

**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**

**60 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE BAŞARILI YAŞLANMA İLE  
YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ-  
NİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Ahmed Faruk Yoldaş**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN**

**Manisa, 2019**

**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**

**60 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE BAŞARILI YAŞLANMA İLE  
YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ-  
NİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Ahmed Faruk Yoldaş**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN**

**Manisa, 2019**

## Teşekkür

Uzmanlık eğitimimin geçtiği MCBÜ Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı başkanı Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN'a desteğinden ve babacan yaklaşımından ötürü, Öğr. Gör. Dr. Hüseyin ELBİ'ye her türlü konuda yol gösteren desteği için,

Tez sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana katkı sunan sevgili hocam Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma,

Tezimin veri toplama süresinde yardımlarıyla yanımda olan Uzm. Dr. İsmail EKEN'e, Uzm. Dr. Emel YİĞİT'e, Dr. Berrin SOLAK'a, Dr. Erdener İS-BİR'e

Tez yazımında manevi desteklerini esirgemeyen Dr. Kemal Onur TÜRKATA ve Dr. Orkun ŞUBAŞI'ya

Bugüne gelmemde her adımda en büyük emeğin sahibi olan, her koşulda desteklerini ve sevgilerini hissettiğim canım annem, babam, ablam, kardeşime teşekkürlerimi sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER	vii
KISALTMALAR	viii
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Yaşlanma, Yaşlılık Dönemi ve Genel Özellikleri	3
2.1.1 Yaşlılık Döneminin Tanımı	3
2.1.2 Günümüzde Yaşlılık Olgusu	4
2.1.3 Dünyada ve Türkiye de Yaşlı Nüfus	4
2.1.4 Yaşlılık Döneminin Genel Özellikleri	5
2.1.4.1 Fiziksel Değişimler	5
2.1.4.2 Psikolojik Değişimler	6
2.1.4.3 Yaşlılık Döneminin Sosyal Özellikleri	7
2.1.5 Yaşlılık Döneminde Psiko-Sosyal Gelişim	7
2.2 Aktif Yaşlanma	8
2.2.1 Başarılı Yaşlanma	10
2.2.1.1 Kavramsal Çerçeve	12
2.2.1.2. Başarılı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörler	13

2.2.1.2.1. Fiziksel Faktörler	13
2.2.1.2.2 Bilişsel ve Psikolojik Faktörler	15
2.2.1.2.3 Sosyal Faktörler	17
2.2.1.3 Başarılı Yaşlanma Modelleri	17
2.2.1.3.1 Baltes ve Baltes'in Başarılı Yaşlanma Modeli	17
2.2.1.3.2 Pfeiffer in Başarılı Yaşlanma Modeli	18
2.2.1.3.3 Rowe ve Kahn ın Başarılı Yaşlanma Modeli	18
2.3 Yaşam Kalitesi	19
2.3.1 Yaşam Kalitesi Başarılı Yaşlanma İlişkisi	21
2.3.2 Yaşam Kalitesi Başarılı Yaşlanma Günlük Yaşam Aktiviteleri İlişkisi	21
2.3.3 Aile Hekimliği ve Başarılı Yaşlanma	22
III. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Tipi	23
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4 Dahil Edilme Kriterleri	23
3.5 Dışlanma Kriterleri	23
3.6 Veri Toplama Araçları	24
3.6.1 Sosyodemografik Form	24
3.6.2. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe Versiyonu	24
3.6.3 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği	26

3.6.4. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	27
3.7 Verilerin Toplanması	28
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.9 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	28
<b>IV. BULGULAR</b>	<b>30</b>
4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	30
4.2 Araştırma grubunda BYÖ toplam ve alt başlıklarından, Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden elde edilen verilerin dağılımı	32
4.3 BYÖ ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular	33
4.4 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve Lawton ve Brody' nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Görüşme Yapılan Bireylerin Sosyodemografik Verileri ile Karşılaştırılması	36
4.5 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve EGYA'nın BYÖ toplam ile korelasyon tablosu	39
<b>V. TARTIŞMA</b>	<b>40</b>
5.1. Sosyodemografik Verilere Ait Değerlendirmeler	40
5.2 BYÖ Verilerinin Değerlendirilmesi	40
5.3. Araştırma grubunda BYÖ ve alt gruplarından, Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	44
5.4. Yaşlıların yaşam kalitesinin Başarılı Yaşlanma Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi	48
5.5.Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	48

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
VII. ÖZET	52
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	53
IX. KAYNAKLAR	54
X. EKLER	68
Ek-1 Etik Kurul Raporu	68
EK 2. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzni	69
EK 3. Sosyodemografik Anket Formu	71
EK 4. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ)	72
EK 5. Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği	73
EK 6. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	75

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Araştırmada ölçeğin Türkçe versiyonuna ait ifadeler	25
<b>Tablo 2.</b> Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği Puanlaması İçin Kullanılan Fiziksel ve Mental Standardizasyon Değerleri	26
<b>Tablo 3.</b> Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	31
<b>Tablo 4.</b> BYÖ ve alt başlıklarından, Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden elde edilen verilerin dağılımı	33
<b>Tablo 5.</b> Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin BYÖ toplam puanı, sağlıklı sorunlar alt başlığı ve başarılı yaşlanma alt başlığına göre dağılımı	35
<b>Tablo 6.</b> Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'nin ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Görüşme Yapılan Bireylerin Sosyodemografik Verileri ile Karşılaştırılması	38
<b>Tablo 7.</b> Araştırma grubunun BYÖ toplam ile Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği alt bileşenleri ve EGYA ile korelasyon tablosu	39

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1</b> Rowe ve Kahn tarafından tanımlanan başarılı yaşlanma modeli	19
--	----



## KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>BYÖ</b>	: Başarılı Yaşlanma Ölçeği
<b>BY</b>	: Başarılı Yaşlanma
<b>YK</b>	: Yaşam Kalitesi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>YY</b>	: Yüzyıl
<b>EGYA</b> teleri Ölçeği	:Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktivi-
<b>SF-12</b>	: Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği

# I. GİRİŞ VE AMAÇ

Manisa ilinin 2018 yılı nüfus verilerine göre il nüfusu 1.429.643'dir. Bu nüfus, 720.337 erkek ve 709.306 kadından oluşmaktadır. Yüzde olarak ise: %50,39 erkek, %49,61 kadındır (1). Araştırmamızın yapıldığı yer Manisa ili Yunusemre İlçesi'ne bağlı Güzelyurt mahallesidir. TÜİK verilerine baktığımızda yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,8 oldu. Yaşlı nüfusun %44,1'sını erkek nüfus, %55,9'ünü kadın nüfus oluşturdu. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmiştir (1). Dünya nüfusunun 2018 yılında %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuştur (2).

Tıbbi teknolojinin gelişmesi ve sağlığa olan ilginin artmasıyla birlikte, ortalama yaşam süresinde dünya ve Türkiye'de kademeli bir artış yaşanmıştır. Dünya nüfusu, doğum oranı düşmeye devam ederken sürekli yaşlanmaktadır (2).

Başarılı yaşlanma (BY) terimi hastalıklardan kaçınma, yüksek fiziksel ve zihinsel işlevsellik, hayata aktif katılım, biyomedikal anlamda hastalığın yokluğu, psikolojik iyi oluş, yaşam tatmini, finansal güvenlik, hayata pozitif bakış açısı gibi anlamlarda kullanılmaktadır (3). Rowe ve Kahn BY'yi hastalık ve sakatlıktan kaçınma, fiziksel ve bilişsel işlevlerin sürdürülmesi ve sosyal ve üretken faaliyetlere katılım olarak tanımlamıştır (4). Yaş gurubuna göre ortalama olarak çok az veya hemen hemen hiç işlev kaybı göstermeyen ve yaşamla ilişkisini kaybetmeyen yaşlı kişiler "başarılı" yaşlı olarak tanımlanmaktadır (5).BY yaşlı insanların bağımsız, kaliteli ve saygın bir yaşam sürmelerini sağlar (6).

