynı zamanda ulusal politika ve kararlar da yaşlı sağlığını etkilemektedir.

Sosyal faktörler; yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini birçok sosyal faktör etkilemektedir. Yaşlı bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, fiziksel ve bilişsel sınırlılık ve ekonomik yetersizliğin getirdiği beslenme bozuklukları, duyuşsal ve fiziksel yetilerde azalmaya bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü ve aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı yalnızlık, öz bakım gücünde azalma ve izolasyon nedeniyle sosyal ağda daralma ve kişiler arası ilişkilerde bozulma da yaşam kalitesini etkilemektedir. Bunlara ek olarak yaşlı bireyin emosyonel, fiziksel ve ekonomik istismarı da yaşlıyı etkileyen diğer sosyal bir faktördür (Çalıştır vd. 2006).

Ekonomik faktörler; yaşlılar emekli olduklarında, gelirleri %55 gibi bir oranda düşmektedir. Cinsiyet, ırk, evlilik durumu, yaş farklılıkları ekonomik olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Oran vd. 2004).

Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (Telatar vd. 2004).

Yaşlı bireylerin eksponansiyel olarak artan sayısı ve yaşlanmanın getirdiği fırsatlar ve güçlükler dikkate alındığında yaşam kalitesi yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerini saptamada anahtar son noktadır. Bu nedenle yaşlılarda kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri geçerli ve güvenilir olmalıdır (Netuveli vd. 2006, Günaydın 2010).

Yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına sahip olması; tüm faktör ve değişkenlere rağmen yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesine bağlıdır. Geriatrik popülasyonda ana hedef; bazı sağlık sorunlarına duyarlı olan yaşlıların yaşam kalitesinin korunmasıdır (Çubukçu 2005).

Örneğin, yaşlılarda anlamlı boş zaman, yaşam kalitesi için esastır. Bir iş yapmanın televizyon izlemek gibi pasif rekreasyondan çok daha büyük bir önemi vardır. Zaman kişinin yaşam kalitesini ortaya koymada önemli bir kavramdır. İnsanoğlu kendisi için anlamlı ve amaçlı aktivitelerde bulunduğu sürece sağlık ve yaşam kalitesini sürdürür (Yücel 2008).

Yaşam kalitesi, farklı bireylerin, farklı dönemlerinde, farklı şeyler ifade etmektedir. İnsan yaşamının giderek uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması, ileri yaşlarında da sağlıklı kalmasını gündeme getirmiştir. Toplumların yaşlanması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Bu durumda yaşlının 65-75 ve hatta 85 yaşından sonra bile fiziksel, mental yönden bağımsızlığın devamı sağlanmalı ve bu bağımsızlığın uzun süre devam

ettirilebilmesi için, yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çalışılmalıdır (Çubukçu 2005).

Yaşlılık ve günlük yaşam olguları birarada ele alındığında yaşam kalitesi açısından ele alınması gereken aşamalı bir durum söz konusudur. Bu aşamalı durumda, öncelikle kaliteli bir yaşamın güven altına alınması, bunun yanı sıra yaşam kalitesinin artırılması gerekmektedir. Ardından da gerçekleştirilen kaliteli yaşamın sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir (Tufan 2003).

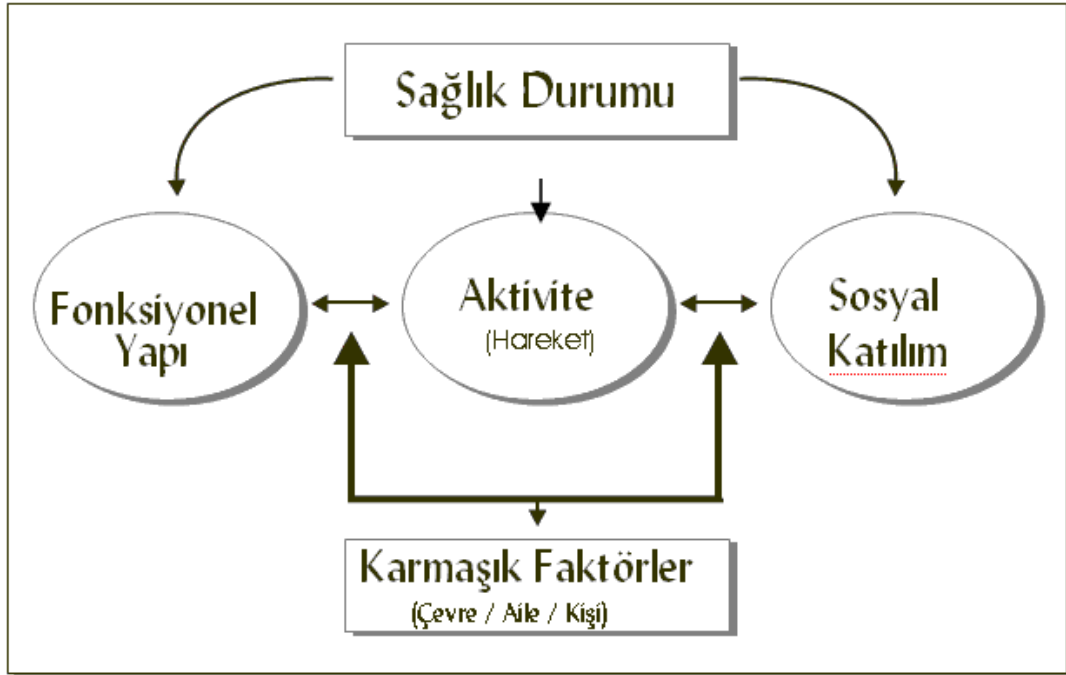
Diğer yandanda yaşam kalitesinin objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı yönünün olduğunda göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Yaşam kalitesinin subjektif boyutunda bireyin içinde var olduğu toplumsal çevrede kendisini nasıl hissettiği, objektif boyutunda ise boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri, eğitim, ekonomik güvence, konut ve ikamet koşullarının dikkate alınması gerekmektedir. Konut ve çevre, eğitim ve bilgi, sosyal güvence, aktivite imkanları, gelir ve fiatlar, sosyal ilişkiler, sokakta güvenlik ve sağlık hizmetleri yaşam kalitesini arttıran unsurlardır (Tufan 2003).

2.6. ICF Çalışmalarında Yaşlılık

ICF, sağlık alanındaki farklı disiplinler ve farklı çalışma sektörlerinde hizmet vermek amacıyla tasarlanmış geniş kapsamlı bir sınıflandırma sistemidir. Özürlü ve fonksiyonelliğin ölçümü, sınıflandırması ve kavramlaşması için bir iskelet sağlar. Sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak ve standart bir dil oluşturmayı amaçlar (DSÖ 2004).

ICF çerçevesi, çevresel ve kişisel dış faktörleri de içererek özürüllüğe biopsikosozyal yaklaşım olarak tanımlanmıştır. ICF'deki temel kavramlar iki grupta incelenebilir (Şekil 2.6.1.).

- I) Fonksiyon ve özürüllük: a) Vücut fonksiyonları ve yapıları,
b) Aktivite ve katılım
- II) Dış faktörler: a) Çevresel faktörler,
b) Kişisel faktörler



Şekil 2.6.1 Biyo-psiko-sosyal Model (DSÖ 2004)

Aktivite ve katılım: Aktivite ve katılım ICF modelinde ikinci bileşendir. Aktivite; bir görevin ya da hareketin birey tarafından gerçekleştirilmesidir. Bu aktiviteleri yerine getirirken yaşanan zorluklar aktivite limitasyonlarıdır. Katılım; bireyin yaşam içinde olmasıdır. Yaşam koşulları içinde karşı karşıya kalınan problemler katılım kısıtlılıklarıdır. Aktivite limitasyonları sıklıkla katılım kısıtlılıklarına yol açar ve her ikisi de özürle ilişkilidir. Bu bileşen 393 kategoriden oluşmaktadır (Tablo 2.6.1).

Tablo 2.6.1 ICF Bileşenleri (Aktivite ve Katılım)

-
- 1-Öğrenme ve bilgiyi uygulama
 - 2-Genel görevler ve talepler
 - 3-İletişim
 - 4-Yer değiştirme
 - 5-Kendine bakım
 - 6-Ev yaşamı
 - 7-Kişilerarası etkileşimler ve ilişkiler
 - 8-Temel yaşam alanları
 - 9-Toplum hayatı, sosyal hayat ve yurttaşlık
-

Aktivite ve katılım bileşeni kodlanırken bireyin performans ve kapasitesi göz önüne alınarak kodlama yapılır. Kodlama sırasında iki tanımlayıcı kullanılır. İstenildiği zaman dört tanımlayıcı da kullanılabilir.

- ✓ 1. Tanımlayıcı, bireyin kendi ortamındaki performansını tanımlar.
- ✓ 2. Tanımlayıcı, bireye yardım olmaksızın bir görevi yerine getirebilme kapasitesini tanımlar.
- ✓ 3. Tanımlayıcı, bireye yardım olduğu durumda bir görevi yerine getirebilme kapasitesini tanımlar.
- ✓ 4. Tanımlayıcı, bireyin yardım olmadan performansını tanımlar. Birinci performans tanımlayıcı bireyin kendi ortamında olduğu için kişisel yardımlar ve kolaylaştırıcılar olabilir.

DSÖ'nün geliştirdiği fonksiyon, özür ve sağlığın uluslararası sınıflandırmasına göre, bileşenlerin anlaşılması, geriatrik rehabilitasyonda önemlidir ve yaşlı kişinin fonksiyonel kapasitesinin çok yönlü, sistematik bir yaklaşımla ele alınmasına yardımcı olur (Spencer vd. 2002, DSÖ 2004, Hemmingson ve Jonsson 2005, Gladman 2008, Yücel 2008).

2.7. Yaşlılarda Sosyal Katılım ve Sosyal Katılımı Etkileyen Faktörler

Boş zaman aktiviteleri; kişinin işten veya günlük yaşam aktivitelerinden bağımsız olarak kendini iyi hissetmek ve zevk almak için meşgul olduğu aktivitelerdir (Verghese vd 2004).

Bazı çalışmalarda yaratıcı aktiviteler, sosyal katılım ve boş zaman aktiviteleri tanımlanmıştır. Aktiviteler ücretli iş, ücretsiz iş, gönüllü organizasyon aktiviteleri, karşılıklı yardım ve kendine bakım aktivitelerini yaratıcı davranışlar olarak kategorize edilmiştir. Bazı araştırmacılar ise yaratıcı aktivitelerin içeriğinde fizyolojik veya psikolojik anlamını vermekten ziyade ekonomik veya sosyolojik anlama odaklanmıştır. Şu anda yaratıcı aktivitelerle ilgili en yaygın tanım; toplumsal ve bireysel seviyelerde ekonomik değeri içeren, cinsiyet rolü ile hayat yönünü göz önünde tutan tanımlamadır (Hsu 2007).

Bu tanıma uyan aktiviteler hizmet amacıyla ve insanlara ücretli veya ücretsiz üretimi de içine alan servis hizmetlerinin sunulması anlamında kullanılır ve 3 temel alanı içerir (Hsu 2007):

- ücretli iş (düzenli veya düzensiz)
- ücretsiz iş (ev işleri, çocuk bakıcılığı, hizmetçilik; insanlara ücretsiz yardım hizmeti vermek)
- başkaları için yapılan ücretsiz yardım (resmi olmayarak arkadaşlara, yakınlarla, komşulara yardım etmek veya bir organizasyonda gönüllü olarak çalışmak)

Sosyal katılım, bireysel kaynakların sosyal odaklı bir paylaşım olarak tanımlanmasıdır.

Bu anlamda boş zaman aktiviteleri EGYA ve GYA'nın yaşlanma ile beraber gerçekleştirilmesinde önemli rolü olan aktivitelerdir. Halbuki; boş zaman aktiviteleri birçok aktiviteyi gerçekleştirmek için kullanılabilir. Örneğin, Lawton boş zaman aktivitelerini 3 şekilde değerlendirir:

1. Uzmanlık gerektiren aktiviteler; tek başına veya yardımsız olarak kendi kendine gerçekleştirilen aktiviteler
2. Kendini geliştirme aktiviteleri; ayrıca yalnız başına gerçekleştirilir, fakat geliştirme amacına ulaşırken dışarıdan bir kişi tarafından desteklenen ve hayatında değişiklik yapma şansı verilen aktiviteler
- 3-Sosyal aktiviteler; kapasiteleri güçlendirmek için sosyal bağlantılarını sürdürmek ve diğer kişilerle pozitif iletişim kurulabilmesi için meşgul olunan aktiviteler (Silverstein ve Parker 2002, Triado vd. 2009).

Bu tanıma göre, sosyal katılım kişinin zamanı, parası, çabası veya aile, arkadaş, sosyal grup veya kamusal katılımın paylaşımı ile ilgili olan geniş bir aktivite alanını içerir. Yaratıcı aktivitelere karşılık sosyal katılım ve boş zaman aktiviteleri iş, aile ve toplum mecburiyeti üzerine değil, kitap veya gazete okumak, radyo dinlemek veya televizyon izlemek, sporla ilgilenmek ve hobiler gibi kendini geliştirmek için düzenlenmiş amaçlı davranışlardır (Hsu 2007).

Boş zaman yaşlılar için oldukça önemlidir. Boş zaman uzun süre çalışmayan yaşlılar için bir kimlik duygusu oluşturur. Bazı özür durumlarının başlamasını geciktirebilir. Önemli kişisel tanımlamaların ifade edilmesi için de kullanılabilir. Çalışma ile boş zaman arasındaki çizgi yaşlılar için belirsiz olabilir fakat aktivite ile birleştiğinde başkalarına yararlı olma, kişisel yükümlülük ve mücadele duygusu ön plana çıkar. Boş

zaman için genel görüş ise aktivite teorisi ile uygun olarak yüksek düzeyde aktivitenin olumlu olduğu yönündedir (Goodman ve Bonder 2008).

Yaşlanma süreci ve yaşlılık olgusu incelenirken sürekli değişim temel alınarak, mutlaka zaman ve yer unsurları gözönünde bulundurulmalıdır (Tufan 2002). Yaşlanma ve yaşlılığı açıklamaya çalışan her sosyolojik teori, konuyu ancak incelediği topluma ve o toplumun kültürüne göre açıklayabilmektedir (Tablo 2.7.1).

Tablo. 2.7.1 Sosyolojik Teoriler (Aktivite ve Katılım)

Teoriler	Kurgular
Geri Çekilme Teorisi (Cummings&Henry, 1961)	1- Yaşlının aktiviteden geri çekilmesi 2- Yaşlının insanlardan ve olaylardan duygusal olarak geri çekilmesi
Aktivite Teorisi (Havighurst, 1963; Longino&Kart, 1982)	1- Yaşlının aktiviteyi korumak için uğraşması 2- Yüksek düzeyde aktivitenin iyi olma hali ile uyumlu olması
Süreklilik Teorisi (Atchley, 1989)	1- Yaşlının kendisi için her zaman önemli olan aktiviteleri sürdürmeye gayret etmesi 2- Yaşlının aktiviteleri sürekli olarak algılaması 3- Yaşlının değişikliği kompanse etmek için aktiviteye adapte olması 4- Başarılı yaşlılık sürekliliğin başarılmasının derecesi ile karakterizedir.
Yaşam Süresi Teorileri (Erikson,1963;Levinson,1986;Neugarten,1975)	1- Geç yaş yeni bir gelişimsel safhayı temsil eden gelişimsel sürecin sürmesidir 2-Safhaya özel görevlerin tespit edilmesi 3- Başarılı yaşlanma başarılı görevlerin sonucudur
Kişi-Çevre-İş (Christiansen&Baum, 1997)	1-Başarılı iş yükümlülüğü kişi, çevre ve işin etkileşiminin sonucudur 2-Performansı arttırmak için bu üç unsurdan herhangi birine müdahale edilebilir

Yaşlılıkta, biyolojik ve psikolojik alandaki kayıplar, sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir. Bireyin kişilik özellikleri, kalıtımı, aile bağları, kültürel özellikleri, geçirmiş olduğu yaşam deneyimleri, stres karşısındaki baş etme-savunma özellikleri ve çevresiyle ilişkileri yaşlanmasında ruh sağlığını etkileyen özellikleridir.

Toplumumuzun büyük bir kesimini tehdit eden ve risk grubunu oluşturan yaşlılık olgusunun getirdiği biopsikososyal boyuttaki değişimlerin yol açtığı sorunların ele alınmasının gereği ve önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (Güneş vd. 2005).

Yaşla birlikte sağlık ve sosyal alanlarda medyana gelen değişiklikler nedeni ile yaşlıların aktivitelere ilgileri ve bu aktiviteleri yapma becerileri azalır. Nitekim, yaşlılıktaki pek çok problem, yapılandırılmamış boş zamanın fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşlılarda sıklıkla hafıza, dil, oryantasyon, görsel algı yeteneği ve diğer karmaşık işleri yapma yeteneğindeki problemler, onların yüksek kortikal fonksiyonları gerektiren işleri yapmalarını engelleyen ve güvenli kılmayan unsurlardır (Yücel 2008).

Sosyal bağlılık, komşularla ilişki, dini gruplar ve resmi olmayan organizasyonlar gibi toplum gereği yapılması gerekenler olarak yorumlanabilir (Rubio vd. 2009). Birçok çalışma, zayıf sosyal bağlantısı ve az sosyal ilişkiye sahip olan bireylerin hastalık ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu ve sosyal ilişkilerin bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik sağlık yönünden büyük önem taşıdığını göstermiştir (Sorensen vd. 2002). Yaşlıların yakın akrabalar ve komşularla ilişkileri dengeli bir biçimde sürdürmek gereksinimi vardır (Güneş vd. 2005). Oysaki yaşlılar, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm işlerden ve ilgilerden elini, ayağını çekme ve kendini değersiz olarak görme eğilimindedirler (Özer 2001). Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görünmektedir. Çalışan ve üreten insan; özellikle emeklilikle birlikte, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu ise, kişinin kendine mutluluk veren, keyif aldığı faaliyetlere katılmasıdır. Çünkü boş zaman faaliyetlerine katılım yaşlılık sonucunda kişinin yaşantısında meydana gelen değişikliklerle baş etmesine yardım eden önemli bir faktördür ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir (Şener 2009).