Fredriksen-Goldsen'in 2015 yılında yaptığı bir çalışmada yüksek yaşam kalitesinin (YK) daha yüksek BY'ye yol açabileceğini belirten YK ve BY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (7). YK bir insanın

yaşamının ne kadar tatmin edici olduğunu ve yaşadığı refah ve refah derecesini somut bir şekilde ifade eden çok boyutlu öznel bir kavramdır (8). Birçok araştırmacı, daha iyi yaşam kalitesinin sağlanmasının nüfusun sağlıklı yaşlanması ve uzun ömürlülüğü için hayati önem taşıdığı konusunda hemfikirdir (9).

90'lı ve 100'lü yaşlarda yaşayan aktif ve finansal olarak istikrarlı yaşlı yetişkinlerin sayısındaki artış nedeniyle, hem yaşlı hem de genç nüfus arasında BY'yi anlamak ve teşvik etmek zorunlu hale gelmiştir (10).

Yaşlı insanlar sağlıklı bir şekilde yaşamazlarsa onlara bakmak kendilerine, ailelerine ve topluma aşırı yük getirecektir. Bu nedenle, başarılı bir şekilde yaşlanma (BY) büyük bir sağlık hizmeti ve sosyoekonomik önceliktir. Yaşam beklentisinin artmasıyla, yaşlılıkta ve yaşlanan bir toplumda sağlıklı ve mutlu bir yaşam elde etmek için BY önemlidir (11).

Gutiérrez BY'nin fiziksel aktivite belirteçleri üzerine yaptığı çalışmada yaşlı insanların çoğunun sağlıklı yaşlanmak için yeterli egzersiz yapmadığı belirtmiştir ve sağlık, akıl, fiziksel aktivite BY için önemli bulunmuştur (12). Güney Kore'de 2017 yılında Choi'nin Koreli yaşlılarda yaptığı çalışmasında yaşam kalitesinin, BY ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (13). Tayvan'da 2016 tarihinde Lin tarafından yaşlı erişkinlerde BY ile ilişkili fiziksel uygunluk faktörlerini belirlemek için çalışma yapılmıştır. BY'nin fiziksel aktivite ilgili olduğu bulunmuştur (14). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2007 yılında Gaudreau'nun çalışmasında fonksiyonel durumun (kas gücü, fiziksel aktivite, fiziksel ve fonksiyonel kapasiteler ve performans), tıbbi faktörlerin (fiziksel, zihinsel ve bilişsel sağlık, ilaç) BY'yi etkilediği bulunmuştur (15).

Ülkemizde literatür incelemesi yapıldığında BYÖ hakkında çalışma sayısı azdır (16; 17). Dünyada ise bu konu özellikle son zamanlarda çok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmada Manisa ilinde BY ile günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Yaşlanma, Yaşlılık Dönemi ve Genel Özellikleri

Geri dönüşü olmayan bir şekilde organizmanın yıpranması, işlevlerinin bozulmaya başlamasına yaşlanma denir (18). Tıbbi literatürde 65 yaş ve üstü “yaşlı”, 65-74 yaş arası “genç yaşlı”, 75-84 yaş arası “orta yaşlı”, 85 ve üstü “yaşlı yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (19). Her ne kadar yaşlılık için 65 yaş sınırı kabul edilse de yaşlanmanın bir süreç olduğu, her toplumda yaşlı algısının değişebileceği ve biyolojik süreçlerin insanlarda çeşitlilik gösterdiği unutulmamalıdır (20). Yaşlanmanın ne zaman başladığı ya da kime yaşlı denileceği kültüre ve zamana göre değişebilmektedir (18).

Yaşlanma, kişinin yalnız dış görünümünde değişiklik olarak düşünülmemelidir. Kişiyi iç ve dış tüm varlığı ile bütün olarak düşünmek gerekmektedir. Yaşlanma; sıklıkla ağrılar, zihni durgunluklar, şaşkınlıklar olarak hissedilen değişiklikler de meydana getirir. Topluma ait olamama ve izole edilme duyguları, içe dönme, vücut fonksiyonlarındaki bozulmaların çıkardığı sorunlarla devamlı uğraşları ortaya çıkarır. Bir başka tanımla yaşlılık, fizyolojik bir olgu olup kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme hâlidir. Yaşlılık, bireyin geçmişine dönük halen yaşamın birtakım sorunlarını yaşadığı ve yaşam sürecini tamamladığı bir dönemdir (18).

#### 2.1.1 Yaşlılık Döneminin Tanımı

Yaşlılık, yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanmaktadır. Genel anlamda bu şekilde tanımlanan yaşlılık; fizyolojik değişimler, psikososyal faktörler ve kronoloji gibi farklı kıstasların tanımlamada göz önünde bulundurulduğu bir dönem olarak kabul edilmektedir. (18).

## 2.1.2 Günümüzde Yaşlılık Olgusu

Her geçen gün artan kentleşme olgusu, ailelerin küçülmesi, kadınların çalışma yaşamına girmesi yaşlıların aile içinde bakımını güçleştirmekte bu ise yaşlılıkta yalnızlık ve yoksulluk sorununun giderek derinleşmesine yol açmaktadır. Bir yandan adaletsiz gelir dağılımı, diğer yandan ise reel gelirlerin düşüklüğü, sosyal sigorta sisteminin yaygınlaşmamış olması, tarım sektöründe çalışan yaşlı nüfus oranının yüksekliliği gibi nedenlerle yoksulluk, ülkemizde yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. İleri yaşlarda artık çalışamayacak duruma gelen ve fiziksel yaşlanma sonucunda çeşitli hastalıklarla karşı karşıya kalan yaşlılar sosyal güvenceden yoksun oldukları durumlarda ciddi sorunlar yaşayabilmektedirler. Düşük gelirli ve sosyal güvenlik sistemi dışındaki yaşlılara yönelik bakım modelleri ise yaşlının bireyselliğini topluluğa indirgemekte ve yeme, içme, barınma dışında yaşlının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik psiko-sosyal hizmetleri bünyesinde barındırmamaktadır (21).

## 2.1.3 Dünyada ve Türkiye de Yaşlı Nüfus

Bugün gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede, ortalama yaşam beklentisi ve buna bağlı olarak nüfus içindeki yaşlı sayısı, oranı, yaşlı bireylerin gereksinim ve sorunları gittikçe artmaktadır. Örneğin; Amerika'da her sekiz kişiden biri, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde ortalama olarak her altı kişiden biri, Japonya'da ise her beş kişiden biri 65 ve üzeri yaşıdadır. Yapılan nüfus projeksiyonlarında, 2050 yılında dünyada her bir çocuğa karşılık, iki yaşlının varacağı tahmin edilmektedir. Dünya Bankası 2018 verilerine göre; dünya genelinde 264 ülkeden 72'sinin yaşlı nüfus oranı yüzde onun üzerindedir. Bugün ABD'nin 327 milyonluk nüfusunun %15,7'sini (51,6 milyon), Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin 513,2 milyonluk nüfusunun %20'sini (102,9 milyon), Japonya'nın 126.5 milyonluk nüfusunun %27'sini (34,7 milyon) altmış beş yaş ve üzeri nüfus grubu oluşturmaktadır (2).

Türkiye’de ortalama yaşam beklentisinin artması, doğurganlık hızındaki düşüş, bebek ve çocuk ölüm oranlarının azalması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi gibi faktörler yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranını hızla arttırmaktadır. (21).

TÜİK verilerine baktığımızda (65 ve daha yukarı yaş) 2018 yılında toplam nüfus içindeki oranı %8,8 oldu. (7). Türkiye dünya ülkelerine bakıldığında 2018 verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı bakımından 264 ülke arasında 98. sıradadır. Dünya bankası 2018 verilerine göre Türkiye’deki yaşlı nüfus oranı %8,3’tür (2).

Dünya nüfusunun 2017 yılında %8,3’ünü yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %29,5 ile Monako, %25,8 ile Japonya ve %21,1 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. sırada yer aldı (1).

## **2.1.4 Yaşlılık Döneminin Genel Özellikleri**

### **2.1.4.1 Fiziksel Değişimler**

Yaşlılık, beraberinde bir çok sorun ve fizyolojik değişiklikler getirir. Yaş ilerledikçe kan damarları, sinirler, vücut derisi ve diğer biyolojik dokular elastikiyetini kaybeder; duyu organlarında ve fiziksel hareketlerde gerilemeler, davranış ve reflekslerde yavaşlamalar, kemiklerde erime ve eklemlerde dejenerasyon meydana gelir (22). Yaşla ilgili her fiziksel değişimi hastalık olarak kabul etmek doğru değildir. Bu değişikliklerin çoğu yaşlanma sürecinin doğal sonucudur. Yaşlılıkla ilgili belirtilerin dışarıdan gözlenebilenleri, omurgalar arası kıkırdağın azalması ile boy kısalması, omurgayı dik tutan kasların kuvvetinin azalması ile omuzların yerçekimi etkisine karşı koyamayıp biraz düşmesi, derinin kalınlığının ve hücre içi sıvısının azalması, gerginliğinin bozulmasıdır. Kemiklerde kalsiyum iyonu yitimi, akciğerlerin solunumdaki verimliliğinin azalması, eklem yüzlerinin bozulması, sindirim sisteminin işlevinin yavaşlaması ve böbreklerin süzme görevinin aksaması sayılabilecek diğer değişikliklerdir. Ayrıca

damar sistemindeki gerilemeler nedeniyle beyine daha az kan gitmesine bağlı olarak, sinir sisteminin görevlerinde bozulmalar gözlenebilir (23).

Yaşlılıktaki fizksel gerilemeleri üç grupta toplamak mümkündür

- Bedensel gerilemeler: Yürüme, koşma, boşaltım vb.
- Seksüel gerilemeler: Hormon ve üreme etkinliklerinin durması
- Entelektüel gerilemeler: Bellek kaybı, unutkanlık vb. (24)

### **2.1.4.2 Psikolojik Değişimler**

Psikolojik açıdan yaşlanma süreci sıkıntı, üzüntü ve korkuları tetikle-mekte, unutkanlık ve uykusuzluk gibi birçok probleme neden olmaktadır (25). Yaşlılıktaki fiziksel ve ruhsal gerilemeye bağlı olarak yaşama gücü ve isteği de azalmaktadır. (26)

Yaşlılıkta rastlanan psikolojik değişiklerden bazıları; eskiye aşırı bağlılık, yeniliklere uyum sağlayamamak, yeniliklerden korkmak, egoizm, bilinçte bula-nıklık depresyon, hastalık hastalığı, narsistik kişilik bozukluğu, nevroz, stres, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları ve ölüm korkusudur (25).

Yaşlıların çoğu kendi kendilerini tenkit etmeye başlarlar veya başkalarına karşı mantıklı olmayan kızgınlık hisleri belirtirler. Yaşlı kişiler; her ne kadar içinde buldukları ruh halini sıhhatle tasvir etmiyorlar ise de, böyle kimseler dışarıdan bakılınca ruhi bir çöküntü içinde görünürler, işi bitmiş kabul edilecek-leri düşüncesindedirler. Çabuk öfkelenir ve kızgınlıklarını açıkça gösterirler veya öfkeleri davranış ve konuşmalarından kolaylıkla anlaşılır. Başarısızlık ve hayal kırıklığı hislerini açığa vururlar ve bundan dolayı, genel olarak akıl has-talarında görülen davranışlarla çevrelerini suçlarlar (27).

Yaşlı kimselerde korku ve endişeleri bertaraf edebilmek için görülen diğer korunma şekilleri alınganlık, şüphencilik, istifçilik, değişikliklere karşı koymak ve aşırı endişeli tutumlardır (27).

### **2.1.4.3 Yaşlılık Döneminin Sosyal Özellikleri**

Yaşlanma ile birlikte sosyal hayatta bir dizi değişiklikler yaşanmaktadır. Bunlardan en önemlisi statü ve rol kaybının yol açtığı toplumda yaşlı bireylere karşı var olan bağımlı, eski moda, ikinci sınıf gibi tutumlar ve ön yargılardır (28).

Çalışma yaşamından ayrılmak, emekli olmak başlı başına insan hayatında önemli değişiklik yaratan stresli bir olaydır. Yaşam döngüsü boyunca her türlü sorunla mücadele eden bireyi, yaşlılık döneminde fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunların yanında sosyal sorunlarda beklemektedir. Emeklilikte, bireyin, sosyal yanını devam ettirebileceği bir çevre bulması ve ona uyum gösterebilmesi önemli bir sorundur. Yaşamın büyük bir bölümünü işine ve işyerine adayan, adeta bunlarla özdeşleşen birey, emeklilikle birlikte kendisini boşlukta bulmaktadır. Toplumla ilişkin zayıfladığı ve sınırlandığı yaşlılık döneminde bireyler giderek toplumdan uzaklaşmaya başlamaktadır. Yaşlılık döneminin en belirgin özelliği, gençlik ve yetişkinlik dönemindeki statü ve rolleri kaybı, toplumsal ayrımcılık, fiziksel rahatsızlıklar, emeklilik, çevre değişikliği vb. nedenlerle yaşlı bireyin toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından sosyal yaşamın dışında görülmesidir (29).

### **2.1.5 Yaşlılık Döneminde Psiko-Sosyal Gelişim**

Ericson, Freud'dan farklı olarak çocukluk dönemlerinin dışında yetişkinlik dönemlerini de incelemiştir. Psikososyal gelişim kuramında yer alan 6, 7 ve 8. dönemler yetişkinlik dönemini kapsamaktadır. Bu dönemler, 1. Yakınlığa karşı yalnızlık, 2. Üretkenliğe karşı durgunluk (verimsizlik), 3. Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk olarak Ericson kuramına göre, 6. 7. ve 8. dönemler genç yetişkinlik, yetişkinlik ve olgunluk dönemleridir, önemli ilişki diğer insanlarla kurulmaktadır. Bu ilişkiler sağlıklı kurulabildiği takdirde sorumlulukların yüklenilmesi, cinsel ve duygusal paylaşma ve bütünleşme duyguları daha sağlıklı çözümlenmektedir. Bu dönemlerin sağlıklı gelişiminin sonucu yalnızlık, ümitsizlik duyguları ortaya çıkar. Üreticiliğe karşı verimsizlik dönemi orta yetişkinlik



olarak da bilinir. Daha önceki gelişim karmaşalarını başarı ile çözüme kavuşturan bireyler bu evrede üretken ve etkin bir kişilik yapısı geliştirirler. Ancak bu evrede problemlili bir kimlik yapısına sahip bireyler üretkenliğin aksine anlamsızlık ve amaçsızlık duygularına kapılırlar. Dolayısıyla sadece kendi kişisel çıkarlarını gözetten bencil bireyler olarak yaşamlarını sürdürürler. Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk döneminde kişi yetişkinlik döneminin ardından emekli olur, yaşlılık belirtileri başlar. Kişi hayatını gözden geçirme gereği duyar (30).