Özellikle emeklilikten sonra yaşlıların boş zamanlarını kendi potansiyellerini geliştirecek yönde kullanmaları hayati bir önem taşımaktadır. İnsanlar geleneksel olarak nasıl ki işe yönelik olumlu bir tutum geliştirmişlerse, boş zamana yönelik olarak da yeni olumlu bir tutum geliştirmeyi öğrenmelidirler (Aiken 1995). Çünkü yaşlılıkta boş

zaman etkinlikleri ile yaşlının kişisel ve sosyal uyumu ile yaşam doyumu arasındaki ilişki pek çok araştırmada ortaya koyulmuştur (Gwozdz vd. 2009, Triado vd. 2009).

Boş zaman aktivitelerinin refah üzerindeki etkisi konusundaki bir diğer yaygın görüş insanların bir işle meşgulken daha sağlıklı ve mutlu oldukları şeklindedir. Hiçbir uğraşı ile meşgul olunmayan zamana sahip olmanın psikolojik olarak risk oluşturduğu ve can sıkıntısı nedeniyle kişiyi zararlı alışkanlıklara teşvik ettiği ileri sürülmüştür. Nitekim bazı araştırmalar boş zamanlarında hiçbir faaliyetle uğraşmayan ve sıkılan insanların sağlık açısından zararlı birtakım davranışlara yöneldiklerini (sigara, alkol vb) ve daha düşük fiziksel ve mental sağlık düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (Şener 2009). Sosyal aktivitelere katılım fiziksel sağlığı, mental sağlığı, entelektüel fonksiyonları ve hayatta kalma süresini artırır. Diğer yandan, sosyal aktiviteler iyi fiziksel fonksiyonla, gelecekteki bağıllık için düşük riskle ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme amacıyla fonksiyonel düzeltme ile ilişkilidir (Rubio vd. 2009).

Enstrümental günlük yaşam, boş zaman ve sosyal aktiviteler insanların sağlıklarını sürdürmesine yardımcı olur. Çünkü bireylerin meşgul olduğu aktiviteler aileleri, çevresi ve toplumla ilgili kalmasını sağlar (Marsiske vd. 2002, Perlmutter vd. 2010) Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, soy, evlilik statüsü, sağlık, hastane girişi ve önceki katılım sosyal aktivitelere katılım ile ilgilidir (Hsu 2007).

Ayrıca hem fiziksel ve kognitif aktivitelerin birlikte yapılması kognitif aktivitelerin tek başına yapılmasından daha güçlü bir etki ile yaşlıları kognitif sapmaya karşı korur. Fiziksel, sosyal ve yaratıcı aktiviteler bireysel olarak yaşla ilgili kognitif sapmaya farklı mekanizmalar ve yollarla etki edebilir. Farklı şekillerdeki boş zaman aktiviteleri, kognitif sapma üzerinde güçlü etkiye sahiptir, böylece yaşlılıkta kognitif fonksiyonları desteklemek amacı ile dizayn edilen girişimsel programlara yararlı bilgi sağlar (Niti vd. 2008).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Amaç

Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılım düzeyi ile sosyo-demografik özellikleri, kognitif durumu, depresif semptomlar, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi, arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Türkiyenin batısında bulunan Antalya ve Denizli ilinde yaşayan yaşlıların yaşadıkları evler ziyaret edilerek çalışma tamamlanmıştır. Çalışma Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (2011SBE006) kapsamında maddi olarak desteklenmiştir.

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Etik Kurulu tarafından 15.03.2011 tarihli ve 05 sayılı (Sayı: B.30.2.PAÜ.0.20.05.09/53) toplantısında onaylanmıştır.

3.3. Çalışma Süresi

Bu çalışma Ocak 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Katılımcılar

Çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerine uygun olan toplam 114 olguya ulaşılmıştır. Fakat 1 kadın olgunun ölümü nedeniyle çalışmaya toplam 113 olgu dahil edilmiştir.

Yaşlıların çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1-65 yaş ve üstü olmak

2-Evde yaşıyor olmak

3- Tanımlanmış bir hastalık ya da özür nedeniyle bağımsızlık düzeyi etkilenmemiş olmak

Yaşlıların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

1-Kanser, ortopedik, nörolojik, psikiyatrik ve romatolojik sorunlara bağlı kronik bir hastalık tanısına sahip olmak

2- Demans ve psikoz gibi nedenlerle iletişim problemine sahip olmak

3.5. Değerlendirme Araçları

Değerlendirmeler yaşlıların evlerinde görüşme tekniği ile yapılmıştır. Çalışmada yaşlılara ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, yaşadığı ortam, medeni durum, yaşadığı yer, yaşam düzeni, kaldığı ev, ailesi ve komşuları ile görüşme sıklığı, gelir düzeyi, mali durum, özgeçmiş, yürüme yardımcısı, işitme cihazı ve gözlük kullanıp kullanmadığı, kendine yardım aleti (KYA) kullanımı gibi demografik verileri sorgulamak için bir form oluşturulmuş ve bilgiler bu forma kaydedilmiştir (Ek 1).

3.5.1. Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Yaşlıların kognitif fonksiyonları Hodkinson Mental Test kullanılarak değerlendirilmiştir (Hodkinson 1972). Test yer ve oryantasyonu, hafıza ve aritmetik yetenekleri değerlendiren toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Doğru cevaplandırılan her soru 1 puan olarak hesaplanmaktadır. 8-10 puan doğru cevap kognitif fonksiyon bozukluğu olmadığını, 6-7 puan doğru cevap hafif düzeyde fonksiyon bozukluğu olduğunu, 5 puan ve altı doğru cevap ise ileri düzey kognitif bozukluğu gösterir (Ek 2).

3.5.2. Depresif Semptomların Değerlendirilmesi

Yaşlıların depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Yesavage tarafından geliştirilmiş, 30 soruluk Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından yapılmış olan toplam 15 sorudan oluşan Geriatrik Depresyon Skalasının Kısa ölçeği kullanılmıştır (Ertan vd. 1997). 5 soru (1, 5, 7,11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleştirilmiştir. Ölçekte 6 puan ve üzeri depresif semptomlar için anlamlı kabul edilmektedir (Ek 3).

3.5.3. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Günlük yaşam aktiviteleri Katz'ın GYA ve Lawton ve Brody'nin EGYA ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerden birincisi; yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçları sağlamaya yönelik olan Katz'ın Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA) ölçeğidir (Katz vd. 1970). Bu ölçek bireyin günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik olup, temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin TGYA'larının değerlendirilmesi; birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek yapılmıştır. TGYA'da 0-6 arası puan bağımlı, 7-12 arası puan yarı bağımlı, 13-18 arası puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (Ek 4). İkinci ölçek; toplum içinde bağımsız yaşamaya yönelik olan Lawton ve Brody tarafından tanımlanmış Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) indeksidir (Lawton ve Brody 1969). Bu indeks yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Yaşlıların EGYA 'larının değerlendirilmesi; olgu aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek yapılmıştır. EGYA' da 0-8 arası puan bağımlı, 9-16 arası puan yarı bağımlı, 17-24 arası puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (Ek 5).

3.5.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için 24 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda yaşam kalitesi formu (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır (Eser vd. 2005). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık olmak üzere 6 alt alandan oluşmaktadır. **Duyusal fonksiyonlar**; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyuşlarındaki değişiklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, **özerklik**; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, **geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri**; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler

sorgulanmaktadır. **Sosyal Katılım**; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, **yakınlık**; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği, **ölüm ve ölmek**; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ve ölümün anlamı ile ilgili düşünceleri araştırmaktadır. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5'dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Ek 6).

3.5.5. Boş Zaman Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Yaşlıların boş zaman aktiviteleri entellektüel, sosyal, rekreasyonel aktiviteler, dini faaliyetler ve fiziksel aktiviteler olmak üzere 5 başlık altında toplanarak ayrı bir formda değerlendirilmiştir (Verghese vd. 2006, Niti vd. 2008, Leung vd. 2010). Toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Hangi aktivitelerin ne sıklıkla yapıldığı likert tipi puanlama ile kaydedilmiştir. Günlük katılımlar için 7 puan, haftada birkaç gün katılım için 4 puan, haftada bir gün katılım için 1 puan, 2 haftada bir gün katılım için 0.5 puan, ayda bir gün katılım için 0.25 puan, ayda bir günden daha az yapan veya hiç yapmayanlar için 0 puan verilmiştir. Boş zaman aktiviteleri ölçeği; entellektüel aktiviteler 11 soru, sosyal aktiviteler 6 soru, dini aktiviteler 3 soru, rekreasyonel aktiviteler 7 soru, fiziksel aktiviteler 9 soru olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Ek 7).

3.5.1 Yaşlıların Evinde Kullandığı KYA Örnekleri



3.5.2 Yaşlıların Kullandığı YY Örnekleri



3.5.3 Yaşlıların Katıldığı Aktivite Örnekleri



3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmaya katılan yaşlıların tanımlayıcı bilgileri ve değerlendirmeleri kaydedilmiştir. Kaydedilen verilerin Windows işletim sistemi altında Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS- Sosyal Bilimler için istatistik paketi) programının 11.0 versiyonunda girişi yapılmış ve tanımlayıcı istatistiksel bilgiler ortalama \pm standart sapma (Ort \pm SS) veya % şeklinde verilmiştir. Yaşlıların sosyodemografik özellikler ile sosyal katılım arasındaki farklılık için Bağımsız Gruplarda t testi (Independent-Samples t testi) ile normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan verilere sahip 2'den fazla grubun olduğu değerlendirmelerde ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. GYA, EGYA, kognitif düzey, depresif semptomlar ve yaşam kalitesinin sosyal katılım ile olan ilişkisini incelemek için normal dağılıma uygunluk gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılıma uymayan verilerde Sperman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Son olarak bağımlı değişken olan boş zaman aktivitelerine katılım ile anlamlı olan bağımsız değişkenlerden oluşturulan model arasında çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Bilgileri

Çalışmaya yaş ortalamaları 71.4 ± 5.9 yıl olan 67'si kadın, 46'sı erkek 113 olgu dahil edilmiştir. Yaşlıların % 46'sının 65-70 yaş grubuna dahil olduğu bulunmuş, %46.9'u büyükşehirde yaşadığı, %18.6'sının köyde yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.1 Yaşlıların Yaş, Yaşadığı Ortam, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=113	%
Cinsiyet		
Kadın	67	59.3
Erkek	46	40.7
Yaş grupları		
65-70	52	46.0
71-75	34	30.1
76 ve üstü	27	23.9
Yaşadığı ortam		
Büyük şehir	53	46.9
Şehir	39	34.5
Kasaba/köy	21	18.6
Sosyal güvence		
Var	102	90.3
Yok	11	9.7
Medeni durum		
Evli	74	65.5
Bekar/Dul	39	34.5
Eğitim durumu (yıl)		
Okur-yazar değil	36	31.9
İlkokul mezunu	32	28.3
Ortaokul mezunu	19	16.8
Lise mezunu	8	7.1
Yüksekokul mezunu	18	15.9

Yaşlıların %65.5' inin evli olup eşi ile yaşadığı ve %52.2' sinin apartman dairesinde yaşadığı, %85.8'inin evinin kendisine ait olduğu bulunmuştur. Yaşlıların ailesi ve komşusu ile görüşme sıklığı incelendiğinde; %68.1'inin ailesi ile hergün, %51.3'ünün de komşusu ile hergün görüştüğü bulunmuştur (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2 Yaşlıların Yaşadığı Yer, Yaşam Düzeni, Kaldığı Ev, Ailesi ve Komşusu ile Görüşme Sıklığına Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=113	%
Yaşadığı yer		
Apartman Dairesi	59	52.2
Müstakil Ev	54	47.8
Yaşam düzeni		
Yalnız	17	15.0
Eşi ile	73	64.6
Yakınları ile	23	20.4
Kaldığı ev		
Kira	4	3.5
Kendisine ait	97	85.8
Ailesine ait	12	10.6
Ailesi ile görüşme sıklığı		
Hergün	77	68.1
Haftalık	25	22.1
Aylık ya da daha az	11	9.7
Komşusu ile görüşme sıklığı		
Hergün	58	51.3
Haftalık	38	33.6
Aylık ya da daha az	17	15.0

Yaşlılar çalışma durumu, mali durum ve gelir düzeyi açısından incelendiğinde ise yaşlıların 69'unun emekli, 6'sının çalışıyor, 91'inin maaşlı ve bu gruplarda % 62'sinin gelir düzeyinin <1000 TL olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3 Yaşlıların Çalışma Durumu, Mali Durum ve Gelir Düzeyine Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=113	%
Çalışma durumu		
Emekli	69	61.1
Çalışıyor	6	5.3
Çalışmıyor	38	33.6
Mali durum		
Maaşlı	91	80.5
Geliri yok	22	19.5
Gelir düzeyi		
<1000 TL	70	62.0
1000>TL	43	38.0

Yaşlılar sağlık durumu açısından incelendiğinde yaşlıların %41.6'sının hipertansiyon (HT), %24.8'inin de kalp hastası olduğu bulunmuştur. Yaşlıların 73'ünün herhangi bir hastalığa bağlı olarak ilaç, 28'inin yürüme yardımcısı (YY) olarak baston, walker ya da

tekerlekli sandalye (TS), 75'inin gözlük, 9'unun işitme cihazı, 26'sının ise KYA olarak tuvalet oturağı (TO) ya da banyo oturağı (BO) kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4 Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

	n=113	%
Özgeçmiş (Hastalık)		
Diabetes Mellitus	25	22.1
KAH	28	24.8
HT	47	41.6
KOAH	1	0.9
İlaç kullanımı		
Kullanıyor	73	64.6
Kullanmıyor	40	35.4
Yürüme yardımcısı		
Baston/TS/Walker	28	24.8
Kullanmıyor	85	75.2
Gözlük		
Kullanıyor	75	66.4
Kullanmıyor	38	33.6
İşitme cihazı		
Kullanıyor	9	8.0
Kullanmıyor	104	92.0
Kendine yardım aleti		
TO/BO kullanıyor	22	19.5
Kullanmıyor	91	80.5
Alkol		
Kullanıyor	3	2.7
Kullanmıyor	10	97.3
Sigara		
Kullanıyor	21	18.6
Kullanmıyor	92	81.4

4.2. Yaşlıların GYA'ya İlişkin Bulguları

Yaşlıların fonksiyonel düzeyleri incelendiğinde Katz'a göre yapılan GYA değerlendirmesinde tam bağımlı grubun olmadığı, %92'sinin GYA'da bağımsız olduğu, %8'inin ise yarı bağımlı olduğu; Lawton ve Brody'e göre yapılan EGYA değerlendirmesinde de tam bağımlı grubun olmadığı, %83.2'sinin EGYA'da bağımsız olduğu, %16.8'inin ise bağımlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.1 Yaşlıların GYA'ya İlişkin Bulguları

	n=113	%
GYA		
Bağımsız	104	92
Yarı Bağımlı	9	8
EGYA		
Bağımsız	94	83.2
Yarı Bağımlı	19	16.8

4.3. Yaşlıların Kognitif Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

Yaşlıların Hodkinson Mental Teste göre yapılan kognitif durum değerlendirmesinde kognitif düzey bozukluğunun olmadığı ($8,63\pm 1,57$); Yesavage'e göre yapılan depresyon değerlendirmesinde yaşlıların depresyon tanısı almadığı ($4,09\pm 3,17$) sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.1 Yaşlıların Kognitif Durum ve Depresyona İlişkin Bulguları

	x±sD	Ortanca/ÇAF	min-maks.
Kognitif puanı	8,63±1,57	9,00/2,00	4-10
Depresyon puanı	4,09±3,17	4,00/5,50	0-13

Yaşlıların DSÖYK ile değerlendirilen yaşam kalitesinin alt ölçekleri incelendiğinde skorumla sırasıyla yakınlık ($15,87\pm 3,12$), özerklik ($14,56\pm 2,70$), geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri ($14,00\pm 2,60$), sosyal katılım ($13,53\pm 2,68$), ölüm ve ölmek ($11,37\pm 3,50$) ve duyuşal fonksiyonlar ($10,11\pm 2,53$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.2.).

Tablo 4.3.2 Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

YK Alanları	x±sD	Ortanca/ÇAF	min-maks.
Duyusal fonksiyonlar	10,11±2,53	10,00/4,00	7-18
Özerklik	14,56±2,70	15,00/4,00	8-20
Geçmiş,bugün,gelecek faaliyetleri	14,00±2,60	14,00/4,00	8-20
Sosyal Katılım	13,53±2,68	14,00/4,50	6-20
Ölüm ve ölmek	11,37±3,50	12,00/5,00	4-20
Yakınlık	15,87±3,12	16,00/5,00	6-20
Toplam	78,53±8,89	79,00/10,00	52-99

4.4. Yaşlıların Sosyal Katılım Düzeylerine İlişkin Bulgular

Yaşlılara ait boş zaman aktivitelerine katılım sırasıyla rekreasyonel ($20,7\pm 8,9$), entellektüel ($10,3\pm 11,2$), dini ($7,3\pm 5,9$), sosyal ($5,5\pm 3,8$), fiziksel ($3,9\pm 5,5$) aktiviteler olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1.).

Tablo 4.4.1 Yaşlıların Sosyal Katılım Düzeylerine İlişkin Bulgular

Sosyal Katılım Alanları	x±sD	Ortanca/ÇAF	min.-maks
Entellektüel	10,3±11,2	7,00/18,12	0-43,0
Sosyal	5,5±3,8	7,00/5,56	0-14,25
Dini	7,3±5,9	7,00/10,00	0-21,0
Rekreasyonel	20,7±8,9	21,62/14,00	2,5-42,0
Fiziksel	3,9±5,5	1,00/7,00	0-28,5
Toplam	47,17±21,5	43,00/30,12	7,25-99,25

4.5. Sosyal Katılım ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yapılan analizlere göre sosyal katılım ile sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, yaş, yaşadığı ortam, medeni durum, yaşadığı yer, yaşam düzeni, kaldığı ev, ailesi ve komşusu ile görüşme sıklığı, eğitim durumu, gelir düzeyi, mali durum, YY ve KYA kullanma durumu parametreleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.05$).

4.5.1. Cinsiyete Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre sosyal katılım alanları incelendiğinde kadınlar ile erkekler arasında entellektüel ve rekreasyonel aktivitelere katılım açısından anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0.05$). Entellektüel aktivitelere katılımın skoru erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunurken; rekreasyonel aktivitelere katılımın skoru kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.1)

Tablo 4.5.1.1 Cinsiyete Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Kadın		Erkek		p*
	Ort±SS	Ortanca/ÇAF	Ort±SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	6,69±8,64	3,00/10,00	15,57±12,59	14,00/18,13	,00
Sosyal	5,37±3,66	7,00/5,00	5,72±4,18	7,00/6,00	,61
Dini	7,00±4,64	7,00/1,00	7,76±7,58	7,00/13,38	,58
Rekreasyonel	23,33±9,35	1,00/13,00	16,9±6,78	0,00/10,25	,00
Fiziksel	4,14±5,49	25,00/7,00	3,60±5,65	15,25/7,00	,40
Toplam	45,71±19,57	40,50/29,00	49,2±24,20	47,00/37,75	,53

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

4.5.2. Yaş Gruplarına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşlarına göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel aktivite skoru 65-70 yaş ≥ 76 yaşa göre, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivite skoru 65-70 yaş diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.2.1).

4.5.3. Yaşadığı Ortama Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşadığı ortama göre entellektüel, sosyal ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel aktivite skoru büyük şehirde ve şehirde yaşayanlarda kırsal kesimde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sosyal aktivite skoru büyük şehirde yaşayanlarda şehir ve kırsal kesimde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivite skorları büyük şehirde yaşayanlarda kırsal kesimde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.3.1).

Tablo 4.5.2.1 Yaş Gruplarına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	65-70 yaş (1. Grup)		71-75 yaş (2. Grup)		76≥ yaş (3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	13,18±12,16	9,62/20,06	9,65±10,05	5,00/18,63	5,59±9,39	0,50/7,25	1-3:,00 2-3:,02	,00
Sosyal	6,31±3,90	7,00/4,00	5,19±3,59	7,00/5,63	4,39±3,94	4,00/6,75		,04
Dini	6,37±5,83	7,00/7,94	8,75±6,83	7,25/12,38	7,30±4,92	7,00/4,00		,20
Rekreasyonel	24,62±8,29	25,12/7,88	17,30±7,15	15,25/10,88	17,64±9,42	16,00/14,50	1-2:,00 1-3:,00	,00
Fiziksel	5,19±6,69	4,00/7,00	2,31±3,94	0,00/4,00	3,45±4,14	1,00/7,00		,11
Toplam	55,10±21,19	48,37/33,13	42,53±18,83	40,25/28,13	37,75±20,54	34,00/26,50	1-2:,01 1-3:,00	,00

* Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır

Tablo.4.5.3.1 Yaşadığı Ortama Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Büyük şehir(1. Grup)		Şehir.(2. Grup)		Köy/Kasaba(3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	11,56±10,69	9,37/20,00	12,65±13,03	8,00/21,25	2,78±4,10	0,75/4,00	1-3;00 2-3;00	,00
Sosyal	6,60±3,83	7,00/4,00	4,75±3,86	4,50/7,00	4,19±3,35	7,00/6,75	1-2;03 1-3;01	,02
Dini	6,87±5,77	7,00/7,00	7,62±6,39	7,00/10,75	7,84±5,98	7,25/10,00		,02
Rekreasyonel	22,36±9,31	22,00/12,94	20,63±8,48	22,00/14,00	16,91±7,90	15,00/11,75		,06
Fiziksel	4,75±6,81	1,00/7,00	3,87±4,38	1,00/7,00	1,97±3,14	0,00/4,00		,29
Toplam	51,77±23,00	48,75/37,19	47,83±20,65	46,75/21,50	34,32±13,50	32,50/20,75	1-3;00 1-3;00	,00

* Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.5.4. Medeni Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların medeni durumuna göre entellektüel, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivite skoru evli olanlarda bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.4.1).

Tablo 4.5.4.1 Medeni Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Evli		Bekar/Dul		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	13,52±11,57	9,50/17,88	4,21±7,66	0,25/4,00	,00
Sosyal	5,87±3,84	7,00/3,50	4,83±3,88	7,00/6,75	,12
Dini	7,19±6,46	7,00/10,00	7,53±5,05	7,00/4,00	,92
Rekreasyonel	21,88±8,09	22,00/13,00	18,60±10,11	15,25/20,25	,04
Fiziksel	4,23±5,50	1,00/7,00	3,34±5,63	0,00/7,00	,16
Toplam	52,22±21,12	48,75/28,50	37,59±19,17	34,00/25,75	,00

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

4.5.5. Yaşadığı Yere Göre Sosyal Katılımın Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşadığı yere göre entellektüel, sosyal ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel, sosyal ve toplam boş zaman aktivite skoru apartman dairesinde yaşayanlarda geleneksel müstakil evde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.5.1).

Tablo.4.5.5.1 Yaşadığı Yere Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Apartman dairesi		Müstakil ev		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	13,88±12,16	11,0/22,00	6,40±8,75	3,00/8,50	,00
Sosyal	6,25±3,96	7,00/4,00	4,71±3,63	7,00/6,75	,03
Dini	6,50±5,87	7,00/7,75	8,20±6,05	7,00/9,50	,22
Rekreasyonel	21,96±9,68	22,00/15,00	19,43±7,91	21,00/11,13	,16
Fiziksel	4,25±6,32	0,50/7,00	3,56±4,54	1,00/7,00	,88
Toplam	51,50±24,17	49,25/39,50	42,43±17,25	40,50/19,00	,04

* Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

4.5.6. Yaşam Düzenine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşam düzeni göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel aktivite skoru eşi ile yaşayanlarda yalnız yaşayanlara ve yakınları ile yaşayanlara göre, sosyal aktivite skoru eşi ile yaşayanlarda yakınları ile yaşayanlara göre; rekreasyonel aktivite skoru yalnız ve eşi ile yaşayanlarda yakınları ile yaşayanlara göre, fiziksel aktivite skoru eşi ile yaşayanlarda yakınları ile yaşayanlara göre, toplam boş zaman aktivite skoru eşi ile ve yalnız yaşayanlarda yakınları ile yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.6.1).

4.5.7. Kaldığı Eve Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların kaldığı eve göre, entellektüel, rekreasyonel aktivitelere ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel, rekreasyonel aktivitelere ve toplam boş zaman aktivite skoru kendi evinde oturanlarda ailesi ile oturanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.7.1).

Tablo.4.5.6.1 Yaşam Düzenine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Yalnız (1. Grup)		Eşi ile (2. Grup)		Yakınları ile (3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	6,52±9,52	1,00/10,50	13,70±11,54	9,75/17,56	2,31±5,33	0,00/0,75	1-2;, 00 2-3;, 00	,00
Sosyal	5,77±3,99	7,00/4,88	5,95±3,80	7,00/3,50	3,92±3,72	4,00/6,75		,07
Dini	5,79±5,04	7,00/9,50	7,27±6,47	7,00/10,00	8,57±4,85	7,00/4,00		,27
Rekreasyonel	23,95±9,46	25,00/14,13	22,08±7,95	22,00/12,88	14,15±8,65	14,00/9,00	1-3;, 00 2-3;, 00	,00
Fiziksel	5,00±6,97	4,00/7,00	4,29±5,52	1,50/7,00	1,97±3,98	0,00/1,00		,08
Toplam	45,17±20,30	39,00/27,13	52,81±20,63	49,00/28,44	30,75±16,70	26,25/23,25	1-3;, 01 2-3;, 00	,00

* Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

** Kruskal Wallis Analizi yapılmıştır.

Tablo.4.5.7.1 Kaldığı Eye Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Kira (1. Grup)		Kendine ait (2. Grup)		Ailesine ait (3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	21,75±14,86	27,00/25,75	10,85±11,15	7,62/17,94	2,06±4,72	0,00/1,50	1-3:,02 2-3:,00	,00
Sosyal	8,06±6,13	9,00/11,69	5,52±3,71	7,00/5,69	4,60±4,34	4,00/7,00		,30
Dini	3,50±4,04	3,50/7,00	7,41±6,21	7,00/10,00	7,77±4,27	7,00/3,25		,22
Rekreasyonel	23,00±6,97	24,50/13,00	21,50±8,54	22,00/13,38	13,93±10,27	7,62/15,50	2-3:,00	,02
Fiziksel	5,25±3,50	7,00/5,25	4,17±5,80	1,00/7,00	1,45±2,69	0,00/3,13		,14
Toplam	55,56±26,77	61,12/50,06	48,92±20,76	45,25/28,13	30,27±20,12	23,62/13,25	2-3:,00	,00

* Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.5.8. Komşusu ile Görüşme Sıklığına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların komşusu ile görüşme sıklığına göre sosyal ve dini aktivitelere katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal ve dini aktivite skoru komşusu ile günlük görüşenlerde haftalık görüşenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.8.1).

4.5.9. Eğitim Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların eğitim durumuna göre tüm boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre eğitim düzeyi yüksek olanlarda entellektüel, sosyal, rekreasyonel ve fiziksel aktivite alanlarına katılım istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunurken, dini aktivitelere katılım eğitim düzeyi düşük olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.9.1-2).

Tablo.4.5.8.1 Komşusu ile Görüşme Sıklığına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Günlük (1. Grup)		Haftalık (2. Grup)		Aylık/yıllık (3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	8,40±11,14	4,00/11,13	11,36±10,82	8,25/17,75	14,44±11,91	15,50/22,63		,09
Sosyal	6,51±3,45	7,00/2,75	4,53±3,35	4,25/6,44	4,29±5,37	1,50/7,88	1-2,02	,03
Dini	8,57±5,71	7,25/4,13	5,91±5,91	7,00/8,19	6,13±6,53	7,00/7,50		,05
Rekreasyonel	21,14±8,33	22,00/13,75	20,78±9,81	21,62/15,25	19,36±9,26	19,00/12,50		,72
Fiziksel	3,70±4,69	1,00/7,00	4,80±7,08	0,87/7,00	2,70±4,02	1,00/5,50		,81
Toplam	47,83±20,35	41,25/27,88	46,29±22,61	42,50/34,19	46,88±24,23	47,25/48,25		,92

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

**Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır.

Tablo 4.5.9.1 Eğitim Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Okuma-yazma bilmeyen (1. grup)		İlkokul mezunu (2. grup)		Ortaokul mezunu (3. Grup)		Lise mezunu (4. Grup)		Yüksekökol mezunu (5. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	1,41±3,38	0,00/1,00	6,17±4,95	7,00/8,00	16,36±1,17	13,00/22,00	19,68±9,10	20,12/11,81	24,38±9,82	22,75/11,50	1-2:,00 1-3:,00 1-4:,00 1-5:,00 2-3:,00 2-4:,00 2-5:,00 3-5:,04	,00
Sosyal	4,46±3,16	7,00/6,69	3,87±2,75	4,00/6,75	6,89±3,79	7,00/3,75	4,93±3,79	4,50/5,81	8,79±4,27	8,00/7,75	1-3:,00 1-5:,00 2-3:,00 2-5:,00 4-5:,04	,00
Dini	8,59±4,95	7,25/4,00	6,90±4,29	7,25/1,00	7,65±6,95	7,00/13,50	9,18±8,71	7,50/18,38	3,50±6,40	0,37/3,25	1-5:,00 2-5:,00	,01
Rekreatyoneel	16,16±7,62	14,75/14,31	19,72±9,25	21,75/15,00	25,67±7,02	25,50/10,00	20,43±5,58	20,25/6,25	26,77±8,82	28,00/13,19	1-3:,00 1-5:,00 2-3:,02 2-5:,01	,00
Fiziksel	2,04±3,36	0,00/4,00	2,87±4,42	0,50/4,00	5,50±7,09	7,00/7,00	4,56±5,03	4,00/6,88	7,55±7,24	7,00/13,25	1-3:,03 1-5:,00 2-5:,01	,00
Toplam	32,62±3,30	33,87/19,75	39,79±1,50	39,00/18,50	58,51±2,25	56,25/31,75	58,81±1,57	59,75/15,56	70,26±1,72	72,75/30,31	1-3:,00 1-4:,00 1-5:,00 2-3:,00 2-4:,01 2-5:,00	,00

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis Analizi yapılmıştır.

Tablo 4.5.9.2 Eğitim Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanları Arasındaki İlişki

	Entellektüel	Sosyal	Dini	Rekreasyonel	Fiziksel	Toplam
Eğitim Durumu	,803**	,384**	-,254**	,424**	,346**	,630**

**p<0.01

4.5.10. Çalışma Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların çalışma durumuna göre entellektüel ve toplam boş zaman aktivite skoru açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). Buna göre entellektüel aktivitelere katılımında çalışanlar emekli olan ve çalışmayanlara göre; emekli olanlar da çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Toplam boş zaman aktivitelerine katılım ise emekli olan ve çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.10.1).

4.5.11. Mali Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların mali durumuna göre sadece entellektüel aktivitelere katılımında anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05). Buna göre entellektüel aktivitelere katılım maaşlı olanlarda maaşlı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.11.1).

Tablo.4.5.11.1 Mali Duruma Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Maaşlı		Geliri yok		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	11,41±11,64	7,37/18,88	5,72±8,31	0,62/9,13	,01
Sosyal	5,51±3,97	7,00/5,75	5,51±3,46	7,00/3,81	,91
Dini	6,88±5,91	7,00/8,63	9,09±6,11	7,25/7,00	,14
Rekreasyonel	20,93±8,73	21,87/14,00	20,02±9,91	18,12/15,13	,65
Fiziksel	4,25±5,83	1,00/7,00	2,59±3,98	0,25/4,00	,25
Toplam	48,58±22,51	43,50/31,94	41,34±16,12	39,75/27,88	,24

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

Tablo-4.5.10.1 Çalışma Durumuna Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Emekli (1. Grup)		Çalışıyor (2. Grup)		Çalışmıyor (3. Grup)		p*	p**
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF		
Entellektüel	12,39±11,57	9,12/20,44	25,95±13,08	27,25/17,56	4,04±5,19	0,87/8,00	1-2:,02 1-3:,00 2-3:,00	,00
Sosyal	5,84±3,92	7,00/3,50	8,33±6,09	9,50/12,88	4,48±3,07	5,75/6,19		,07
Dini	7,31±6,84	7,00/10,75	6,70±6,61	4,62/13,25	7,40±4,09	7,00/1,00		,92
Rekreasyonel	20,11±9,08	21,37/15,38	21,50±8,54	22,00/9,31	22,05±9,09	22,00/13,88		,52
Fiziksel	4,71±6,12	1,00/7,00	1,66±2,73	0,50/3,25	2,86±4,48	0,00/4,25		,12
Toplam	49,83±23,18	47,00/34,00	60,66±23,64	57,62/36,06	40,21±15,80	37,75/19,19	1-3:,03 2-3:,03	,03

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

**Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır.

4.5.12. Gelir Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların gelir düzeyine göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerin katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel aktivitelere ve toplam boş zaman aktivite skoru gelir düzeyi yüksek olanlarda gelir düzeyi düşük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.12.1).

Tablo.4.5.12.1 Gelir Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	<1000 TL		>1000 TL		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	7,13±9,62	4,00/9,38	15,47±11,93	15,50/18,50	,00
Sosyal	4,95±3,70	7,00/6,75	6,43±4,00	7,00/4,00	,03
Dini	7,50±7,00	7,00/8,00	5,70±6,49	7,00/10,75	,74
Rekreasyonel	19,07±8,59	19,00/12,50	23,4±8,90	25,00/10,25	,00
Fiziksel	2,97±5,44	0,00/6,00	5,25±5,71	4,25/7,00	,00
Toplam	40,86±20,30	37,00/21,63	57,44±19,65	56,00/29,25	,00

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

4.5.13. Yürüme Yardımcısı Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların YY kullanma durumuna göre entellektüel, rekreasyonel, fiziksel aktivitelere ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivite skoru YY kullanmayanlarda YY kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.13.1).

Tablo.4.5.13.1 Yürüme Yardımcısı Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	YY kullanıyor		YY kullanmıyor		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	3,59±7,40	8,75/19,50	12,52±11,47	0,00/3,44	,00
Sosyal	4,48±3,27	7,00/5,00	5,85±4,00	5,87/6,69	,05
Dini	8,14±5,50	7,00/9,88	7,04±6,15	7,12/4,00	,31
Rekreasyonel	14,57±7,74	22,00/13,38	22,79±8,38	13,25/14,88	,00
Fiziksel	2,26±3,99	2,00/7,00	4,47±5,88	0,00/5,50	,04
Toplam	33,29±17,29	47,50/32,44	51,74±20,91	28,12/24,81	,00

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

4.5.14. Kendine Yardım Aleti Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Yaşlıların KYA kullanma durumuna göre entellektüel, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre entellektüel, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım KYA kullanmayanlarda KYA kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.14.1).

Tablo.4.5.14.1 Kendine Yardım Aleti Kullanımına Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	KYA kullanıyor		KYA kullanmıyor		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	1,19±2,85	0,00/1,19	12,51±11,44	8,75/19,69	,00
Sosyal	4,22±3,56	7,00/6,81	5,82±3,89	7,00/3,31	,15
Dini	8,94±6,03	7,00/7,06	6,92±5,95	7,00/10,13	,29
Rekreasyonel	16,67±9,96	14,50/15,75	21,74±8,43	22,00/13,13	,01
Fiziksel	2,22±2,95	0,00/5,13	4,34±5,94	1,00/7,00	,16
Toplam	33,27±17,18	33,37/22,44	50,53±21,21	47,50/31,69	,00

*Mann-Whitney- U testi yapılmıştır.

4.6. GYA, EGYA, Depresyon, Kognitif Durum ve Yaşam Kalitesi ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.6.1. GYA'da Bağımsızlık Düzeyi ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların Katz'a göre yapılan GYA'ya göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel aktiviteler ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre bağımsız olanlarda yarı bağımlı olanlara göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivite skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.6.1.1).

Tablo.4.6.1.1 GYA'daki Bağımsızlık Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Bağımsız		Bağımlı		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	11,07±11,36	7,50/18,25	1,47±4,32	0,00/0,13	,00
Sosyal	5,73±3,83	7,00/3,25	2,97±3,58	0,25/7,00	,04
Dini	7,31±6,03	7,00/10,00	7,36±5,80	7,00/3,13	,80
Rekreasyonel	21,51±8,42	22,00/13,00	11,94±10,43	11,25/5,63	,00
Fiziksel	4,18±5,66	1,00/7,00	0,94±2,29	0,00/0,75	,07
Toplam	49,07±20,79	46,75/29,00	25,25±18,54	21,00/21,13	,00

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Yaşlıların Lawton ve Brody'e göre yapılan EGYA'ya göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel aktiviteler ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre bağımsız olanlarda yarı bağımlı olanlara göre entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel aktiviteler ve toplam boş zaman aktivitelerine katılım istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.6.1.2).