## 2.2 Aktif Yaşlanma

Yaşlılar genel olarak üç ana grupta ele alınabilmektedir.

- Ekonomik, kültürel ve toplumsal sebeplerle yaşanan düşünlükler ve sağlıksız yaşlanma dönemi olarak adlandırılan düşkün yaşlılık
- Üretime veya herhangi bir faaliyete etkisi olmayan pasif yaşlılık
- BY ve aktif yaşlanma gibi iki kavramdan oluşan dinç yaşlılık

Aktif yaşlanmayla ekonomik, toplumsal, siyasal, kültürel anlamda etkin olarak yaşlanılan süreç ifade edilmektedir (31). Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı, "insanların yaşlanmasıyla birlikte yaşam kalitelerini geliştirmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlikle ilgili olanakları en uygun hale getirme süreci" olarak tanımlamaktadır. Kavramda yer alan aktif kelimesi insanların fiziksel olarak iyi durumda oldukları ya da çalıştıkları dönemde değil sosyal, ekonomik, kültürel, manevi ve yurttaşlıkla ilgili konularda süreklilik gösteren bir katılımı ifade etmektedir (32).

Aktif Yaşlanmanın Tanımı ve Belirleyicileri Literatürde 1950'lerde tarif edilen "aktivite teorisi" ile ileri yaşlarda aktif bir yaşam tarzı sürdürmenin bireylerin kişisel doyum hissini kuvvetlendirdiği öne sürülmüştü. Bu dönemden önceki bakış açısı yaşamı; "öğrenme, çalışma ve dinlenme" olarak üç bölüme ayırmakta ve yaşlılık dönemini dinlenme dönemi olarak tarif etmekte idi (33).

Aktif yaşlanma kavramı ilk kez 1960'lı yıllarda “başarılı yaşlanma” kavramının bir bileşeni olarak literatürde kullanılmaya başlamıştır ve temelde aktivite teorisi üzerine yapılanmıştır (33). Aktif yaşlanma kavramının yanı sıra “başarılı yaşlanma”, “sağlıklı yaşlanma”, “üretken yaşlanma” kavramları da kullanılmakta kimi zaman literatürde bu kavramların birbirinin yerine de kullanıldığı görülmektedir. Ancak aktivite teorisi tek bir yaşam tarzına kısıtlı olduğu gerekçesi ile eleştirilmiştir (33).

Aktivite teorisinin sağlık koşullarından ötürü fiziksel olarak yeterince aktif olamayan bir grup yaşlıyı dışladığı öne sürülmektedir. Benzer şekilde, çalışmakta olmayan yaşlıları dışladığı nedeni ile “üretken yaşlanma”, bireylere gerçekçi olmayan beklentiler yüklediği ve kişileri tek tipleştirdiği yönünde eleştirilen “başarılı yaşlanma” kavramı da tartışılmaktadır (34).

DSÖ tarafından da önerilen ve 2002, Madrid, Birleşmiş Milletler Dünya Yaşlanma Toplantısı'nda vurgulanan “aktif yaşlanma” kavramı ise, zinde yaşlıların yanı sıra kırılğan yaşlıyı da göz önünde bulundurmaya ve bir gereksinimden çok bir hak olarak aktif yaşlanmayı ele almayı vurgulamaktadır (35). Bu toplantıda “yaşlılara yapılan sağlık harcamalarını azaltmayı öncelikli hedef olarak belirlemek yerine yaşlıların toplumun üretken ve aktif bireyleri olarak yaşayabilmeleri için eyleme geçmek” önerilmiştir. (35).

DSÖ bu söylem ile yaşlı bireylerin yalnızca fiziksel olarak aktif olmalarını değil, aynı zamanda işgücüne dahil olmaları ve sosyal, ekonomik, kültürel, ruhsal ve medeni hayata katılmaları üzerine vurgu yapmaktadır. Aktif yaşlanmayı önceleyen bir sağlık sistemi, yaşam boyu süren sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine eşit ulaşım ve uzun süreli bakım sağlamalıdır (35). Araştırmalarda “aktif yaşlanmanın belirleyicileri saptanmaya çalışılmıştır. Bu belirleyiciler; kültür, cinsiyet, ekonomik faktörler, sağlık ve sosyal hizmetler, sosyal-çevresel belirleyiciler, fiziksel-çevresel belirleyiciler, kişisel faktörler ve davranışsal faktörler olarak sıralanmaktadır (35).

Yaşlı bireyler “yaşlı hissetmemek” için “günlük yaşamdan daha çok keyif almaktan söz etmektedir. İngiltere’de “aktif yaşlanma” ile ilgili yaşlıların algılarının sorulduğu niteliksel bir çalışmanın sonuçlarına göre yaşlılar aktif yaşlanmayı “fiziksel sağlık ve işlevselliğin sürdürülmesi”, “sosyal etkinlikler, boş zaman aktiviteleri”, “zihnen işlevsellik ve sosyal ilişkilere temasların sürdürülmesi” olarak tanımlamışlardır. Sağlık ve işlevselliğin sağlanması için yaşlıların sıraladığı yöntemler ise; beden egzersizleri, kulüp ve sosyal ortamlara katılım, bulmaca benzeri yöntemler ile zihin egzersizleridir (33). BY’nin belirleyicilerinin incelendiği bir derlemede ise; eklem sorununun olmaması, işitme güçlüğüünün olmaması, günlük yaşam etkinliklerinde bağımsızlık, sigara içmeme, fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması, yaşlının kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmesi, sistolik kan basıncının düşük olması, bilişsel işlevlerinin iyi olması ve depresyon olmaması BY’nin belirleyicileri olarak sıralanmıştır (36).

Türkiye’de, aktif yaşlanmanın belirleyicilerinin incelendiği bir çalışma olmamakla birlikte huzurevlerinde yapılan bir çalışmada yaşlının herhangi bir özürünün olmaması, günlük işlerde zorlanmaması, yaşlının kendi sağlığı ile ilgili endişe duymaması, herhangi bir hobisinin olması, egzersiz yapması, depresyonda olmaması, yeti yitiminin olmaması ve algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur (37). Yine Türkiye’de huzurevlerinde yapılan bir çalışmada fizik egzersiz yapma ve boş zaman etkinlikleri ile uğraşma yaşam doyumu ile ilişkili bulunmuştur (38).

### **2.2.1 Başarılı Yaşlanma**

BY, genel sağlık durumunun görelî olarak iyi olduğu, fiziksel ve bilişsel kapasitelerin korunabildiği ve günlük hayatın akışından kopulmadığı bir yaşlanma modelidir. Ancak, bu tür bir yaşlılığın başarılabilmesi, hem bireysel hem de çevresel etkenlerin elverişliliğine bağlıdır (39).

Son yıllarda gerontolojik araştırmalara konu olan ve yaşlı refahı alanındaki sosyal politikaların oluşturulmasına ışık tutan BY kavramının kökleri

aslında çok önceki yıllara dayanır. BY konusunun son zamanlarda çok ilgi çekmesi gerçeği bu terimin sadece anahtar kavram olma niteliğiyle değil modern dünyada yaşlanma konusunun gittikçe önem kazanmasıyla ilişkilendirilebilir (40).