Tablo.4.6.1.2 EGYA'daki Bağımsızlık Düzeyine Göre Sosyal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Katılım Alanları	Bağımsız		Bağımlı		p*
	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	Ort+/-SS	Ortanca/ÇAF	
Entellektüel	12,27±11,36	8,50/19,25	0,60±1,69	0,00/0,25	,00
Sosyal	5,96±3,84	7,00/3,50	3,31±3,27	4,00/7,00	,00
Dini	7,28±5,99	7,00/10,00	7,46±6,15	7,00/10,00	,86
Rekreasyonel	22,47±8,47	22,00/12,88	12,25±5,84	11,25/8,00	,00
Fiziksel	4,41±5,86	1,00/7,00	1,55±2,48	0,00/4,00	,04
Toplam	51,56±20,48	48,00/29,25	25,44±11,03	22,00/18,75	,00

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.2. Yaşam Kalitesi ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların DSÖYK ölçeği ile değerlendirildiği yaşam kalitesine göre sosyal katılımın tüm alt alanlarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlar incelendiğinde:

- *Duyusal fonksiyonlar* alt alanında entellektüel, sosyal, rekreasyonel, toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- *Özerklik* alt alanında entellektüel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- *Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri* alt alanında entellektüel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- *Sosyal katılım* alt alanında entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- *Ölüm ve ölmek* alt alanında entellektüel, sosyal, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

- *Yakınlık* alt alanında entellektüel, sosyal, rekreasyonel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
- *Toplam yaşam kalitesinde ise* entellektüel, dini ve toplam boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.6.1)

4.6.3. Depresyon ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların Yesavage tarafından hazırlanan ölçek ile değerlendirilen depresyon varlığı ile entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılımda istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.6.1).

4.6.4. Kognitif Durum ile Sosyal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların Hodkinson Mental test ile değerlendirilen kognitif durum ile entellektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılımda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1 Sosyal Katılımı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

	Entellektüel	Sosyal	Dini	Rekreasyonel	Fiziksel	Toplam
GYA	,343**	,190*	,016	,304**	,168	,304**
EGYA	,717**	,401**	-,078	,482**	-,376**	,671**
Depresyon	-,692**	-,387**	,093	-,470**	-,289**	-,649**
Kognitif	,838**	,449**	-,156	,464**	,299**	,710**
Toplam YK	,405**	,172	-,213*	,178	,093	,269**
Duyusal fonksiyonlar	-,219*	-,195*	,157	-,293**	-,121	-,290**
Özerklik	,465**	,171	-,013	,100	,066	,315**
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri	,528**	,181	-,125	,184	,057	,373**
Sosyal katılım	,452**	,336**	-,133	,270**	,209*	,437**
Ölüm	-,277**	-,327**	-,127	-,174	-,198*	-,350**
Yakınlık	,332**	,379**	-,115	,309**	,061	,354**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

4.7. Sosyal Katılımı ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler tek tek ele alındığında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşadığı ortam, yaşam düzeni, ailesi ve komşusu ile görüşme sıklığı, KYA ve YY kullanımı, GYA, EGYA, kognitif durum, depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ile oluşturulan model sosyal katılımı çoklu lineer regresyon analizine sokulmuştur. Analiz sonucunda EGYA, depresyon düzeyi, komşusu ile görüşme sıklığı, eğitim durumu ve yaşadığı yerin sosyal katılıma bağımsız etkisinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre EGYA'ne katılım ve eğitim durumu ile sosyal katılım arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon düzeyi, komşu ile görüşme sıklığı ve yaşadığı yer ile sosyal katılım arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.7.1 Sosyal Katılımı ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Unstandartize Beta	Standartize beta	p
Constant	56,229		,00
EGYA	,885	,191	,02
Depresyon	-2,147	-,316	,00
Komşuyla görüşme sıklığı	-8,617	-,293	,00
Eğitim durumu	1,956	,445	,00
Yaşadığı yer	-5,794	-,135	,04

Model: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı ortam, yaşam düzeni, yaşadığı yer, ailesi ile görüşme sıklığı, gelir düzeyi komşusu ile görüşme sıklığı, kendine yardım aleti, yürüme yardımcısı, EGYA, GYA, kognitif durum, depresyon düzeyi, yaşam kalitesi,

5. TARTIŞMA

Çalışmamız yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Literatürde yaşlılarda sosyal katılımı sorgulayan ve sosyal katılımı etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalara rastlanmıştır (Zimmer ve Lin 1996, Nakanishi vd. 2000, Silverstein vd. 2002, Sorensen vd. 2002, Vergheze vd. 2006, Niti vd. 2008, Yin vd. 2008, Cheung vd. 2009, Rubio vd. 2009, Leung vd. 2010). Bu çalışmalar genellikle kognitif durum ile ilişkilendirilmiştir. Ülkemizde ise yaşlılarda sosyal katılımı sorgulayan çok az çalışmaya rastlanmıştır (Kerem vd. 2001, Güneş vd. 2005, Yücel 2008). DSÖ'nün son yıllardaki çalışma konularının başında, hızla artmakta olan yaşlı popülasyonunun aktivitelerine katılımını araştırmaya yönelik çalışmalar gelmektedir (Yücel 2008, Şener 2009, Leung vd. 2010). Geriatriklerde sosyal katılım düzeyinin incelenmesi gerekliliğine inanarak, ülkemiz koşullarında geriatrik fonksiyonel düzey, yaşam kalitesi, depresyon, kognitif düzey ile sosyal katılım arasındaki ilişkinin incelenmesinin önemli bir yeri olduğu düşüncesiyle bu çalışma planlanmıştır.

Kurumsal veya yaşlılar için özel düzenlenmiş ortamlarda yaşayan yaşlıların genellikle yaşlılarla ilişki kurdukları, çeşitlilik ve değişkenlik içermeyen rutin bir yaşam sürdürdükleri; evde yaşayan yaşlıların ise göreceli olarak daha heterojen ilişkiler içinde oldukları, toplumla bağlarını daha güçlü sürdürdükleri ve günlük yaşam aktivitelerine kurumda yaşayan yaşlılardan daha fazla katılma olanağı buldukları düşünülebilir (Özekes 2006). Bu çalışmada; evde yaşayan yaşlıların geleneksel yaşam tarzı, fiziksel aktivite yetersizliği, mobilite sorunları, bilişsel ve psikolojik sorunlarının yanında sosyodemografik özelliklerinin aktiviteye katılımı ile ilişkisini incelemek amacıyla kurgulanan hipotezlerden yola çıkılmıştır.

DSÖ'nün (1996) önerilerine göre yeniden düzenlenen Sağlık Uygunluk Düzeyi'ne göre yaşlılar 3 gruba ayrılır (Kırdı 2010):

Grup 1: Fiziksel uygunluğu olan, hastalığı olmayan ve fonksiyonlarında bağımsız olan yaşlılardır. Bu grupta sedanter yaşam ve fitness eksikliği risk faktörleridir. Bu nedenle hastalıklardan korunma amacıyla düzenli fiziksel aktivite çok önemlidir.

Grup 2: Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız olan yaşlılardır. Bu grupta kas iskelet sistem problemleri ve kronik hastalıklar olabilir. Bu nedenle özürden korunma amacıyla egzersiz yapmak çok önemlidir. Bu gruptakiler genellikle gözlem olmadan, emniyetle egzersizlerini yapabilirler.

Grup 3: Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız olamayan yaşlılardır. Bu gruptaki yaşlılar basit günlük aktivitelerini yaparken bile birilerinin yardımına ihtiyaç duyarlar.

Bu sınıflandırmaya göre çalışmamızda yaşlıların dahil edilme kriterleri ‘Grup 1 ve 2’ ile uyumludur.

Kılavuz (2005) çalışmasında aktivitelerin bazen arkadaş, akraba ve komşularla ilişkileri kapsayan “resmi olmayan” aktiviteler şeklinde, bazen dernek, kulüp kapsamında yürütülen “resmi” aktiviteler, bazen de kişinin evde yaptığı bazı işler şeklinde “tek başına yapılan” aktiviteler biçiminde olabileceğini belirtmiştir.

Gautam vd.’nin (2007) Nepal’de yaptığı çalışmada boş zaman aktiviteleri 3 bölüme ayrılmıştır. Sosyal aktiviteler; komşularla görüşme, arkadaş ziyareti, sosyalleşme, yalnız başına yapılan aktiviteler; TV izleme, radyo dinleme, kart oyunu ve fiziksel aktiviteler, dini aktiviteler ise dua etme ve dini aktivitelere katılım alt başlıklarından oluşturulmuştur.

Leung vd. (2011) Hong Kong’da 75 yaşlı ile yaptığı çalışmada boş zaman aktivitelerini Hong Kong’daki yaşam tarzına uygun olarak fiziksel, sosyal, rekreasyonel ve entelektüel olmak üzere 4 bölümde sınıflandırmıştır. Bu çalışmalardan yola çıkarak çalışmamızda boş zaman aktiviteleri ülkemizdeki yaşam tarzına uygun olarak entelektüel, fiziksel, sosyal, rekreasyonel ve dini olmak üzere 5 bölüme ayrılmıştır.

Yaşla birlikte sağlık ve sosyal alanlarda meydana gelen değişiklikler nedeni ile yaşlıların aktivitelere ilgileri ve bu aktiviteleri yapma becerileri de azalır (Yücel 2008). Geç yaşlılar yaşlanma sürecinden büyük ölçüde etkilenmişlerdir ve bunun sonucu olarak diğer yaşlılara göre daha fazla fiziksel kısıtlılığı ve özrü olduğu görülür ve

özerklik eksikliği onları arkadaşlarla görüşmekten ve sosyal aktivitelere katılmadan mahrum bırakır (Thomopoulou vd. 2010).

Gautam vd.'nin (2007) yaptığı çalışmada televizyon izleme, radyo dinleme ve fiziksel aktiviteye katılan erkeklerle, televizyon izleyen ve radyo dinleyen kadınlarda depresyon oranının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Ülkemizde de yaşlı erkekler günün büyük bir bölümünü boş zaman aktiviteleri (kahvehane vb. ortamlara gitme gibi) yaparak ve arkadaşları ile görüşerek, kadınlar ise evde çocuklarına yardım ederek ve torunlara bakarak geçirmektedirler. Evde buldukları süre içerisinde yaşlılar, televizyon izleme, müzik dinleme, komşuları ile vakit geçirme, bahçe düzenlemeleri gibi aktiviteler yapmaktan hoşlanmaktadırlar (Şimşek vd. 2010).

Yin'in (2008) Hong Kong'da yaş ortalaması 77.68 olan 120 emekli yaşlı ile yaptığı çalışmada erkeklerin boş zaman aktivitelerinin kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise toplam boş zaman aktivitelerine katılımı ilgili cinsiyetler arası fark bulunamamışken, kadınların rekreasyonel aktivitelere katılımı, erkeklerin ise entellektüel aktivitelere katılımı daha yüksek bulunmuştur. Dodge vd.'nin yaş ort.sı 76.1 olan 303 yaşlı ile yaptığı bir çalışmada fiziksel, fiziksel olmayan hobi ve sosyal aktivitelere katılımın 65-74 yaş aralığındaki yaşlılarda 85 yaş ve üzeri yaşlılaragöre daha sık olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da genç yaşlı grubunda rekreasyonel, fiziksel, entellektüel ve toplam boş zaman aktivitelere katılım yüksek bulunmuştur.

Dodge vd.'nin (2008) yaş ort.sı 76.1 olan 303 yaşlı ile yaptığı bir çalışmada fiziksel olmayan hobi aktivitelerinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha sık yapıldığı bulunmuştur. Droomers vd.'nin (2001) 3793 yaşlı ile yaptığı çalışmada 45 yaş üzeri yaşlılarda eğitim seviyesi düşük olan grupta boş zaman fiziksel aktivitelere katılımın azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da eğitim seviyesi yükseldikçe dini aktiviteler hariç tüm aktivite alanlarına katılım artmıştır.

Yaşlılıkta günlük yaşama katılım evde bağımsız bir yaşam için gereklidir ve yaşlı bireylerin iyilik hali için çok önemlidir. Ev ve komşuluk çevresi yaşlılar için önemli bir yaşam alanıdır ve birçok günlük aktivite bu çevrede yapılır (Avlund vd. 1999, Baltes vd. 1999, Christiansen vd. 2005). Wu ve Chan'in (2011) yaptığı çalışmada yalnız başına ya da çocukları ile birlikte yaşayan yaşlıların sosyal izolasyon belirleyicisi oldukları

bulunmuş ve apartmanda komşuluk çevresi içinde GYA'ya katılımın sosyal izolasyonu azalttığı belirtilmiştir. Benzer çalışmalarda da katılım ile GYA'da bağımsızlık arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (Oswald vd 2007, Haak vd. 2007, Haak vd. 2008).

Literatüre paralel olarak çalışmamızda komşuları ile her gün görüşen yaşlılarda sosyal aktivitelere katılım daha yüksek bulunmuştur. Apartmanda yaşayanların ise sosyal, entelektüel ve toplam boş zaman aktivitelere katılımı yüksektir.

Yaşlılık, sağlık ve sosyal sorunları da birlikte getirmektedir. Bu nedenle yaşlı bireyler, birtakım engeller ve sorunlarla birlikte yaşamlarını sürdürmek zorundadırlar. Yaş ilerledikçe, günlük yaşam etkinliklerinde zorluklar belirginleşmektedir (Berberoğlu vd. 2002).

Gustavson ve Lee (2004) yaptığı çalışmada evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin %12.9'unun yürüme ve/veya GYA'da problemleri olduğunu saptamıştır. Chiao vd.'nin (2011) yaptığı çalışmada GYA ve EGYA'da fiziksel limitasyonu olanların sosyal katılımının da azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda ise yaşlıların büyük bir kısmının GYA'da bağımsız olduğu ve küçük bir kısmının da yürüme problemine bağlı YY kullandığı bulunmuştur. Bu durum yaşlıların fiziksel performanslarının çok düşük olmasının, çalışmamıza dahil edilme kriteri olarak, genel anlamda sağlıklı yaşlıların alınmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

GYA ve yardımcı GYA'daki bağımsızlığı etkileyen medikal, demografik, sosyal ve psikolojik faktörlerin yanısıra özellikle egzersiz alışkanlığı yoksunluğunun yaşlılar üzerine olumsuz etkileri vardır (Larrieu vd. 2004). Yaşlıların, fiziksel aktivite ve egzersize düzenli katılımını etkileyen, cinsiyet, yaş ve sosyo-ekonomik durumdan etkilenebilen, psikolojik, fizyolojik ve çevresel faktörler vardır. Motivasyon, stres toleransı, sosyal durum, bağımsızlık, kendine güven, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörlerin yanısıra sağlık konusundaki bilgi ve inanışlar da fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkilidir. Yaşlanma ile kardiyovasküler fonksiyon azalmasına bağlı beyin hipoksisi ve bunun sonucu olarak kognitif becerilerde azalma da aktivitelere katılımı etkiler (Dipietro 2001, Avlund vd. 2003, Yücel 2008).

Fiziksel olarak aktif olan yaşlıların GYA ve EGYA'daki bağımlılıkları daha azdır (Guallar-Castillon vd. 2004). Aktivitelerin fiziksel sağlığa ve kognitif fonksiyonlara

direk etkileri nedeni ile de yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenir (Yaffe vd 2001). Pek çok yetişkin özellikle yaşlılar, orta şiddetli egzersizleri daha şiddetli egzersizlere tercih ederler, basit günlük fiziksel ya da rekreasyonel aktivitelere odaklanırlar Yaşlılar her zaman düzenli fiziksel aktivitede bulunmayabilirler. Bu nedenle yapılan aktivitenin miktarını belirlemek için her bir aktiviteyi her seferinde ne kadar süre yaptığı değil, o aktivite için bir haftada harcadığı toplam zaman kaydedilmelidir (Brach ve VanSwearingen 2002, Gal vd. 2005).

Dodge vd'nin (2008) Japonya'da 303 yaşlı ile yaptığı çalışmada EGYA'dan yemek hazırlama bölümünde en düşük skoru erkeklerin; toplu taşıma araçlarını kullanma bölümünde ise en düşük skoru kadınların aldığı bulunmuştur. Ayrıca mobilite fonksiyonlarının azalması ile sosyal aktivitelere katılımın da azaldığı belirtilmiştir. Fujiwara vd.'nin (2009) 4 yıl süren 1477 yaşlı ile yaptığı çalışmada EGYA ile entellektüel fonksiyonlara katılım arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmadan çıkan sonuçların halk sağlığı programında değerlendirilmesi önerilmiştir. Çalışmamızda ise dini aktiviteler dışında tüm aktivitelere katılım ile EGYA arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş, 75 yaş ve üzeri yaşlılarda ise aktivitelere katılımın azaldığı görülmüştür.

Arkadaş ziyaretlerinde bulunmanın ve sosyal gruplara katılmanın sağlıklı olmaya, düzenli fiziksel aktivitede bulunmaya ve GYA'yı bağımsızca yerine getirebilmeye olumlu etkileri bulunmaktadır (Yoshimoto ve Kawata 1996). Robio vd. (2009) yaşlıların % 63.7' sinin GYA'da bağımsız olduğu çapraz kesitsel bir çalışmada; bağımsızlığın kötü fiziksel ve mental sağlık, geç yaşlılık ve kadın cinsiyeti gibi faktörlerden etkilendiğini bulmuşlardır. Çalışmamızda fiziksel aktivitelere katılım ile EGYA, kognitif düzey ve depresyon arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ülkemizde evde yaşayan yaşlıların geleneksel aile yapısı içinde arkadaş, akraba ve dost ziyaretlerini önemsiyor olmaları ve bu yöndeki katılımların geleneksel Türk aile yapısında sürdürülüyor olmasının, evde yaşayan yaşlıların bu türden aktivitelere katılımlarında olumlu etki yarattığı kanaatindeyiz.

Depresyonu olan yaşlı bireylerin topluma uyumları bozulur ve GYA zorlaşır (Özmenler 2001). Bu sorunlar dikkate alınarak geliştirilen Yesavage'nin GDS, yaşlılarda depresyon tanısı ve izlemi için en sık kullanılan test materyalidir (Gallo vd. 2000). 20 ve 15 maddelik kısa formları da vardır. 30 maddelik ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır ve sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel

hastalığı olan yaşlılarda ve hafif-orta demansı olan yaşlı grupta geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Ertan 1996, Sağduyu 1997). Parmelee vd. 1989 kognitif bozukluğu olan ve olmayan hastalarda Geriatrik Depresyon Skalası test-retest güvenilirliğinde bir fark olmadığını göstermişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel olarak Yesavage'nin Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır.