BY'nin belirleyicileri konusunda tarihteki ilk önemli fikir üreticisi romalı filozof ve devlet adamı Cicero'dur. (M.Ö 106-43). Cicero, yaşlılığın bir düşüş ve kayıp safhası olmadığını, aksine pozitif yönde değişiklik ve üretken çalışmalar için bir çok fırsatı içinde barındıran bir dönem olduğunu ileri sürmüştür (40).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında "Sağlıklı Yaşlanma Deklarasyonu" yayınlanmış, herkes için sağlık hedefleri raporunda , "sağlıklı yaşlanma yaşanan yıllara yaşam katılması" hedefi yer almıştır. Yaşlılığa biyolojik bakış açısı, yaşlılığın olumsuz olarak algılanmasındaki temel nedenlerden biri olmuştur. Yaşlanma gerileme ve hastalıkla eş değer tutulmuş ve patolojik bir durum olarak algılanmıştır. Yukarıda sözü edilen gelişmeler temelinde, yaşlılık birimi (gerontoloji) ile ilgilenen araştırmacılar yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan değişimlerle, herhangi bir hastalık sonucu ortaya çıkan patolojik değişiklikleri birbirinden ayırmanın önemini fark etmişler ve normal yaşlanmayı da "olağan" ve "başarılı" olmak üzere ayırmışlardır. Bu ayrıma göre patolojik olmayan, yaşa bağlı değişiklikleri gösteren kişiler "olağan" yaşlı, kendi yaş gurubuna göre ortalama olarak çok az veya hemen hemen hiç işlev kaybı göstermeyen ve yaşamla ilişkisini kaybetmeyen kişiler ise "başarılı" yaşlı olarak tanımlanmaktadır. BY'nin gerçekleştirilmesinde uygun diyet uygulama, egzersiz yapma, dengeli beslenme, sosyal destek ağı gibi faktörler önemli rol oynamaktadır (5).

BY 'ye farklı araştırmacılar farklı tanımlar getirmişlerdir. Bazı araştırmacılar BY 'nin kişinin fiziksel, psiko-sosyal ve bilişsel işlevleri ile tanımlanabileceği görüşündedirler. Bazıları ise BY için bilişsel işlevlerin yeterli olmadığını, yaşamdan alınan doyum ve kişisel hedeflere ulaşmanın da BY ile bağlantılı olacağını öne sürmüşlerdir (29). Diğer bir görüşe göre başarılı bir gelişim ve

BY'nin anlamı bireyin yaşamı boyunca kontrolü en üst düzeyde gerçekleştirmesidir. Bu da ancak yaşa bağlı olanakları olabildiğince etkin biçimde kullanmakla ve aynı anda yaşa bağlı sınırlamaları dikkate almakla mümkün olur (5).

BY 'nin temel göstergelerine ulaşabilme aynı zamanda yaşlıların karşılaştıkları sorunlarla (sağlık, barınma, ulaşım, boş zaman değerlendirme vb.) baş edebilmeleri için uygun destek hizmetlerinin geliştirilmesine bağlıdır. BY bireyin her yeni yaş dönemini o dönemin kendine özgü karakteristiği içerisinde fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal açılardan tam bir iyilik haliyle geride bırakması ve yaşamdan zevk duyarak yaş almasıdır (39).

Gelişen teknoloji ile birlikte yaşlı nüfusun dünya nüfusu içindeki sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Yaşlı nüfusunun artışı, yaşlılık alanının gelişmesini sağlamıştır. Bu artış, yaşlı bireye olan önemi ve ilgiyi artırmıştır. Yaşlılıkla birlikte sosyal uyum, bilişsel ve fiziksel fonksiyon sorunları, psikolojik algısal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (41).

Yapılan araştırmaların fiziksel fonksiyonlardaki gerileme, psikolojik ve sosyal durum merkezinde olması BY 'nin bu konular açısından önemini ortaya koymaktadır. Çevresi ile iletişim halinde olması gereken yaşlı bireyin hayata bağlılık algısı, fiziksel, bilişsel ve sosyal ilişkilerde açılarından durum değerlendirmesinde pozitif olma, zorluklarla baş edebilme algısı BY için önemli göstergelerdir (42).

### **2.2.1.1 Kavramsal Çerçeve**

Yaşlanan nüfus, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde disiplinler arası akademik açıdan araştırma konusu olmuştur. Yaşlılık global açıdan demografik bir olgu ve politik açıdan önemli bir konudur. Kaliteli yaşam ve BY, psikolojik, sosyal ve fiziksel açıdan sebepleri araştırılması gereken bir konudur (40).

Algının yaşlılar açısından değişimi, değişen çevre, gelişen tıbbi ve sosyal olanaklar öznel iyi oluş ve BY konusunun çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir (43; 44).

BY terimi hastalıklardan kaçınma, yüksek fiziksel ve zihinsel işlevsellik, hayata aktif katılım, biyomedikal anlamda hastalığın yokluğu, psikolojik iyi oluş, yaşam tatmini, finansal güvenlik, hayata pozitif bakış açısı gibi anlamalarda kullanılmaktadır (45).

Rowe ve Kahn tarafından yapılan tanımlamaya göre BY zihinsel ve fiziksel açıdan yetkinliklerin pozitif oluşudur. Hastalık açısından risk durumunun düşük oluşu BY'nin belirtilerindedir (37). Pachana ve Laidlaw BY'yi genel sağlık, bilişsel durum, etkinlik/ aktivite, duygu, fiziksel sağlıkla açıklamaktadır (46). Araujo ve diğerleri ise BY'yi fizyolojik, bilişsel, iyi oluş ve sosyal alan açısından yaşlıların durumuyla açıklamıştır. Birçok faktörle birlikte açıklanmaya çalışılan BY'ye alternatif olarak etkili yaşlanma, sağlıklı yaşlanma, iyi yaşlanma, verimli yaşlanma, ideal yaşlanma, pozitif yaşlanma ifadeleri kullanılmaktadır (47; 48; 49).

## **2.2.1.2. Başarılı Yaşlanmayı Etkileyen Faktörler**

BY temelde fiziksel, bilişsel ve psikolojik, sosyal olmak üzere üç temel faktörden etkilenmektedir.

### **2.2.1.2.1. Fiziksel Faktörler**

Fiziksel sağlık, BY'nin sağlıklı olmak, engelli olmamak fiziksel eylem gerektiren aktivitelere engel oluşturacak bir sağlık engelinin olmamasını ifade etmektedir (43). Ağrı, günlük aktiviteleri sınırlayabilen, kişinin yaşamdan aldığı hazzı düşüren önemli bir etkidir. Fiziksel engeller ise yürüyüş gibi günlük aktivitelerde ve sosyal katılımında sorun yaratan bir durumdur (50).

Özerklik, yaşlı bireyin sağlık, fiziksel, psikolojik, finansal veya sosyal açıdan bağımsızlığını ifade eder. Yaşlı bireyin hedef olarak gözettiği bir konuda başarıya yeteneğine olan inancı da özerklik kavramı içinde değerlendirilmektedir (51). Özyeterlik, bağımsızlık yaşlı bireyin özerkliği ve yaşam kalitesi hakkında öngörü sağlar (52). Ancak bunun yanında özerkliğe yardımcı olacak geronteknolojik cihazlar, yürümeye yardımcı aletler, sağlık, fiziksel, psikolojik, finansal veya sosyal açıdan ortaya çıkan engelleri hafifletici veya ortadan kaldıran durumlar yaşlı bireyin BY'sine ve yaşam kalitesine katkıda bulunur (53).

Patolojik yaşlanma düşüncesi, yaşlanmanın hastalıkla eş düzeyli bir olgu olduğu, yaşa bağlı hastalık belirtileri ve gerileme sürecini içerdiği düşüncesine dayanmaktadır (4).

Yaşlanmaya bağlı kemiklerin zayıflaması ve kırılabilirliklerinin artması, organların fonksiyonlarında meydana gelen kayıplar yaşlanmanın bir tür kronik hastalık olarak görülmesine neden olmuştur. Patolojik yaşlanma medikal neden bilimi ve hastalık sendromları tarafından belirlenen bir yaşlılık sürecidir.

Yaşlılığa bağlı bunama, unutkanlık, hafıza kayıplarının yaşanması bu süreçte en sık görülen hastalık sendromlarıdır (40).

Yaşlanma sarkopeni olarak adlandırılan kas kitlesi ve gücünün kaybına, yağ kitlesi oranında artışa neden olur. Bu değişikliklerin bir dereceye kadar hormonlara, fiziksel işlev ve hareketlerin bozulması, dışa bağımlılığın artmasına bağlı olduğu ve zihinsel sorunlar ile ölüm riskini artırdığı ortaya konulmuştur (54). Bunun yanında düzenli günlük aktivitelere katılım sağlayan ve fiziksel hareketlerini yapan bireylerin daha iyi sağlık standartlarına sahip olduğu bilinen bir gerçektir (55).

Sağlıklı yaşlanma biyomedikal modelde hastalığın yokluğu, fiziksel ve zihinsel fonksiyonların korunmasını ifade eder. Psikososyal model yaşam tatmini ve sosyal katılım konularına odaklanır. Durum/ statü modelinde (lay model) ise başarıya ve hayata katkı konuları ağırlık kazanmaktadır. Her üç yaklaşım birlikte düşünüldüğünde sağlık, psikolojik faktörler, sosyal rol, ilişki ve

aktiviteler, komşu faktörünün sağlıklı yaşlanma üzerinde kilit düzeyde etken olduğu söylenebilir (56).

Yaşlanma sadece sağlık sorunlarının artışı ile kendini göstermez. Normal yaşlanma düşüncesine göre yaşlanma, sağlık sorunlarıyla doğrudan ilişkili olmamakla birlikte, bu sorunların yaşlanma riski ile ilişkilidir. Bu nedenle yaşlanma sürecini, patolojik yaşlanma sürecinden ayırmak için normal yaşlanma düşüncesi ortaya atılmıştır (57).

Normal yaşlanmaya göre yaşlanma, sağlık sorunlarının bir sonucu veya sebebi değildir. Zihinsel ve biyolojik hastalık bilimi dışındaki yaşlanma, normal yaşlanma olarak ifade edilmektedir (40). Olağan yaşlanma, bireylerde hastalık semptomları görülmeyen ancak bazı fiziksel ve bilişsel kayıpların meydana gelebileceği, kısacası patolojik yaşlılık belirtileri göstermeyen bir süreci ifade eder (4).

Yaşlanmanın sadece sağlık sorunlarıyla ilişkili olmadığı yönü yazına katkı sağlarken, dış etkenlerin yaşlanma üzerindeki etkileri konusuna açıklama getirememesi normal yaşlanma düşüncesinin başarısız yönünü oluşturmuştur. İşyerinde yaşanan stres, üzüntü, kaygı gibi olumsuz durumların insan sağlığı üzerindeki negatif etkileri, normal yaşlanmada bir risk faktörü olarak görülmemiştir (4).

### **2.2.1.2.2 Bilişsel ve Psikolojik Faktörler**

Psikolojik sağlık bireyin algısı, duyguları ve bilişsel sistemi ile ilgili, yaşam kalitesini ve BY'sini etkileyen önemli bir faktördür . Pozitif psikolojinin insanlık üzerindeki etkilerinin bir yansıması olarak psikolojik sağlık, benlik saygısını artıracak, olaylara mutlu olabilmenin yollarını geliştirerek pozitif bakış açısı kazandırabilecek önemli bir faktördür (58).

Pozitif yaşlanma, pozitif psikolojinin bir uzantısıdır. Bazı kendine özgü davranışların yaşlanmanın mevcut durumu kötüleştirici etkilerine aracılık ettiği



ortaya konulmuştur. Gizli veya keşfedilmemiş güçlerini harekete geçirebilme yeteneği, düşünce ve davranışlarda esneklik, bireysel iyi oluşu destekleyen karar verme tarzı, yaşa bağlı gerileme/ çöküş konularında iyimser bakış açısı Hill' e göre pozitif yaşlanma özellikleri olarak adlandırılmaktadır (59; 60). Hill pozitif yaşlanmanın temel özelliklerini gizli veya keşfedilmemiş zorluklarla baş edebilme güçlerini harekete geçirebilme yeteneği, düşünce ve davranışta esneklik, gerilemeye dayalı konularda iyimser bir bakış açısı, kişisel iyi oluşu doğrulayan kararlar vermek şeklinde belirtmiştir (61).

Pozitif yaşlanma ölçeği dört boyuttan oluşmaktadır: esneklik, iyimserlik, kaynakların harekete geçirilmesi, olumlu kararlar alma (62; 63).

Esneklik bireyin, en iyi uyumu ortaya koyabilmek için davranış ve düşüncede yeni ve alışılmamış stratejilere başvurma kapasitesini ifade eder (59).

İyimserlik, yaşama pozitif bakmayı, sorunların yol açtığı negatif belirtileri hafifletmeye odaklanmayı ve mutluluk için çaba göstermeyi ifade eder. İyimserlik, yalnızca bir kişilik özelliği olmayıp, bireyler tarafından öğrenilebilir. İnsan, çevresine duyarlı sosyal bir varlıktır. Bunun sonucu olarak kültürel ve sosyal faktörler iyimserlik üzerinde etkilidir (64).

Kaynakların harekete geçirilmesi, gizli potansiyelin ortaya çıkarılmasıdır. Yaşlılıkla ortaya çıkan fiziksel gerileme bireyi sosyal açıdan da gerilemeye itebilir. Bu durum bireyi dış kaynakları kullanmaya, örneğin network vasıtasıyla sosyal iletişime itebilir. Yaşlanma ile ortaya çıkan sosyal destek ihtiyacı, sınırlı fiziksel ve zihinsel faaliyet özellikleri farkındalık, hatırlama, öz yansıtma gibi bireyin iç kaynaklarını harekete geçirmesini sağlar (65). Kaynakların harekete geçirilmesi bireysel iyi oluşu da etkiler (66).

Olumlu kararlar alma, bireyin kendini nasıl gördüğü konusundaki içsel seçenekleridir. Yaşam kalitesini etkileyen olumsuz faktörlerden korunmak ve yaşama tutunmak için tıbbi bakım, kültürel değerler, sağlıklı yaşam, kişisel bakım gibi aktiviteler olumlu kararlar almaya örnek verilebilir (59).

### **2.2.1.2.3 Sosyal Faktörler**

Aile ve sosyal destek, arkadaşlarla ve komşularla olan ilişkiler, kişisel ilişkiler yaşlı bireyin sosyal ilişkilerini oluşturmaktadır (67). Sosyal ilişkiler bireyin kendisine değer verildiğini düşünmesini ve sosyal çevresi ile ilişkilerinin gelişmesini sağlar (68; 69).

Verimli/üretken yaşlanma kavramı, yaşlı insanların emeklilik, sağlık ve uzun vadeli bakım hizmetleri ve ilgili kamu hizmetleri açısından giderek artan miktarlarda sosyal kaynakları tüketme ihtimalinin yarattığı zorluğu yansıtır. Yaşlılık bağımlılığı ve yaşlanan nüfusun getirdiği toplumsal yük üzerindeki artan endişeyi aşmak için üretken yaşlanma kavramı ilk olarak Robert Butler tarafından Salzburg Konferansı'nda ortaya atıldı (70). Verimli yaşlanma ekonomi alanı ile ilgili olmakla birlikte, pazarlanabilir ürün ve hizmetlerin üretilmesi, yüksek yaşam kalitesinin sürdürülebilmesini veya sürdürülememesini sağlayacak faktörleri ifade eder (71).