Gustavson ve Lee (2004), başkalarıyla birlikte yaşayan yaşlıların, yalnız yaşayanlara göre daha fazla depresyon seviyesi ve daha fazla fonksiyon kısıtlanması ile karşı karşıya kaldıklarını; dolayısıyla yalnız yaşamın depresyonla ilintili olmadığını, bu konuda daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğunu belirtmiştir.

Yaşlı kadınlarda depresif semptomlar, kognitif fonksiyonlardaki zayıflık ve ilerleyen azalma ile ilişkilidir, ancak bu ilişkide altta yatan mekanizma daha ileri çalışmalar gerektirir (Yaffe vd. 1999). Abolfotouh vd. (2001) 65 yaş üzeri 810 kişi ile yaptığı çalışmada, yaşlıların %17.5'inde ve çoğunlukla da kadınlarda (%12.7) Geriatrik Depresyon Skalası ile depresyonun tespit edildiğini bulmuş ve yaşlılarda periodik psiko-sosyal tarama yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla mental sağlıklarının daha kötü, ancak genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (Freebairn ve Bourne 2007).

Dodge vd.'nin (2008) yaptığı çalışmada depresyon ile aktiviteler katılım arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve 85 yaş üzerindeki yaşlıların sosyal ve fiziksel aktivitelere katılımının azaldığı görülmüştür. Gautam vd. 489 yaşlının aktiviteler katılımının depresyon ile hayat memnuniyeti açısından cinsiyetler arası farklılığını incelemiştir. Sonuç olarak erkeklerde dua etme, TV izleme, radyo dinleme ve fiziksel aktivitelere katılımın düşük depresyonla ilişkili olduğu; kadınlarda ise TV izleme, radyo dinlemenin düşük depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Hayat memnuniyeti bakımından ise erkeklerde sosyalleşme ile hayat memnuniyetinin arttığı; kadınlarda ise TV izleme, radyo dinleme, arkadaş ziyaretleri ve sosyalleşme ile hayat memnuniyetinin arttığı bulunmuştur.

Chiao vd. (2011) 1388 yaşlı ile Taiwan'da yaptığı, 18 yıl süren çalışmada sosyal katılımı sosyal organizasyon grubu, hobi grubu, kilise grubu, politika grubu, emekli grup ve gönüllü işlerle ilgilenen grup olmak üzere 6 alana ayırmıştır. Sosyal katılımın önemli derecede depresif semptomlarla ilgili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise

boş zaman aktivitelerine 5 alana ayrılmıştır. Dini aktiviteler dışındaki tüm aktivitelere katılımın depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yücel (2008) 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yaptığı çalışmada günlük yaşamında kendi kendine yetebilen yaşlılara 12 hafta süre ile haftada iki kez düzenli olarak verilen çok amaçlı aktivite eğitiminin, huzurevi ve evlerinde yaşayan yaşlıların depresyonlarını azaltmada etkili olduğunu, fiziksel aktivite ve genel yaşam becerisi algulamalarında sadece evlerinde yaşayanlarda anlamlı değişime yol açtığını belirtmiştir.

Mather vd. (2002) yaptığı randomize kontrollü çalışmada antidepresan tedavisi gören 43 yaşlıyı egzersiz grubu ve 43 yaşlıyı kontrol grubu olarak ayırmıştır. Egzersiz grubunda haftada 2 gün 45 dk endurans, kas kuvvetlendirme ve germe uygulanmıştır. 10. haftada Hamilton depresyon ölçeği kullanılarak değerlendirilen hastalarda % 30 oranında depresyonun azaldığı belirtilmiştir.

Literatüre paralel olarak dini aktiviteler dışında tüm aktivitelere katılım ile depresyon varlığı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yaşlıların dini aktivitelere katılımlarının depresyon üzerindeki etkilerinin ileri bir sosyolojik değerlendirme gerektirdiği, bunun dışında kalan aktiviteler bakımından depresyonu en aza indirecek seçenekler olduğu düşüncesindeyiz.

Su vd.'nin (2006) Çin'de kırsal ve kentsel kesimlerde yaşayanları boş zaman aktiviteleri yönünden karşılaştırdığı çalışmada kırsal kesimde yaşayanların günlük yaptıkları aktivitelerin çocuk bakmak ve ev işi olduğu; kentte yaşayanların ise eğitim seviyelerinin yüksek olmasından dolayı günlük yaptıkları aktivitelerin rekreasyonel aktivitelere katılım ve kıdemlerini yükseltecek okullara katılım olduğu belirtilmiştir. Kırsal kesimde yaşayanların favori aktivitelerinin çocukları ile oynamaları, kentte yaşayanların ise seyahat etmek olduğu; ayrıca kırsal kesimde yaşayanların kentte yaşayanlara göre daha sık arkadaşlarıyla görüştüğü bulunmuştur.

Bu çalışmaya paralel olarak çalışmamızda büyükşehirde yaşayanlarda kasaba veya köyde yaşayanlara göre toplam boş zaman aktivitelerine, entelektüel, sosyal ve rekreasyonel aktivitelere katılım daha yüksek bulunmuştur. Şehirde yaşayanlarda ise kasaba veya köyde yaşayanlara göre toplam boş zaman aktivitelerine ve entelektüel

aktivitelere katılım daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kentte yaşayanların eğitim seviyesinin daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Literatür çalışmalarında, eşi olmadan çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlıların mental durumlarının, evli olan (çocuklu ya da çocuksuz) ya da çocuksuz yalnız yaşayanlara göre daha kötü durumda olduğu gösterilmiştir. Çocuklarıyla ve eşiyle birlikte olanların fiziksel fonksiyon ve rollerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (Freebairn ve Bourne 2007). Verbrugge vd. (1996) ile Satariano vd. (2002) yaptıkları çalışmada evli olanların veya yakını ile birlikte yaşayanların aktivitelere katılımının daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda ise eşi ile birlikte yaşayanların, çocukları ya da bakıcı ile yaşayanlara göre boş zaman aktivitelerine katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yalnız yaşayanların yine çocukları ya da bakıcısıyla yaşayanlara göre toplam boş zaman aktivitelerine ve rekreasyonel aktivitelere katılımı fazladır. Bu durum eşle birlikte yaşamının, sosyal katılım ve birlikte aktiviteye katılmadan duyulan mutluluğun fazla olmasından ileri gelebileceği kanısındayız. Bununla birlikte, çocukları ya da ailesiyle yaşayanların bağımsızlık düzeylerinin düşük olmasının da tek başlarına ya da yardımla aktiviteye katılımlarını da olumsuz yönde etkilediği düşüncesindeyiz. Eşi ile birlikte yaşayanlarda dini aktiviteler dışında tüm aktivitelere katılımı yüksek bulunurken yine eşi ile birlikte yaşayanların yalnız yaşayanlara göre entelektüel aktivitelere katılımı yüksek bulunmuştur. Bu durum çalışmamızdaki eşi ile yaşayan yaşlıların eğitim seviyesinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir çünkü eğitim seviyesi arttıkça entelektüel aktivitelere katılım artmaktadır.

Yaşlılarda aktivite seçiminin ve bu aktivitede yer almanın genellikle sağlık ve sosyo-ekonomik durum ilişkili olduğu üzerinde durulmuştur (Ward 1979). Bu nedenle aktivite tipinin önemli olmadığı ve kendi seçtikleri aktiviteleri yapan yaşlıların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Duncan-Myers ve Huebner 2000). Cheung vd. (2009) yaşlılar arasında en fazla tercih edilen aktivitelerin sırasıyla rekreasyonel, sosyal ve kognitif aktiviteler olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak çalışmamızda en fazla tercih edilen katılım sırasıyla rekreasyonel, entelektüel, dini, sosyal ve fiziksel aktivitelerden oluşmuştur.

Yaşlıların boş zaman aktivitelerine katılımını engelleyen birçok neden vardır. Reichert vd.'nin (2007) Brezilya'da yaptığı çalışmada, yaşlıların boş zaman aktivitesi yapmalarına engel olan nedenler, yeterli maddi imkanın olmayışı olarak belirlenmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak gelir düzeyinin artışı ile dini aktiviteler dışındaki tüm aktivite alanlarına katılım arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Birçok engelli yetişkin özellikle mobilitelelerini sağlamak amaçlı çeşitli KYA'ları kullanmaktadır ve KYA'nın kullanımı gün geçtikçe özellikle yaşlılar arasında artış göstermektedir. Çalışmalarda KYA kullanan bireylerin kişisel bakımları ile ilgili GYA'da daha az bağımlılığı olduğu belirtilmiştir (Agree ve Fredman 2003).

Mann vd. (2005) Florida'da fonksiyonel limitasyonu olan 1101 yaşlı ile giyinmede kullanılan KYA'nın kullanımı ile ilgili bir çalışma yapmıştır. Çalışmada KYA üretiminin fazla teknoloji gerektirmediği ve düşük maliyetli olduğu ayrıca her iş uğraşı terapistinin atölyesinde kolaylıkla yapabileceği bir şey olduğu ve fonksiyonel limitasyonu olan bireylerin kullanması için teşvik edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Oysaki çalışmamızda KYA'dan yaygın olarak sadece banyo ve tuvalet oturaklarının kullanımı bulunmuştur. Bu durumun ülkemizde iş ve uğraşı tedavisi alanının henüz yeni bir alan olması ve dolayısıyla KYA üretiminin ve kullanılabilirliğinin, maddi olarak elde edilmesinin yaygın olmaması ile ilişkili olduğu düşüncesindeyiz.

İlerleyen yaşta yapılan boş zaman aktiviteleri, daha pasif ve ev merkezlidir. Yaşlıların ev dışındaki kültürel aktivitelere harcadıkları zaman çok azdır (Crombie vd. 2004). Tiyatro, sinema, spor ve gezi aktiviteleri yaşlılar tarafından daha az sürekliliği olan aktiviteler iken, TV izleme ve kitap okuma daha çok devamlılığı olan aktivitelerdir. Yaşlılıkta bu durumun ve düşük rekreasyonel aktivite düzeyinin; vücut fonksiyonlarındaki değişkenlik (VKİ fazlalığı), evlilik durumu, düşük eğitim seviyesi, erkek cinsiyeti, genetik, metabolik faktörler ve ilerleyen yaş ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Mouton vd. 2000). Bu durum ayrıca toplumların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir (Bahar vd. 2005).

Kerem vd'nin (2001) yaptığı çalışmada bireylerin %78'inin boş zamanlarını daha çok TV izleme, radyo dinleme, sohbet etme gibi pasif rekreasyonel aktivitelerle, %22'sinin ise bahçe işleri, tamirat, yürüme vb. gibi aktif rekreasyonel aktivitelerle uğraştıkları belirlenmiştir. Brown vd. (2004) 5 hafta boyunca, haftada bir kez bahçe işleriyle

uğraşan yaşlılarda transfer, yemek yeme ve tuvalet/banyo ihtiyacını giderme gibi GYA'da önemli değişiklikler olduğunu göstermiştir.

Avustralya'da evde yaşayan 60-64 yaş arası 2551 yaşlıda, evcil hayvan beslemenin, depresyon, kötü fiziksel sağlık ve ağrı kesici ilaç kullanımının fazla olması gibi negatif sağlık sonuçları doğurduğu; aksine bir enstitüde kalan yaşlılarda ise özellikle depresif semptomlar ve yaşam kalitesinin algılanması bakımından psikolojik iyi olma haline yararlı etkileri olduğu ortaya koyulmuştur (Colombo vd. 2005, Parslow vd. 2005).

Zimolag ve Krupa (2009) ise ciddi mental hastalığı olan 60 kişiyi evcil hayvan besleyen ve beslemeyen olmak üzere 2 gruba ayırmıştır. 2 grup arasında diagnoz, cinsiyet, küresel fonksiyon ölçümü, anlamlı aktivite ve psikolojik entegrasyon bakımından evcil hayvan besleyenlerde anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Barak vd.'nin (2001) yaş ortalaması 79.1 olan şizofren yaşlılar üzerinde 1 yıl boyunca uyguladığı hayvan terapisi ile şizofren yaşlılarda sosyalizasyon, GYA ve genel iyilik hali bakımından anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Yücel (2008) ise çalışmasında toplumumuzda evcil hayvan besleme alışkanlığı yaygın olmadığı için bu uğraşıya yer vermemiştir. Çalışmamızda evcil hayvan besleme bölümünü rekreasyonel aktiviteler içinde bitki yetiştirme bölümü ile birlikte değerlendirdik. Çalışmamızda rekreasyonel aktivitelere katılımın kadın cinsiyetinde, genç yaşlılıkta, büyükşehirde, evlilik durumunda, YY ve KYA kullanmayanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca rekreasyonel aktivitelere katılımın EGYA'daki bağımsızlık düzeyi ve kognitif fonksiyonlar arttıkça, depresyon düzeyi azaldıkça arttığı bulunmuştur.

Kılavuz (2005) dini aktivitelere katılımın yıllar süren ve sürecek bir aktivite olduğunu, yaşlı bireylere arkadaşlık ilişkileri kurmada ve geliştirmede bazı olumlu fırsatlar sağladığını belirtmiştir. Bununla birlikte farklı bir çalışmada da dini aktivitelere katılım oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kuşat vd. 2004).

Zhang vd. (2010) Çin'de 8703 yaşlı ile yaptığı çalışmada dini aktivitelere katılımın artışı ile pozitif psikolojik düşüncelerde önemli oranda gelişme ve boş zaman aktivitelerine katılımın artışı ile kognisyon düzeyindeki azalmanın orta düzeyde

olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kadınlarda dini aktivitelere katılım fazla iken; erkeklerin dini aktivitelere katılımdan kognitif fonksiyon üzerine yarar sağlaması daha yüksek bulunmuştur. Gautam vd.'nin (2007) 489 yaşlı ile yaptığı çalışmada dini aktivitelere katılımda cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada, 50-74 yaş aralığındaki kişilerde dini toplantılara katılmanın iyi olma haline ve yaşam doyumuna önemli etkileri olduğu belirtilmiştir (Warr vd. 2004). Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda dini aktivitelere katılım ile toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Çalışmalar dini aktivitelere katılım ile kognitif fonksiyonlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda dini aktivitelere katılımda cinsiyetler arasında farklılık olmadığı yönünde bulgular elde edilirken, kognitif fonksiyonlar ile dini aktivitelere katılım arasında anlamlı bir ilişkiye de rastlanmamıştır. Bu bulguların, toplumumuzun değişen inanç ve hayat anlayışları, bireysel ya da toplu ibadet konusundaki tercihleri, birtakım inanç akımlarının toplum üzerindeki etkileri vb. sosyolojik belirteçlerle açıklanması gerektiği kanısındayız. Ayrıca din faktörünün kognitif fonksiyonlarla birebir ilişkilendirilebilmesi için daha ileri sosyolojik çalışmalarla yorumlanmasının daha doğru olacağına inanmaktayız.

Literatürde yaşla birlikte sosyal aktivitelere katılımın azaldığı ve bunun çeşitli nedenlere bağlı olduğu bildirilmiştir (Yücel 2008). Bu nedenlerin başında yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin sebep olduğu hastalıklar gelmektedir. Bu hastalıklar özellikle fiziksel aktivitelere katılımı olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmamıza alınan yaşlıların fiziksel aktivitelere katılım düzeyleri beklendiği gibi düşük bulunmuştur. İlerleyen yaşla birlikte fiziksel aktivitede de azalma meydana gelir. Egzersizden uzak bir yaşantının kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, osteoporoz, kalp hastalıkları gibi çeşitli sağlık sorunları ile ilişkisi vardır. Bu hastalıklardan korunma bakımından da düzenli fiziksel egzersiz yapmak yararlıdır (Bilir 2005).

Netz vd'nin (2007) klinik bir hastalığı olmayan yaşlılar üzerinde yaptığı meta analiz çalışmasında iyilik hali için aerobik egzersizlerin daha etkili olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin verimlilik ve kardiovasküler düzeyi, gücü ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirme üzerine güçlü etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Wong vd. (2003), demografik/psikososyal özellikler ve eğitim durumu ile boş zaman fiziksel aktivitesine

katılım arasında negatif bir ilişki bulmuştur. Gerson ve Stevens (2004) çalışmasında yaşlılar arasında düzenli fiziksel aktiviteye katılma alışkanlığının oldukça düşük olduğunu saptamıştır. Bisiklete binme gibi fiziksel aktivitelerin, yaşlılar arasında sıklıkla yaralanmalara neden olabileceğinden tercih edilmeyen aktiviteler olduğu belirtmiştir.

Van Heuvelen vd (1998) 57 yaş ve üzeri kişilerin 12 ay içerisinde yaptığı boş zaman fiziksel aktivitelerini araştırmışlardır. En fazla tercih edilen fiziksel aktivitenin, keyif için yürüyüş ve bisiklete binme olduğu, erkeklerin yürüme, bisiklete binme ve koşu aktivitelerinde kadınlardan daha aktif olduğu, kadınların daha çok jimnastik, dans ve yoga türündeki aktivitelere katıldıklarını saptanmıştır. Yine aynı çalışmada ortalama enerji tüketiminin yaş ile ilişkili olduğu, yaş arttıkça düştüğü, erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu bulunmuştur.

Yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalardan yaşlı bireylerin gençlerden daha az fiziksel aktiviteye katıldıkları, yaşlı bayanların yaşlı erkeklerden daha az aktif oldukları ve eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılımın arttığı sonuçları çıkarılabilir (Soyuer 2008, Van Euvelen vd. 1998). Çalışmamızda ise fiziksel aktivite yönünden cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunamamışken; 65-70 yaş grubunun 71-75 yaş grubuna göre fiziksel aktivitelere (yürüyüş ve kalistenik egzersizler yapmak, koşmak, yüzmek, bisiklet sürmek ve egzersiz cihazlarını kullanmak) katılımının yüksek olduğu bulunmuş fakat fiziksel aktivitelere katılımın alt başlıklarından jimnastik, yoga ve dans türü aktivitelere katılımın olmadığı bulunmuştur.