### **2.2.1.3 Başarılı Yaşlanma Modelleri**

BY bir süreçtir ve ileriki yaşam döneminde ortaya çıkan değişme ve gelişmelerin yönünü belirler. BY'yi açıklamaya çalışan görüşlerin temelinde adaptasyon ve başatma kavramları yer alır (40). Bu çalışma kapsamında; Baltes ve Baltes , Pfeiffer ve Rowe ve Kahn'ın BY modelleri vardır.

#### **2.2.1.3.1 Baltes ve Baltes'in Başarılı Yaşlanma Modeli**

Yaşlanma ile birlikte görülen biyolojik değişimlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda değişime yol açtığını kabul etmektedir. Yaş, öğrenim durumu, karar alma süreçlerine katılım, BY sürecinin belirleyicilerindedir. Bu yaklaşım, yaşlılıkta gelişimsel değişim için yaşlı bireyin var olan potansiyeli üzerinde durur. Yaklaşım iki varsayım üzerinde durur.

- Birincisi, yaşı bireylerin kullanılmamış yedek kapasiteleri vardır.
- İkincisi de var olan bu kapasite yaşlanma ile ortaya çıkan düşüş kayıpları dengelemek ve telafi etmek için sürekli geliştirilebilirler. (29).

### **2.2.1.3.2 Pfeiffer in Başarılı Yaşlanma Modeli**

Pfeiffer BY'nin analizi için klinik bir bakış açısı sunar ve yaşlanma ile ortaya çıkan birçok olumsuz yaşam değişimine başarılı adaptasyon ortaya çıkan birçok olumsuz yaşam değişimine başarılı adaptasyon sağlanamaması durumunun muhtemelen çeşitli psikopatolojilere neden olduğunu öne sürer. Buna göre BY, yaşlanma ile birlikte beklenen fiziksel, bilişsel ve sosyal düşüş sürecinde, meydana gelen tüm meydana gelen tüm değişimlere uyum sağlama, acı ve arazları en aza indirme, bilişsel, fizyolojik ve psiko – sosyal kayıplara rağmen bireyin fiziksel ve psiko sosyal gereksinimlerini karşılayarak, yaşamdan zevk alması durumu olarak açıklamaktadır (29).

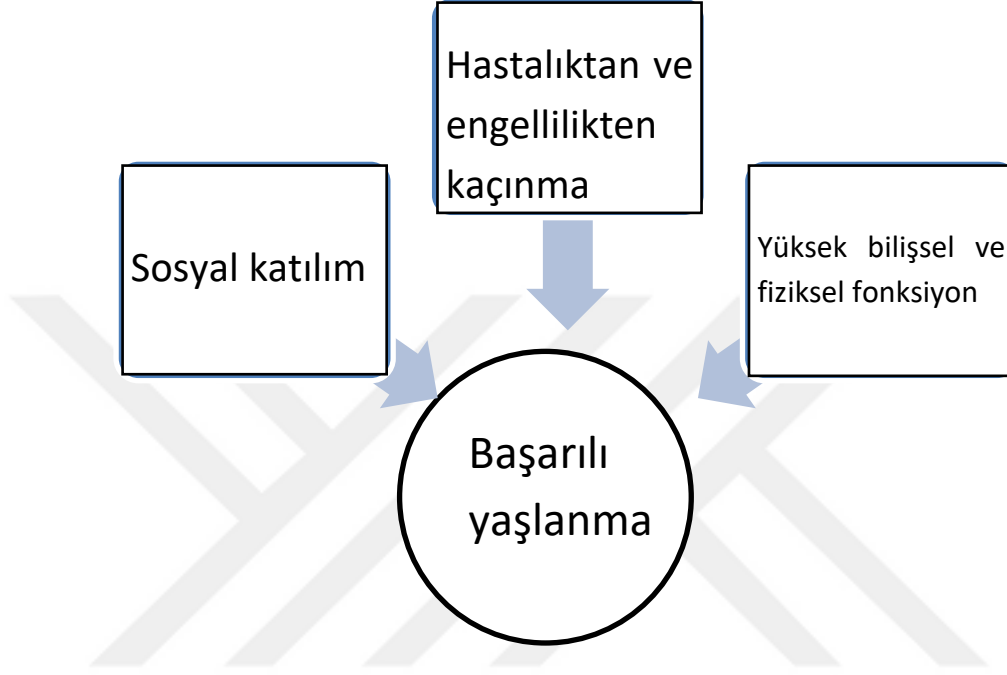
### **2.2.1.3.3 Rowe ve Kahn in Başarılı Yaşlanma Modeli**

Rowe ve Kahn BY'yi şekil 1'de gösterildiği gibi birbiriyle ilişkili üç ana bileşen kapsamında ele almaktadır. Bu bileşenler; "hastalık ve hastalıkla ilintili özürülük olasılığının düşüklüğü", "yüksek bilişsel ve fiziksel kapasite" ve "yaşama aktif etkileşim" içerisinde bulunmaktadır (72).

Bu kuram çeşitli faktörlerin yaşlanma sürecinde karşılaşılan fiziksel riskleri azalttığına ve BY olasılığının arttırdığına değinmektedirler. Özetle, BY kuramı, yaşlanma sürecinin yalnızca genetik faktörlerden değil, aynı zaman da, çevresel koşullar ile yaşama ilişkin bireysel algı ve tutumlardan etkilediğine işaret etmektedir. BY kuramı, genel olarak; yaş öğrenim durumu, aylık gelir, kurumda kalış süresi, kronik hastalıklar durumu, sigara ve alkol kullanma, fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlıktan duyulan memnuniyet, karar alma süreçlerine katılma durumu, geçmiş yaşam deneyimlerinden duyulan memnuniyet ve

yaşamdan zevk almanın olumlu bir yaşlılık sürecinin belirleyicilerinden olduğunu ileri sürmektedir. BY kuramının bu ilkeleri aynı zamanda yaşlılıkta yaşam kalitesini de etkileyen faktörlerdendir. (29).

**Şekil 1** Rowe ve Kahn tarafından tanımlanan başarılı yaşlanma modeli



## 2.3 Yaşam Kalitesi

Platon'un "Devlet", Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik" isimli eserleri, yaşam kalitesi etrafındaki tartışmaların bugün olduğu gibi antik dönemde de var olduğunu göstermektedir (73). Ancak yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir. Yaşam kalitesi, insan hakları konusunda yaşanan gelişmelerle birlikte, tüm politik kararların alınmasında önemli bir gösterge olmuş, toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef halini almıştır. Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olmasının nedeni, Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre insan gereksinimleri önceliklerine göre beş başlıkta sıralanmıştır:

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
5. Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...).

Maslow'un teorisi bize, insan yaşamının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralarken yaşam kalitesi, bu ihtiyaçların kantitesi (nicelik) ile birlikte kalitesinin (nitelik) de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, yaşam süresinin uzunluğundan ziyade kalitesi, gelirin iyi olmasından ziyade kişiyi tatmin edip etmemesi vb. hususlar üzerinde durmaktadır. Nitekim kalite, bir bilinçlenme sürecidir ve tüm yaşam alanında her zaman ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyi olmalıdır (74). Yaşam kalitesinin, günümüzde tüm bilimler açısından kabul görecektek bir tanımı bulunmamaktadır (75). Ancak tüm tanımlardaki ortak nokta insan faktörü ve onun öznel değerlendirme sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması" olarak tanımlamıştır. Burada önemli olan nokta, yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için temel teşkil eden standartların dışarıdan empoze edilmemesi, kişinin yaşamını tümüyle kendisinin değerlendirmesi ve bu değerlendirmenin sürdürülebilir olmasıdır (75; 76).