Wilcox vd. (2000) farklı etnik gruplarından oluşan kadınları fiziksel aktiviteler bakımından karşılaştırdığı çalışmada kırsal kesimde yaşayan kadınların kentte yaşayan kadınlara göre daha az eğitilmiş ve sedanter yaşam tarzını benimsediklerini göstermiştir. Çalışmamızda ise şehirde yaşayanlar ile kasaba ya da köyde yaşayanlar arasında fiziksel aktivite bakımından fark bulunmamıştır. Bu durum Yücel'in (2008) çalışmasında belirtildiği gibi pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de yaşlıların aktivite ve egzersizlere katılımının yaşadıkları yerin şehir ya da kırsal kesim olsa bile yetersiz olması ile açıklanabilir.

Literatüre paralel olarak çalışmamızda gelir düzeyi ve eğitim seviyesi arttıkça fiziksel aktivitelere katılımın arttığı bulunmuştur. Ayrıca eşi ile birlikte yaşayan bireylerde ve yürüme yardımcısı kullanmayanlarda da katılımın arttığı gözlenmiştir.

Çalışmalar, yaşlılarda fiziksel aktivitenin, özellikle fiziksel ve mental sağlığa direk etkileri nedeni ile yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Cress vd. 1999, Matuska vd. 2003, Mc Auley vd. 2006). Fisher ve Lee (2004) altı ay boyunca, haftada üç kez, her bir seansı yaklaşık bir saat süren bir yürüyüş programının evde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerini artırdığını göstermişlerdir.

Çalışmamızda ise fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi anketinin alt başlıklarından olan sosyal katılım alanı ile pozitif yönde ve ölüm alanı ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Toplam yaşam kalitesi ile fiziksel aktiviteler katılım arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan yaşlıların içinde fiziksel aktivite katılımı olan olgu sayısının az olmasının bu sonuca yol açtığı düşüncesindeyiz.

Niti vd (2008) yaşlılarla yaptıkları çalışmada kognitif fonksiyonlar açısından fiziksel aktivitelere katılımın sosyal ya da üretken aktivitelere katılım kadar etkili olmadığını belirtmiştir. Farklı çalışmalarda fiziksel aktivitelere katılım ile hafif kognitif fonksiyon bozukluğu arasında ilişki bulunamamıştır (Wilson vd.2002, Fratiglioni vd. 2004, Verghese vd 2006). Bu çalışmaların tersine çalışmamızda fiziksel aktivitelere katılım ile kognitif durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kognitif düzeyi daha iyi olan yaşlıların fiziksel aktivitelere katılımında daha istekli ve daha aktif oldukları, daha seçici davrandıkları düşüncesindeyiz. Kognitif rehabilitasyon programlarının GYA ile ev içi ve ev dışı aktivitelere katılımı teşvik edilmesiyle desteklenmesi önemlidir.

Psikiyatrik olarak akut ve uzun dönem bakıma ihtiyacı olmasa bile yaşlıların, rutin olarak kognitif fonksiyon ve mental durum değerlendirmelerinin yapılması gerekir (Mehta 2002). Yaşlılarda mental durumu değerlendirmede yaygın olarak pek çok test kullanılır, ancak bu testlerin uygulanması zaman alır ve eğitim düzeyi çok düşük olan hastalarda yorum güçlüklerine neden olur. Bu nedenle uygulaması kolay, pahalı olmayan ve etkili bir ön tarama yapmak için geliştirilmiş testler kullanılır. Değerlendirmede standart; “normal” kabul edilen değil, bireyin olabileceğinin en iyisi olmasıdır (Yücel 2008). Rocca vd. (1992) ile Sarasqueta vd.’nin (2001) çalışmasında Hodkinson Mental Test’in demansın belirlenmesinde geçerli olduğu bulunmuştur. Bu

bilgiler doğrultusunda uygulamasının kolay olması açısından yaşlılara Hodkinson Mental Test uygulanmıştır. Dini aktiviteler dışında diğer tüm aktivitelere katılım ile kognitif fonksiyonlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşla birlikte sağlık ve diğer sosyal alanlarda meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlıların boş zaman aktivitelerine ilgileri ve bu aktiviteleri yapma becerileri azalabilir. Masa oyunları, kağıtlardan el işi yapma, bir müzik aleti çalma, balonla voleybol oynama ve dans gibi uğraşlar ile yapılan rekreasyonel rehabilitasyon, prefrontal bölgedeki kan akış hızını artırarak kognitif fonksiyon aktivasyonunu gerçekleştirir. Yüksek düzeyde boş zaman aktivitesi yapanlarda demans riski azalır (Scarmeas vd. 2001). Kognitif fonksiyonlar açısından aktif yaşlanmanın erken dönemlerinde aktivitelerin zenginleştirilmesi daha önemlidir (Leung vd. 2011). Çalışmamızda entelektüel, sosyal, rekreasyonel, fiziksel ve toplam boş zaman aktivitelerine katılımın arttıkça kognitif fonksiyonların arttığı bulunmuştur.

Niti vd.'nin (2008) yaptığı çalışmada 1635 yaşlı katılımcıda üretken, fiziksel ve sosyal aktivitelerin kognitif düzey üzerinde APOE-ε4 genotipinin varlığının etkileri incelenmiştir. En anlamlı sonuç üretken aktivitelere (rekreasyonel, kitap okumak ve müzik dinlemek vb.) katılanlarda bulunmuştur. Ayrıca geç yaşlılıkta, kadın cinsiyetinde, düşük eğitim seviyesinde ve hipertansiyon varlığında kognitif düzey skorlamasının düştüğü belirtilmiştir. 469 demansı olmayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada da kognisyonu uyarıcı boş zaman aktivitelerinin (örn. kart oyunları) demansın gelişimine karşı koruduğu bulunmuştur. Başka çalışmalarda ise sosyal dağılmanın ve çocuklarla yetersiz iletişimin, demans veya kognitif sapma için büyük risk oluşturduğu gösterilmiştir. Burdan yola çıkarak sosyal bağlantılara ve aktivitelere katılıma ek olarak, evli olmak kognitif fonksiyonları koruyabilir. Fratiglioni vd.'nin (2004) çalışmasında demans açısından bekar bireylerin evlilere göre daha fazla riskli olduğu bulunmuştur (Bassuk vd. 1999, Gleib vd. 2005, Verghese vd. 2006).

Leung vd.'nin (2009) 22 aylık izlem sonucunda yapılan kliniksel demansı olmayan yaş ortalaması 74.5 olan 505 olgunun katıldığı çalışmaya göre entelektüel aktivitelere katılımın küresel kognitif düşüş için düşük insidans ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0.003$). Diğer çalışmalar da Leung vd.'nin çalışmasını desteklemektedir (Verghese vd. 2003, Wilson vd. 2003, Wang vd. 2006). Fakat Wilson vd. (2007) demansın nöropatolojisinin şiddeti ile kognitif aktivitelere katılım düzeyi arasında anlamlı ilişki

bulamamışlardır. Literatüre paralel olarak çalışmamızda entelektüel aktivitelere katılanların kognitif düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşlılarda anlamlı boş zaman, yaşam kalitesi için esastır. İnsanoğlu, kendisi için anlamlı ve amaçlı aktivitelerde bulunduğu sürece sağlık ve yaşam kalitesini sürdürür (Yücel 2008). Meer (2008) boş zaman aktivitelerine katılımın kişisel iyilik hali ve toplumda yer almanın en önemli komponenti olduğunu belirtmiştir.

Genel yaşam kalitesi, sadece fonksiyonel yetileri değil, aynı zamanda semptomları, tedavilerin yan etkilerini, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel ve finansal bakış açıları gibi değişik boyutları da içerir. Bu nedenle yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile kullanılacak ölçütlerin çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olması gerekir (Mac Keigan ve Pathac 1992). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları genel ve özel olmak üzere iki grupta toplanır. Genel araçlar; birçok boyutu içeren, geniş bir soru kapasitesi olan indekslerdir. Örneğin; DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi, Nottingham Sağlık Profili gibi. Toplumda ve farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla oluşturulmuşlardır. Bu testler, yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir fonksiyon ve yeti kaybı spektrumunu kapsamaları nedeniyle toplumun tüm kesimlerinde, tüm hastalık/durumlarda ve çeşitli tıbbi müdahalelerde kullanılmaktadırlar. Çalışmamızda yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla ICF modeline uygun ve jenerik bir ölçek olan DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi kullanılmıştır.

Yaşlılarda yaşam kalitesini ortaya koyan en önemli faktörlerden birisi fonksiyonel bağımsızlık düzeyi olmasına rağmen, yaşam kalitesi kişinin sadece fonksiyonel bağımsızlık düzeyine bağlı değildir. Aynı zamanda gelir düzeyi, sosyal hayat, eğitim durumu ve boş zaman aktiviteleri gibi sosyo-demografik özelliklerine de bağlıdır.

Güler ve Akal (2009) yaptıkları çalışmada boş zaman aktivitelerine katılımın yaşam kalitesini olumlu etkilediği bulunmuştur. Yin vd. (2008) yaptıkları çalışmada katılımın en fazla olduğu aktivitenin sabah egzersizleri ve tai-chi olduğu belirtilmiş ve boş zaman ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Warr vd. (2004) yaptığı çalışmada 50-74 yaş arası bireylerde aktivite katılımını 6 bölüme ayırarak fiziksel iyilik hali ile arasındaki ilişkiye bakmıştır. Özellikle aile, sosyal, kilise ve hayır kurumları bölümü ile fiziksel iyilik hali ya da yaşam

memnuniyeti açısından pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Silverstein ve Parker'ın (2002) İsveç'te 324 yaşlı ile yaptığı çalışmada boş zaman aktiviteleri kültürel-eğlence aktiviteleri, üretken-kişisel gelişim aktiviteleri, dışarı-fiziksel aktiviteler, rekreasyonel-etkileyici aktiviteler, arkadaşlarla yapılan aktiviteler ve resmi grup aktiviteleri olmak üzere 6 alana ayrılmıştır. Çalışmaya alınan yaşlılar 1981 ve 1992 yıllarında değerlendirilerek boş zaman aktivitelerine katılımın değişip değişmediği ve yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir. Sonuç olarak boş zaman aktivitelerine katılımın yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etkileri olduğu özellikle bu etkilerin dul, gelişmiş fonksiyonel bozukluğu olan ve nispeten ailesi ile fazla iletişim kurmayan bireylerde görüldüğü belirtilmiştir.

Cheung vd.'nin (2009) Çin'de 269 yaşlı ile yaptığı çalışmada boş zaman aktiviteleri rekreasyonel, kognitif, sosyal ve üretken aktiviteler olmak üzere 4 gruba ayrılmış ve boş zaman aktiviteleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Kognitif ve sosyal aktivitelere katılımın yaşam kalitesine ait değerlendirmenin fiziksel ve mental alanı ile pozitif yönde ilişkili olduğu; kognitif aktivitelere katılımın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve mental alan ile pozitif yönde ilişkili olduğu; rekreasyonel aktivitelere katılımın sosyal fonksiyon, duygusal rol ve mental sağlık ile pozitif yönde ilişkili olduğu; üretken aktivitelere katılımın ise genel sağlık ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Paskulin ve Molzahn (2007) Kanada ve Brezilya'da yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi açısından farklılığını incelemiştir. Yaşam kalitesinin toplam yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve çevresel alanlarında Kanada'da yaşayan yaşlıların daha yüksek skorlara sahip olduğu, sosyal alanda ise herhangi bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Brezilya'da yaşayan yaşlılarda ise yaşam kalitesinin fiziksel çevre dışında boş zaman aktiviteleri görüşleri, yaşam anlamı, yeterli para ve sağlık memnuniyeti ile anlamlı ilişkileri olduğu bulunmuştur. Sağlık memnuniyeti her iki grupta da anlamlıyken, kişisel ilişkilerin anlamsız olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda EGYA'ya katılımdaki bağımsızlık düzeyi arttıkça, depresyon düzeyi azaldıkça, eğitim düzeyi yükseldikçe, komşu ile görüşme sıklığı arttıkça ve apartman dairesinde yaşayanlarda sosyal katılımın arttığı bulunmuştur. Bu faktörlerden yaşlının eğitim seviyesi değiştiremeyiz fakat yaşadığı ortam değiştirilerek sosyal ilişkilerini

kuvvetlendirerek sosyal katılımı arttırabiliriz. Koruyucu rehabilitasyon çalışmaları ile de EGYA'daki bağımsızlık düzeyi arttırılıp depresyon azaltılarak sosyal katılım düzeyi yükseltilebilir.

Sonuçta bu çalışmadan elde edilen bulgular, evde yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesi ve sosyal katılım düzeyleri ile olan ilişkisine dair verileri desteklemektedir. Düzenli fiziksel aktivitenin yanında, günlük aktiviteler başta olmak üzere boş zaman, kültürel, sanatsal ve sosyal aktivitelere katılımın teşvik edilmesinin, yaşam kalitesini artırmada ve sağlıklı bir yaşlanma sürecinin sürdürülmesinde önemli olduğu kanısındayız. Bu çalışmada incelenen sosyodemografik özelliklerin ileri sosyolojik çalışmalar için kaynak oluşturacağına da inanmaktayız. Bununla birlikte, aktivite deneyiminin yaşlının yaşamına kattığı anlam dikkate alınarak geriatrik rehabilitasyon ekibi tarafından ev içinde ve dışında fiziksel ve mental süreçlere katkı sağlayıcı nitelikte bireysel ve grup çalışmalarının planlanmasında bu çalışmaya ait veriler yol gösterici nitelikte ve tartışmaya açıktır.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada sosyal katılım ile sosyodemografik özellikler, fonksiyonel düzey, depresyon varlığı, kognitif durum arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

1- Sosyodemografik özelliklerden;

A-Cinsiyet, yaş, yaşadığı ortam, medeni durum, yaşadığı yer, yaşam düzeni, kaldığı ev, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, mali durum, yürüme yardımcısı kullanımı, kendine yardım aletinin varlığı, aile ve komşu ile görüşme sıklığı sosyal katılım üzerinde etkilidir.

B-Sosyal güvence, özgeçmiş, kullandığı ilaç, gözlük ve işitme cihazı varlığı ve ailesi ile görüşme sıklığı alt başlıkları sosyal katılım üzerinde etkili değildir.

- Kadınlarda rekreasyonel aktivitelere katılım oranı yüksek bulunurken; erkeklerde entelektüel aktivitelere katılım oranı yüksek bulunmuştur.
- Genç yaşlılarda, büyükşehir veya şehirde yaşayanlarda, evli olup eşi ile birlikte yaşayanlarda, apartman dairesinde yaşayanlarda, yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda, emeklilikte, gelir düzeyi yüksek olanlarda, YY ve KYA kullanmayanlarda, komşusu ile hergün görüşenlerde sosyal katılım artar.

2-Sosyal katılım ile fonksiyonel düzey, kognitif durum ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, sosyal katılım ile depresyon varlığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

- GYA'da ve EGYA'da bağımsızlık arttıkça, kognitif düzey yükseldikçe, depresyon düzeyi azaldıkça ve yaşam kalitesi arttıkça sosyal katılım artar.

Tüm bu sonuçlar evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılım ile depresyon düzeyi, kognitif durum, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasında bir ilişki olduğu; kognitif düzey ve yaşam kalitesi arttıkça sosyal katılımın artacağı, depresyon varlığının ve GYA katılımındaki bağımlılığın sosyal katılımı azaltacağı hipotezlerimizi doğrulamaktadır.

Kesitsel çalışmalar bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri mi etkilediği, bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenleri mi etkilediği sonucunu veremez. Bu yüzden sonuçlar iki yönlüdür. Bağımsız değişken olan demografik özellikler, GYA, EGYA, kognitif durum, depresyon ve yaşam kalitesi bağımlı değişken olan sosyal katılımı etkilemiş olabilir ya da sosyal katılım demografik özellikler, GYA, EGYA, kognitif durum, depresyon ve yaşam kalitesini etkilemiş olabilir.

Bu sonuçlar yaşlıların genellikle hangi aktivitelere ilgi duyduğunu ve bu aktiviteleri yapabilmeleri için yaşının kendi özelliklerinden kaynaklanan ve çevresel faktörlerin ne derece etkili olduğunu göstermektedir. Bu aktivitelerin çeşitlendirilmesi ve yaşlıların aktiviteye olan ilgilerini arttırmak için devletin ve yerel yönetimlerin fizyoterapist ve iş uğraşı terapistleri ile ilişkilerini güçlendirerek bu çalışmadaki faktörlerden yola çıkarak sosyal katılımı arttırmaya yönelik programlar gerçekleştirilmelidir.

Çalışmanın benzer sosyokültürel yapıya sahip ve ülkemizin batı bölümünde yer alan 2 şehirde yaşayan yaşlılar üzerinde yapılmış olması çalışmayı sınırlayıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Benzeri çalışmaların yaşlıların yaşadığı kurumlarda ya da Türkiye'nin farklı sosyokültürel özelliklere sahip bölgelerinde yaşayan yaşlılarda yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız. Yaşlılarda sosyal katılımı ilgili değerli verilere sahip olduğunu düşündüğümüz bu çalışmanın, geriatrik rehabilitasyon alanının önemli bir bölümünü oluşturan iş ve uğraşı tedavisi uygulamalarının yaygınlaşmasına ve yaşlıları sosyal katılımlarına ilişkin oluşturulacak politikalara da yön gösterecektir.

7. KAYNAKLAR

- Aartsen, M. J., Smits, C. H., Van Tilburg, T., Knipscheer, K. C. and Deeg, D. J. (2002) Activity in Older Adults: Cause or Consequence of Cognitive Functioning? A Longitudinal Study on Everyday Activities and Cognitive Performance in Older Adults. *J. Gerontol. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57: 153–162.
- Abolfotouh, M.A., Daffallah, A.A., Khan, M.Y., Khattab, M.S. and Abdulmoneim, I. (2001) Psychosocial Assessment of Geriatric Subject in Abha City, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3): 481-491.
- Adler, G. (1997) Driving and Dementia: Dilemmas and Decisions. *Geriatrics*, 152(2): 26-29.
- Agree, E. M., & Freedman, V. A. (2003) A Comparison of Assistive Technology and Personal Care in Alleviating Disability and Unmet Need. *Gerontologist*, 43(3): 335–344.
- Aiken, L.R. (1995) Aging. An Introduction of Gerontology, (Foster D.S.), *Sage Publication*, California, 267 s.
- Akgün, S., Bakar, C., Budakoğlu, I. İ. (2004) Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. *Turk. J. Ger.*, 7(2):105-10.
- Altuğ, F., Yağcı N., Kitiş A., Büker N. ve Cavlak U. (2009) Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1:48-60.
- Avlund, K., Vass, M. and Hendriksen, C. (2003) Onset of Mobility Disability Among Community-dwelling Old Men and Women. The Role of Tiredness in Daily Activities. *Age Ageing*, 32(6): 579-584.
- Bahar, A., Tutkun, H. , Sertbaş, G. (2005) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 227-239.
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., Beni, B. A. (2001). Animal-assisted Therapy for Elderly Schizophrenic Patients: A one Year Controlled Trial. *Am. J. Ger. Psyc.*, 9: 439–442.
- Bassuk, S.S., Glass, T.A., Berkman,L.F. (1999) Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons *Ann. Intern. Med.*, 131: 165-173.
- Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T. (2005) Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Türk Romatizma Dergisi*, 20(1): 55-63.
- Berberoğlu, U.,Gül, H., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A.(2002) Edirne Huzurevinde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-demografik Özellikleri ve Katz İndeksine göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. *Turk. J. Ger.*, Geriatri 5(4): 144-149.
- Bilir N. (2006) Türkiye’de Yaşlanan Toplum. *Geriatric ve Gerontoloji*, 170-174.
- Bongaarts, J. (2009) Human Population Growth and the Demographic Transition. *Philos. Trans. R. Soc Lond. B Biol. Sci.*, 364(1532):2985-2990.
- Borowiak, E. and Kostka, T. (2004) Predictors of Quality of Life in Older People Living at Home and in Institutions. *Aging Clin. Exp. Res.*, 16 (3): 212-220.

- Bosma, H., Van Boxtel, M.P., Ponds, R.W., Jelicic, M., Houx, P., Metsemakers, J., Jolles, J. (2002) Engaged Lifestyle and Cognitive Function in Middle and Old-aged, Non-demented Persons: a reciprocal association? *Z. Geron. Geriatr.*, 35(6): 575–581.
- Bowling A., Iliffe S. (2006) Which Model of Successful Ageing Should be Used? Baseline Findings From a British Longitudinal Survey of Ageing *Age Ageing*, 35: 607–614.
- Brach, J.S. and VanSwearingen, J.M. (2002) Physical Impairment and Disability: Relationship to Performance of Activities of Daily Living in Community-dwelling Older Men. *Phys. Ther.*, 82(8):752-761.
- Brown, V.M., Allen, A.C., Dwozan, M., Mercer, I. ve Warren, K. (2004) Indoor Gardening Older Adults: Effects on Socialization, Activities of Daily Living, and Loneliness. *J. Geron. Nurs.*, 30(10):34-42.
- Candansayar, S. (2005) Yaşlanma ve Ruh Sağlığı. *Türk Geriatri Derneği* http://geriatri.org/pdfiler/saglikli_yaslanma
- Cangöz, B. (2009). Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. Geriatri: Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım. (Kutsal, Y. G.) *Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını*, Ankara, 4: 99-104.
- Chiao, C., Weng, L-J., Botticello A., L. (2011) Social Participation Reduces Depressive Symptoms Among Older Adults: An 18-year Longitudinal Analysis in Taiwan. *BMC Public Health*, 11: 292.
- Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone Singh, M.A., Minson, C.T., Nigg, C.R., Salem, G.J., Skinner, J.S. (1998) Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Med. Sci. Sport. Exerc.*, 30(6) : 992-1008.
- Cella, D.F. (1994) Quality of Life: Concepts and Definition. *J. Pain Symp. Man.*, 9(3): 186-92.
- Colombo, G., Buono, M.D., Smania, K., Raviola, R. and de Leo, D. (2005) Pet Therapy and Institutionalized Elderly: a Study on 144 Cognitively Unimpaired Subjects. *Arch. Geron. Ger.*, 42(2):207-216.
- Cress, M.E., Buchner, D.M., Questad, K.A., Esselman, P.C., de Lateur B.J. and Schwartz, R.S. (1999) Exercise: Effects on Physical Functional Performance in Independent Older Adults. *J. Geron. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 54(5): 242-248.
- Crombie, I.K., Irvine, L. and Williams, B. (2004) Why Older People do not Participate in Leisure Time Physical Activity: a Survey Activity Levels, Beliefs and Deterrents. *Age Ageing*, 33(3): 287-292.
- Çalıştır, B., Dereli, F. Ayan, H., Cantürk, A. (2006) Muğla il Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Turk. J. Ger.*, 9(1): 30-33.
- Çubukçu, S. (2005) Edirne'deki 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kayseri, 112s
- Çuhadar, D., Sertbaş, G., Tutkun, H. (2006) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 232-239.
- Dirik, A. (2005) Geriatriklerde Mobilite Yeteneği, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon Düzeyi ve Mental Statünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Denizli, 87s.
- Dipietro, L. (2001) Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and Their Relationship to Health and Function. *J. Geron.*, 56A:13-22.

- Dodge, H. H., Kita, Y., Takechi H., Hayakawa T., Ganguli M., and Ueshima H.(2008) Healthy Cognitive Aging and Leisure Activities Among the Oldest Old in Japan: Takashima Study *J. Geron. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 63(11): 1193–1200.
- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M., Mackenbach J.P. (2001) Educational Level and Decreases in Leisure Time Physical Activity:Predictors From The Longitudinal Globe Study. *J. Epidemiol. Community Health*, 55: 562-568.
- Duncan-Myers, A.M. and Huebner, R.A. (2000) Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long-term-care Facilities. *AJOT*, 54(5):504-508.
- Dünya Sağlık Örgütü (2004) İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırması (Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş), Bilge Matbaacılık, 284s.
- Er, D. (2009) Psikososyal Açıdan Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4: 11.
- Erbaşı, S., Tüfekçioğlu, O., Sabah, I. (1999) Yaşlılık ve Hipertansiyon. *Türk Geriatri Dergisi*, 2: 67-70.
- Erdoğan, M.A. (2008) Yaşlı Olgularda Kognitif Fonksiyon Bozukluğunun Anestezik İlaç Gereksinimi ve Derlenme Üzerine Etkileri. Uzmanlık tezi, *İnönü Ünv. Anesteziyoloji ve Reanimasyon A. B. D.*, Malatya, 35s.
- Ertan, T., Eker, E., Sar, V. (1997) Geriyatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(2): 62-71.
- Ertan, T. (1996) Geriyatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeğinin 60 yaş üzeri Türk Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik İncelemesi. Uzmanlık Tezi, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.*, İstanbul, 50s.
- Eser, E., Eser, S., Özyurt, C. ve Fidaner, C. (2005) Türk Yaşlıları Örneğinde Yaşam Kalitesi Algısı: Whoqol-Old Projesi Türkiye Odak Grup Çalışması. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(4):169-183.
- Eyigör, S., Karapolat, H., Durmaz, B. (2006) Bir Üniversite Kliniğine Başvuran Yaşlı Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Bulguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türk. J. Ger.*, 9(3): 130-135
- Fisher, K.J. and Li, F. (2004) A Community-based Walking Trial to Improve Neighborhood Quality of Life in Older Adults: A Multilevel Analysis. *Ann. Beh. Med.*, 28(3): 186-194.
- Fleming, K.C., Evans, J.M., Weber, D.C., Chutka, D.S. (1995) Practical Functional Assessment of Older Persons: a primary care approach. *Mayo Clinic Proceedings*, 70(9): 890.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) “Mini-mental State”. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J. Psyc. Res.*, 12(3): 189-198.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., Winblad, B. (2004) An Active and Socially Integrated Lifestyle in Late Life Might Protect Against Dementia. *Lancet Neurol.*, 3:343–353.
- Freebairn, L., Bourne, M. (2007) Maternal and Perinatal Health in the ACT 2000-2004, Australian Capital Territory, Canberra, 112s.
- Fujiwara, Y., Chaves, P.H., Yoshida, H., Amano, H., Fukaya, T., Watanabe, N., Nishi, M., Lee, S., Uchida, H., Shinkai, S. (2009) Intellectual Activity and Likelihood of Subsequently Improving or Maintaining Instrumental Activities of Daily Living Functioning in Community-dwelling Older Japanese: a Longitudinal Study. *Int. J. Geriatr. Psyc.*, 24(6): 547-55.
- Gal, D.L., Santos, A.C. and Barros, H. (2005) Leisure-Time Versus Full Day Energy Expenditure: a Cross-sectional Study of Sedentarism in a Portuguese Urban Population. *BMC Public Health*, 5: 16.

- Gallo, J.J., Fulmer, T., Paveza, G.J. and Reichel, W. (2000) Mental Status Assessment. Handbook of Geriatric Assessment. *Aspen Publishers*, Maryland s29-100
- Gautam, R., Saito, T., Kai, I. (2007) Leisure and Religious Activity Participation and Mental Health: Gender Analysis of Older Adults in Nepal. *BMC Public Health*, 7: 299.
- Gerson, L.W. and Stevens, J.A. (2004) Recreational Injuries Among Older Americans. *Injury Prevention*, 10(3): 134-138.
- Gladman, J. R.F. (2008) The International Classification of Functioning, Disability and Health and Its Value to Rehabilitation and Geriatric Medicine *J. Chin. Med. Assoc.*, 71(6): 275–278.
- Goodman G., Bonder B. R. (2008) Preventing Occupational Dysfunction Secondary to Ageing, Occupational Therapy for Physical Dysfunction, Sixth Edition (Radomski M. V., Latham C. A. T.), *Wolters Kluwer*, Philadelphia, s977-999.
- Guallar-Castillon, P., Santa-Olalla Peralta, P., Banegas JR, Lopez, E., Rodriguez-Artalejo, F. (2004) Physical Activity and Quality of Life in Older Adults in Spain. *Med. Clin. (Barc)*. , 123(16) :606-610.
- Gunstad, J., Cohen, R. A., Paul, R. H., Tate, D. F., Hoth, K. F., Poppas, A. (2006) Understanding Reported Cognitive Dysfunction in Older Adults with Cardiovascular Disease *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2(2): 213–218.
- Gustavson, K., Lee, C.D. (2004) Alone and Content: Frail Seniors Living in Their Own Homes Compared to Those Who Live With Others. *Journal of Women and Aging*, 16(3-4): 3-18.
- Güler, N., Akal, Ç. (2009) Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years and Over Living at Home in Sivas, Turkey. *Türk. J. Ger.*, 12 (4): 181-189.
- Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A., Vural, N. (2000) Huzurevinde Yaşamakta Olan bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4): 133-140.
- Günaydın, R. (2010) Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi *Türk. J. Ger.*,13(4): 278-284.
- Gündüz, O.H. (2000) Yaşlılarda Postür ve Yürüme. *Türk Geriatri Dergisi*, 3: 70-74.
- Güneş, G.,Demircioğlu, N.,Karaoğlu, L.(2005) Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*,8 (2): 78-83.
- Haak, M., Ivanoff, S. D., Fange, A., Sixsmith, J., & Iwarsson, S. (2007). Home as the Locus and Origin for Participation— Experiences Among very Old Swedish People. *OTJR: Occupation, Participation, and Health*, 27: 95–103.
- Haak, M., Fange, A., Horstmann, V., & Iwarsson, S. (2008). Two Dimensions of Participation in very Old Age and Their Relations to Home and Neighborhood Environments. *AJOT*, 62: 77–86.
- Haak, M., Fange, A., Iwarsson, S., & Dahlin Ivanoff, S. (2007) Home as a Signification of Independence and Autonomy - Experiences Among very Old Swedish People. *Scand. J. Occup. Ther.*, 14: 16–24
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005) The Issue is—An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health—Some Critical Remarks. *AJOT*, 59: 569–576.
- Hodkinson, H.M., (1972) Evaluation of a Mental Test Scores for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. *Age Ageing*, 1: 233-238.

- Holmen, K., Ericsson, K., Winblad, B. (2000) Social and Emotional Loneliness Among Non-demented and Demented Elderly People. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 31(3): 177-192.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988) Social Relationships and Health *Science* 241: 540-545.
- Hsu, H. C. (2007) Does Social Participation by the Elderly Reduce Mortality and Cognitive Impairment. *Aging & Mental Health*, 11(6): 699-707.
- Hwang, J. E. (2010) Promoting Healthy Lifestyles With Aging: Development and Validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) Using the Rasch Measurement Model. *AJOT*, 64: 786-795.
- Iwao, S., Iwao, N., Muller, D.C. (2000) Effects of Aging on the Relationship Between Multiple Risk Factors and Waist Circumference. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 48: 788-94.
- Karakuş, A., Süzek, H., Atay, M.E. (2003) Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Muğla Üniv. SBE Dergisi*, 11: 40-51
- Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., Grotz, R.C. (1970) Progress in the Development of the Index of ADL. *Gerontologist*, 10: 20-30.
- Kaya, B. (1999) Yaşlılık ve Depresyon-1 Tanı ve Değerlendirme Yöntemleri *Türk. J. Ger. Geriatri* 2 (2): 76-82.
- Kayıhan, H. (2007), "Yaşam Kalitesi", *1. Ulusal Yaşlılık Konseyi Kongresi*, İstanbul.
- Kayıhan, H. (2009) Geriatriye Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. *Akademik Geriatri Dergisi* 1: 82-89.
- Kılavuz, M. A. (2005) Batı Kültüründe Yaşlanma Dönemi Yalnızlık Duygusunu Azaltma ve Arkadaş İlişkilerini Geliştirme Açısından Dini Etkinliklerin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 14(2): 25-39.
- Kırdı, N. (2010). Yaşlılarda Egzersizin Önemi, *III. Akademik Geriatri Kongresi*, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, s. 91-99
- Kiernan, R.J. (1987) The Neurobehavioral Cognitive Status Examination: A Brief but Differentiated Approach to Cognitive Assessment. *Ann. Int. Med.*, 107: 481-485.
- King, M.B., Whipple, R.H., Gruman, C.A., Judge, J.O., Schmidt, J.A., Wolfson, L.I (2002) The Performance Enhancement Project: Improving Physical Performance in Older Persons. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 83: 1060-1069.
- Koenig, H. G., George, L.K., Peterson, B. L. (1998) Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *Am. J. Psyc.* 155(4): 536-542.
- Kulaksızoğlu B. I. (2009) Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Klinik Gelişim* 22(4): 65-74.
- Küçükdeveci, A. A. (2011) Osteoartritte İşlevsel Değerlendirme Ölçütleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 14: 37-44
- Lapham, S.J., Kinsella, K. (1997) Aging Trends - Turkey. *J. Cross Cult. Gerontol.*, 12(3): 273-83.
- Larrieu, S., Peres, K. and Letenneur, L. (2004) Relationship Between Body Mass Index and Different Domains of Disability in Older Persons: the 3C study. *Internal Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 28(12): 1555-1560.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969) Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9: 179-186.
- Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H., & Ruckdeschel, K. (1999). Affect and Quality of life: Objective and Subjective. *Journal of Aging and Health*, 11: 169-198.
- Leung, G.T.Y., Leung, K.F., Lam, L.C.W. (2011) Classification of Late-life Leisure Activities among Elderly Chinese in Hong Kong. *East Asian Arch. Psyc.*, 21: 123-7.

- Leung, G., Fung, A., Tam C., Lui V., Chiu, H., Chan, W. , Lam, L. (2011) Examining the Association Between Late-life Leisure Activity Participation and Global Cognitive Decline in Community Dwelling Elderly Chinese in Hong Kong. *International J. Ger. Psyc.*, 26(1): 39–47.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., Tribble, D. (2008) Do Quality of Life, Participation and Environment of Older Adults Differ According to Level of Activity? *Health and Quality of Life Outcomes*. 6: 30
- Mac Keigan, L.D. and Pathac, D.S. (1992) Overview of Health Related Quality of Life Measures. *AJPH*, 49(9): 2236-2245.
- Mann, D.M.A. (1997) Molecular Biology's Impact on Our Understanding of Aging. *British Medical Journal*, 315: 1078-1081.
- Mann, W. C., Kimble, C., Justiss, M. D., Casson, E., Tomita, M., & Wu, S. S. (2005) Problems With Dressing in the Frail Elderly. *AJOT*, 59: 398–408.
- Marsiske, M., Klumb, P., Baltes, M. M. (1997) Everyday Activity Patterns and Sensory Functioning in Old Age. *Psychology and Aging*, 12(3): 444-457.
- Mather, A. S., Rodriguez, C., Guthrie, M. F., Mcharg, A. M., Reid, I.C. and McMurdo, M. E. T. (2002) Effects of Exercise on Depressive Symptoms in Older Adults with Poorly Responsive Depressive Disorder: Randomised Controlled Trial. *BJ Psych.*, 180:411-415.
- Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M. and Bass-Haugen, J. (2003) Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Wellness Program for Older Adults. *AJOT*, 57(2):220-224.
- Maviş, İ. , Özbabalık, D. (2006) Yaşlılıkta Nörolojik Temelli İletişim Sorunları ve Dil ve Konuşma Terapisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1): 1-18
- Mazzeo, R.S., Cavanach, P., Evans, W.J. (1998) ACSM Position Stand on Exercise and Physical Activity Older Adults. *Med. Sci. Sports. Exerc.* 30: 992-1008.
- Mc Auley, E., Konopack, J.F., Motl, R.W., Morris, K.S., Doerksen, S.E. and Rosengren, K.R. (2006) Physical Activity and Quality of Life in Older Adults: Influence of Health Status and Self Efficacy. *Ann. Beh. Med.*, 31(1): 99-103.
- Meer, M. (2008) The Sociospatial Diversity in the Leisure Activities of Older People in the Netherlands. *Journal of Aging Studies*,22(1):1.
- Mehta, K.M. (2002) Cognitive İmpairment, Depressive Symptoms and Functional Decline in Older People. *J. Am.Ger.Soc.*, 50: 1045-1050.
- Nalbant S. (2010) Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. *Türkiye Genbilim Sitesi*, <http://www.genbilim.com> (04.12.2010).
- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D.(2006) Quality of Life at Older Ages: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging (wave 1). *J. Epidemiol. Community Health* 60: 357–63.
- Netz, Y., Wu, M.J., Becker, B. J., Tenenbaum, G. (2005) Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies Psychology and Aging. *American Psychological Association*, 20(2): 272–284.
- Niti M, Yap KB, Kua EH, Tan CH, Ng, TP. (2008) Physical, Social and Productive Leisure Activities, Cognitive Decline and İnteraction with APOE-ε4 Genotype in Chinese Older adults. *Int. Psychogeriatr.*, 20: 237–251.
- O'Connor, P.J., Aenchenbacher, L.E., Dishman, R.K. (1993) Physical Activity and Depression in the Elderly. *J. Aging Phys. Activ.* 1: 34-58.
- Okochi, J., Utsunomiya, S., Takahashi, T. (2005) Health Measurement Using the ICF: Test-retest Reliability Study of ICF Codes and Qualifiers in Geriatric Care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3: 46.

- Oran, T.N., Öztürk, H. (2004) Yaşlanmayla Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4): 237-240.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., Nygren, C., Fange, A., Sixsmith, A., Sixsmith J., Szeman Z., Tomson S., and Iwarsson S. (2007) Relationships Between Housing and Healthy Ageing Aspects in Very Old Age: Results From the ENABLE-AGE Project. *Gerontologist*, 47: 97-107.
- Özekes, M. (2006) Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Bellek Performansı üzerindeki etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 7(2): 27-41.
- Özer, M. (2001) Huzurevinde ve Aile ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 229s.
- Özmenler, K.N. (2001) Yaşlılık Çağı Depresyonları. Ankara: Duygu Durum Dizisi, 3: 109-115.
- Özyurt, B.C. , Eser, E. , Çoban, G., Akdemir, S.N. , Karaca, İ. ,Karakoç, Ö. (2007) Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi *Turk. J. Ger.*, 10(3): 117-123.
- Parmelee, P.A., Katz, I.R. and Lawton, M.P. (1989) Depression Among Institutionalized aged: Assessment and Prevalence. *J. Geron.*, 44: 22-29.
- Parslow, R.A., Jorm, A.F., Christensen, H., Rodgers, B. ve Jacomb, P. (2005) Pet Ownership and Health in Older Adults: Findings From a Survey of 2551 Community-based Australians Aged 60-64. *Gerontology*, 51(1): 40-47.
- Paskulin, L.M., Molzahn A. (2007) Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. *West J. Nurs. Res.*, 29(1): 10-35.
- Patrick, D.L., Erickson, P. (1990) Assessing Health-Related Quality of Life for Clinical Decision-Making: Quality of Life Assessment (Walker R.S., Rosser, R.M.), *Kluwer Academic Publishers*, Lancaster ,s11-64.
- Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005) Behavioral Determinants of Healthy Aging. *Am. J. Prevent. Med.*, 28: 298-304.
- Perlmutter, M. S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H. H., & Baum, M. C. (2010) Cognitive, Visual, Auditory, and Emotional Factors that Affect Participation in Older Adults. *AJOT*, 64: 570-579.
- Pronk, N. P., Peek, C. J., & Goldstein, M. G. (2004) Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care: A Synthesis of Current Knowledge and Stakeholder Dialogue Sessions. *Am. J. Prevent. Med.*, 27: 4-17.
- Reichert, F.F., Barros, A.J., Domingues, M.R., Hallal, P.C. (2007) The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-time Physical Activity. *Am. J. Public Health*, 97(3): 515-519.
- Rocca, W. A., Bonaiuto, S., Lippi, A., Luciani, P., Pistarelli, T., Grandinetti, A., Cavarzeran, F., Amaducci, L. (1992) Validation of the Hodkinson Abbreviated Mental Test as a Screening Instrument for Dementia in an Italian Population *Neuroepidemiology*, 11: 288-295.
- Sağduyu, A. (1997) Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile Karşılaştırmalı Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1): 3-9.
- Sarasqueta, C., Bergareche, A., Arce, A., Lopez De Munain, A., Poza, J. J., De La Puente, E., Urtasun, M., Emparanza, J. E., Martí Masso, J. F. (2001) The Validity of Hodkinson's Abbreviated Mental Test for Dementia Screening in Guipuzcoa. *Spain Eur. J. Neurol.*, 8(5): 435-40.
- Savaş, S., Akçiçek., F (2010) Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi* 49(3):19-30.

- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M., Manly, J. and Stern, Y. (2001) Influence of Leisure Activity on the Incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology*, 57(12): 2236-2242.
- Schneider, E.L. (1983) Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View. *NEJM* 309: 854-856.
- Silverstein, M., Parker, M.G. (2002) Leisure Activities and Quality of Life Among the Oldest Old in Sweden *Research on Aging*, 24: 528.
- Sorensen, L. V., Axelsen, U., Avlund, K.(2002) Social Participation and Functional Ability from Age 75 to Age 80. *Scand J. Occup. Ther.*, 9: 71-78
- Soyuer, F., Soyuer, A. (2008) Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3): 219-224.
- Spencer, J., Hersch, G., Shelton, M., Ripple, J., Spencer, C., Dyer, C. B., & Murphy, K. (2002) Functional Outcomes and Daily Life Activities of African-American Elders After Hospitalization. *AJOT*, 56: 149-159.
- Sturman, M. T., Morris, M. C., Mendes deLeon, C. F., Bienias, J. L., Wilson, R. S. and Evans, D. A. (2005) Physical Activity, Cognitive Activity, and Cognitive Decline in a Biracial Community Population. *Archives of Neurology*, 62: 1750-1754.
- Sütoluk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N., Akbaba, M. (2004) Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi* (7): 148-51.
- Şener A. (2009) Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Aktiviteleri. *Hacettepe Üniv. Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi*, 1-18.
- Şimşek, T. T., Yümin, E.T., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, M. (2010) Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Fırat Üni. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24(3):147-153.
- Tajvar, M., Arab, M. , Montazeri, A. (2008) Determinants of Health-related Quality of Life in Elderly in Tehran, Iran *BMC Public Health* 8: 323.
- Thomopoulou, I. , Thomopoulou, D. , Koutsouki, D. (2010) The Differences at Quality of Life and Loneliness Between Elderly People. *Biology of exercise* 6(2): 13-28.
- Tiemeier H. (2003) Biological Risk Factors for Late Life Depression. *Eur. J. Epidemiol.* 18: 745-50.
- Triado, C., Villar, F., Sole, C., Celdran, M., Osuna, M.J. (2009) Daily Activity and Life Satisfaction in Older People Living in Rural Contexts. *The Spanish Journal of Psychology* 12(1): 236-245.
- Tufan, İ. (2002) Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık, Sosyolojik Yaşlanma, *Aykırı Yayıncılık*, İstanbul, 240s.
- Tufan, İ. (2003) Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak-Yaşlanmanın Sosyolojisi, *Anahtar Kitaplar Yayınevi*, İstanbul, 300s.
- Tufan İ. (2006) Toplumsal sorun: Alzheimer/ Yorum, *Radikal Gazetesi* <http://www.radikal.com> (25.10.2006)
- Tulsky, D.S. and Rosenthal, M. (2003) Measurement of Quality of Life in Rehabilitation Medicine: Emerging Issues. *Arch. Phys. Medi. Rehab.*, 84(2): 1-14.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2010) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Yılı Sonuçları <http://www.tuik.gov.tr> (28.01.2011)
- Uçku, R., Küey, L. (1992) Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi-yarıkentsel bir Bölgede 65 yaş üzeri Yaşlılarda Kesitsel bir Alan Araştırması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 29: 15-20.
- Van Heuvelen, M.J.K., Kempen, J.M., Ormel, J. (1998) Physical Fitness Related to Age and Physical Activity in Older Persons. *Med. Sci. Sports. Exerc.*, 30: 434-441.

- Verghese, J., LeValley, A., Derby C., Kuslansky G., Katz, M., Hall C., Buschke H., Lipton, R.B. (2006) Leisure Activities and the Risk of Amnestic Mild Cognitive Impairment in the Elderly. *Neurology*, 66: 821–827.
- Vitkus, J. and Horowitz, L.M. (1987) Poor Social Performance of Lonely People: Lacking a Skill or Adopting a Role? *Journal of Perceptual Social Psychology*, 52(6): 1266-1273.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., Otsuka, K., Yano, S., Kita, T., Matsubayashi, K. (2004) Depression in Japanese Community-Dwelling Elderly Prevalance and Assosiation with ADL and QoL. *Arch. Geron. Ger.*, 39: 15-23.
- Wang, J.Y.J., Zhou, D.H., Li, J., Zhang, M., Deng, J., Tang, M., Gao, C., Li, J., Lian, Y., Chen, M. (2006) Leisure Activity and Risk of Cognitive Impairment: the Chongqing Aging Study. *Neurology* 66: 911–913.
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B. and Fratiglioni, L. (2002) Late-life Engagement in Social and Leisure Activities is Associated with a Decreased Risk of Dementia: a Longitudinal Study from the Kungsholmen Project. *Am. J. Epidem.*, 155: 1081–1087.
- Ward, R.A. (1979) The Meaning of Voluntary Association Participation to Older People, *J. Geron.*, 34 (3): 438-445.
- Warr, P., Butcher, V., Robertson, I. (2004) Activity and Psychological Well-being in Older People. *Aging Ment. Health* 8(2): 172-83.
- Wilson, R.S., Bennett, D.A., Bienias, J.L., Mendes de Leon, C.F., Morris, M.C., Evans, D.A. (2003) Cognitive Activity and Cognitive Decline in a Biracial Community Population. *Neurology* 61: 812–816.
- Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A., Bennet, D.A. (2002) Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer’s Disease. *JAMA*, 287: 742–748.
- Wilson, R.S., Scherr PA, Schneider JA, Tang Y, Bennett DA. (2007) Relation of Cognitive Activity to Risk of Developing Alzheimer Disease. *Neurology*, 69: 1911–1920.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007) Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *AJPM*, 32: 19-24.
- Wong, C.H, Wong, S.F. and Shen, L. (2003) Correlates of Habitual Walking and sports/leisure Time Physical Activity in Older Persons in Singapore: Interaction Effects Between Educational Attainment and Gender. *Ann. Academic Med. in Singapore*, 32(6): 801-806.
- Woo, J., Lynn, H., Lau, W. Y., Leung, J., Lau, E., Wong, S. Y., Kwok, T. (2006) Nutrient Intake and Psychological Health in an Elderly Chinese Population. *Int. J. Ger. Psyc.*, 21: 1036–1043.
- Wu, T., Chan, A. (2011) Families, Friends and Neighborhood of Older Adults: Evidence from Public Housing in Singapore. *J. Aging Res.*, 2012: 7.
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L.Y. and Covinsky, K. (2001) A Prospective Study of Physical Activity and Cognitive Decline in Elderly Women: Women Who Walk. *Archi. Inter.Med.*, 161(14): 1703-1708.
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V. and Browner, W.S. (1999) Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Non-demented Elderly Women: A Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(5): 425-430.
- Yaman, H. (2003): Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi. *Turk. J. Ger.*6(4): 142-146.

- Yin, L. H. (2008) The Perceived Leisure Constraints of Retired Elderly People in Aldrich Bay. Honours Project, *Hong Kong Baptist University*, 90 ss.
- Yoshimoto, T. and Kawata, C. (1996) Negative Effect of Perceived Transportation Problems on Social Activities of Elderly People in a Small Town Far from the Nearest Train Station. *Japanese Journal of Geriatrics*, 33(12): 928-934.
- Yücel H. (2008) Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması, Doktora tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 99s
- Yüksel N. (1998) Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Geriatrı* 1: 19-23.
- Zhang, W. (2010) Religious Participation, Gender Differences, and Cognitive Impairment among the Oldest-Old in China. *Journal of Aging Research* 63(5): 293-297.
- Zimmer, Z. and Lin, H. (1996) "Leisure Activity and Well-Being Among the Elderly in Taiwan: Testing Hypotheses in an Asian Setting", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11(2): 167-186.
- Zimolag, U., & Krupa, T. (2009) Pet Ownership As a Meaningful Community Occupation for People With Serious Mental İllness. *AJOT*, 63: 126–137.
- Zoghi, M. (2010) Yaşlılarda Kardiovasküler Fonksiyonlar. *Türk Geriatrı Dergisi Özel Sayı 2*: 1 -4.
- Zorn, C.R., Johnson, M.T. (1997) Religious Well-Being in Noninstitutionalized Elderly Women. *Health Care for Women International* 97, 18(3): 209-220.

Ek-1**SOSYODEMOGRAFİK VERİ
FORMU****Adı-soyadı:****Yaş:**65-7071-7576 ve üstü**Cinsiyet:**KadınErkek**Telefon:****Adres:****Yaşadığı ortam:**Büyük şehirŞehirKasaba/Köy**Sosyal güvence:**VarYok**Medeni durumu:**EvliBekar /Dul**Alkol Kullanımı:**Var Yok**Sigara Kullanımı:**VarYok**Yaşadığı yer:**Apartman dairesiMüstakil ev**Yaşam düzeni:**YalnızEşi ile beraberYakınları/Bakıcı ile beraber**Kaldığı ev:**KiraKendine aitAilesine ait**Eğitim durumu:**Okur-yazar değilİlkokul mezunuOrtaokul mezunuLise mezunuYüksekokul mezunu**Çalışma durumu:**EmekliÇalışıyorÇalışmıyor

Gelir düzeyi:

- 1000 TL'den daha az
- 1000 TL ve üstü

Mali durum:

- Maaşlı
- Maaşlı değil

Ailesi ile görüşme sıklığı:

- Hergün
- Haftada bir ya da birkaç kez
- Ayda bir ya da birkaç kez

Komşusu ile görüşme sıklığı:

- Hergün
- Haftada bir ya da birkaç kez
- Ayda bir ya da birkaç kez

SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ VERİ FORMU**İlave hastalık durumu:****Kullandığı ilaçlar:**

- Sürekli
- Sürekli değil

Yürüme yardımcısı kullanımı:

- Baston
- KD
- TS
- Walker

Gözlük:

- Var Yok

İşitme cihazı:

- Var Yok

Kendine yardım aleti: Var Yok

- Tuvalet oturağı
- Banyo oturağı
- Sandalye yükselticisi
- Yatak yükselticisi
- Lazımlık
- Diğer

Ek-2**HODKINSON MENTAL TEST**

- 1-Yaş ()
- 2-Zaman ()
- 3-Adres:Atatürk Bulvarı ()
- No:66
- 4-Bulunduğu yer ()
- 5-Yaşadığımız yıl ()
- 6-Doğum tarihi ()
- 7-Şu anki ay ()
- 8-1.Dünya Savaşının tarihi ()
- 9-Başbakanın adı ()
- 10-20'den geriye doğru say ()

- 3.soruda verdiğim adresi tekrar eder misiniz?

Total Skor:

Ek-3**YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI KISA FORM**

- 1-Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz ? H
- 2-Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı? E
- 3-Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz? E
- 4-Çoğunlukla canınız sıkılıyor mu? E
- 5-Çoğu zaman moraliniz iyi midir? H
- 6-Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız? E
- 7-Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz? H
- 8-Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz? E
- 9-Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz? E
- 10-Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha mı fazla probleme sahip olduğunuzu mu düşünüyorsunuz? E
- 11-Şuan hayatta olduğunuz için mutlu musunuz? H
- 12-Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz? E
- 13-Enerji dolu musunuz? H
- 14-Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz? E
- 15-Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu mu düşünüyorsunuz? E

Ek-4

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Yıkanma → Kendi başıma yıkanamıyorum → Yıkanırken yardım alıyorum → Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme → Kendi başıma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Transfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinans → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Beslenme → Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

Ek-5

LAWTON ve BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ FORMU

Telefonu kullanabilme	Puan
-Telefonu rahatlıkla kullanabilir	(1)
-Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	(1)
-Telefona cevap verir, ancak arayamaz	(1)
-Telefonu hiç kullanamaz	(0)
Alışveriş	Puan
-Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar	(1)
-Küçük alışverişlerini kendisi yapar	(0)
-Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	(0)
-Alışveriş yapamaz	(0)
Yemek hazırlama	Puan
-Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir	(1)
-Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir	(0)
-Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz	(0)
-Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	(0)
Ev temizliği	Puan
-Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	(1)
-Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	(1)
-Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	(1)
-Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)
-Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	(0)
Çamaşır	Puan
-Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	(1)
-Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	(1)
-Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	(0)

Yolculuk	Puan
-Toplu taşım araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	(1)
-Taksiye biner, toplu taşım araçlarını kullanamaz	(1)
-Başkalarının yardımı ile toplu taşım araçlarından faydalanabilir	(1)
-Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
-Yolculuk yapamaz	(0)
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu	Puan
-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırse düzenli kullanabilir	(0)
-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Mali işler	Puan
-Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
-Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.	(1)
-Mali işlerini takip edemez	(0)

Ek-6**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	Çok fazla	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 yaşadysanız 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) İşitme, 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	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

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** yaptığımız veya yapabildiğimiz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığımız veya dolaşabildiğimiz 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 olmadığınızı 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 cevaplarken, 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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımanız için teşekkür ederiz

Ek-7

BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ FORMU

Entelektüel:	Hergün	Haftada bir-iki	Haftada bir	2haftada bir	Ayda1	Ayda1'den daha az/hiç
Kitap, gazete, dergi okumak						
Bulmaca çözmek						
Bilgisayar, internet kullanmak						
Kart, tavla , okey oynamak						
Kahvehaneye gitmek						
Satranç, dama , domino oynamak						
Markete gitmek						
Forumlara, tartışmalara katılmak						
Yazı yazmak, resim yapmak						
Müzik aleti çalmak						
El sanatı yapmak						
Sosyal:						
Şarkı söylemek						
Sosyal merkezlere katılmak						
Hobi kursuna katılmak						
Gönüllü işe katılmak						
Müze, sergi, tiyatro, konsere gitmek						
Arkadaşlarla görüşmek						

Dini Aktiviteler:	Hergün	Haftada bir-iki	Haftada bir	2haftada bir	Ayda1	Ayda1'den daha az/hiç
Namaz kılmak						
İbadethaneye gitmek						
Dini sohbetlere katılmak						
Rekresyonel aktiviteler:						
TV izlemek, radyo dinlemek						
Müzik dinleme						
Alışveriş yapmak						
Yemek pişirmek						
Balık tutmak						
Bitki ya da hayvan beslemek						
Örgü örmek						
Fiziksel:						
1-Vücut egzersizleri:Tai-chi, yoga, pilates						
2-Aerobik egzersizleri:Yürüyüş						
Kalistenik egzersiz						
Koşma						
Yüzme						
Dağa çıkma						
Dans etme						
Bisiklet, egzersiz cihazları kullanma						
Top/raket sporları yapmak						

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimini Tekirdağ'da, orta öğretimini ise Antalya'da tamamladı. 2008 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'ndan Fizyoterapist olarak mezun oldu.

2008-2011 yıllarında Denizli'de Kırmızı Kalem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde çalıştı. İlgili alanları pediatrik rehabilitasyon, el rehabilitasyonu, iş ve uğraşı tedavisidir. Halen Antalya'da bir özel eğitim kurumunda çalışmaktadır.