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlamalar genel olarak "kişinin yaşamı ile ilgili sübjektif algısı" etrafında dönse de yaşam kalitesi, objektif ve sübjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir (77). Objektif göstergeler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanılan konutun durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir (78; 79; 80). Kimi araştırmacılara göre objektif göstergelerin (81), kimi araştırmacılara göre ise sübjektif göstergelerin daha önemli olduğu vurgulansa

da (74), ne objektif göstergeler için ne de sübjektif göstergeler için evrensel bir sistem veya standart yoktur (82). Ancak konuyla ilgili yapılan çalışmalara dayanarak yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılabilir (83; 78; 84; 85). Bu çalışmada, yaşam kalitesi üzerinde etkili olan bu göstergelere ilişkin literatür verilmeye çalışılmıştır.

### **2.3.1 Yaşam Kalitesi Başarılı Yaşlanma İlişkisi**

BY; yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve refah gibi faktör kümelerini içeren karmaşık bir yapıdır (8). Bu nedenle, BY kişinin YK'sini de yönetir. Bu göz önüne alındığında, yaşlı yetişkinler arasında YK ve BY arasındaki ilişkiyi ve YK'nin hem BY hem de BY'nın farklılık seviyelerini etkilediğini anlamak önemlidir.

Yaşam kalitesi (YK), BY ile ilgili olarak göz önünde bulundurulması gereken bir diğer önemli kavramdır (86).

Glass 2003 yılında BY'nın bilişsel, sosyal ve duygusal perspektiflere karşılık gelen üç boyuta sahip olduğunu öne sürmüştür: işlevsel bakım, yaşam kalitesi ve hastalısız sağlıklı bir durumdur (87).

“BY kuramı, yaşlanma sürecinin oluşumu ve gelişimini açıklamaya yönelik bütüncül bir bakış açısı sunmakta, içinde farklı perspektif ve modelleri barındırmakta, son yıllarda yaşlılıkla ilgili literatürde, bir bütün olarak, yaşam kalitesinin geliştirilmesi odağındaki çalışmalara dayanak noktası oluşturmaktadır (29).

### **2.3.2 Yaşam Kalitesi Başarılı Yaşlanma Günlük Yaşam Aktiviteleri İlişkisi**

BY; yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve refah gibi faktör kümelerini içeren karmaşık bir yapıdır (88). Bu nedenle, BY kişinin YK'sini de yönetir. Bu göz önüne alındığında, yaşlı yetişkinler arasında YK ve BY arasındaki ilişkiyi ve

YK'nin hem BY hem de BY'nın farklılık seviyelerini etkilediğini anlamak önemlidir.

Günlük yaşam aktiviteleri kişinin bağımsızlık derecesini göstermektedir. Kişinin bağımsızlık derecesi de onun refah düzeyini etkilemektedir. Refah düzeyi de BY'nin bileşenlerinden biridir (88).

### **2.3.3 Aile Hekimliği ve Başarılı Yaşlanma**

Aile hekimliği alanı yaşlı bireylerin sağlığı ile ilgilenen klinik bilim alanları arasında yer almaktadır. Aile hekimliği ülkemiz nüfusuna olan yaygın etkisi ile eşsiz konumdadır. İstatistiklere bakılacak olursa her beş evden birinde en az bir yaşlı bulunmaktadır. Tek kişilik hanelerin yarıya yakınında bir yaşlı oturmaktadır. Bu nüfusun önemli bir oranı yaşları ilerledikçe bağımlı hale gelecek, kognitif sorunlar yaşamaya başlayacak ve diğer tedavisi olmayan sağlık sorunlarında muzdarip olacaklardır. Bu bireylere epizodik sağlık bakım hizmeti sunmak olanaklı olmadığı gibi, bir kısmını ev ortamından dışarıya çıkarmak da mümkün olmamaktadır. Bir kısmı evde bakım desteğine ihtiyaç duyacak, diğer bir kısmının ise ailesi yok ise bakımevinde kalması gerekecektir (89).

Bu sorunlar kent merkezlerinde ve metropollerde anlaşılmış durumda ve Sağlık Bakanlığı'nın sunmuş olduğu evde sağlık hizmetleri aracılığıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Bazı belediyeler ise sundukları evde bakım hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinden öte bakıma muhtaç nüfusa hitap etmeye çalışmaktadırlar. Ancak ilçeler düzeyinde ve kırsalda bu hizmetlerin sağlanmasında ve hizmet bekleyene ulaşımda eksiklikler bulunmaktadır.

## III. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

### 3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, Manisa İli Yunusemre İlçesi 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde Eylül 2018- Ocak 2019 arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa'da Yunusemre 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 60 yaş ve üzeri kişiler araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır.

Örneklem sayısı: Epi info paket programı kullanılarak %50 görülme sıklığı, %95 güven aralığında yapılan hesaplamada örneklem sayısı 245 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda örneklem olarak 250 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya 258 kişi katılmıştır.

### 3.4 Dahil Edilme Kriterleri

- 60 yaş ve üzerinde olmak
- Manisa 1 No'lu ASM ye kayıtlı olmak.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

### 3.5 Dışlanma Kriterleri

- 60 yaşın altında olan bireyler
- Manisa 1 No'lu ASM'ye kayıtlı olmayan bireyler
- Psikiyatrik hastalığı olan bireyler
- Demans, Alzheimer tanısı olması



## 3.6 Veri Toplama Araçları

### 3.6.1 Sosyodemografik Form

Araştırmaya alınacak bireye yönelik sosyodemografik form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir. Formda kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kimle yaşadığı, çocuk sayısı, meslek, ekonomik durum, herhangi bir engeli olup olmadığı, kronik hastalık varlığı, toplam 10 soru yer almaktadır. Engellilik durumları görme, işitme yürüme engelleri olan hastaların kendi beyanlarına göre not edildi. Görme engelliliği için gözlük kullananlar sayılmadı (miyop, hipermetrop, astigmat gibi bozukluklar) fakat görme fonksiyonunda azalma/kayıp tarif edenler, bu sebeple çoğu işini yaparken yanında bir başka kişiye ihtiyaç duyabilenler kabul edildi.

Yürüme engelliliği için de kol değneği ve tekerlekli sandalye kullanımı olanlar kabul edildi. İşitme engeli için de kulak işitme cihazı kullananlar kabul edildi.

### 3.6.2. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe Versiyonu

Bu araştırmada yaşlıların BY davranışını ölçmek amacıyla BYÖ kullanılmıştır. BYÖ 2009 yılında Reker (2009) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe versiyonu Hazer ve Özsungur (2017) tarafından yapılmıştır. BYÖ “sağlıklı yaşam biçimi” (3 madde) ve “sorunlarla mücadele etme” (7 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade 1’ den 7’ ye kadar puanlanmış (1=Kesinlikle katılmıyorum; 7=Kesinlikle katılıyorum) 7’li Likert tipte bir ölçektir. Katılımcılar bu ölçekten en az 10 en fazla 70 puan alabilirler. Puan arttıkça katılımcıların BY durumları da artmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi alt boyutundan katılımcılar en az 3, en fazla 21 puan alınabilir. Puan arttıkça yaşlıların BY’ye ilişkin sağlıklı yaşam biçimini kabul etmeleri de artmaktadır. Sorunlarla mücadele etme alt boyutu hayata bağlılık ve uyumsal

başa çıkma faktörlerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan katılımcılar en az 7, en fazla 49 puan alınabilir. Puan arttıkça yaşlıların BY'ye ilişkin sorunlarla mücadele etme düzeyi de artmaktadır. Araştırmada ölçeğin Türkçe versiyonuna ait ifadeler ve alt boyutları tablo 1' de verilmektedir.

**Tablo 1.** Araştırmada ölçeğin Türkçe versiyonuna ait ifadeler

Faktör	İlgili Maddeler
Sağlıklı Yaşam Biçimi	Madde 5: Hastalık ve sakatlıklardan uzak kalmak için elimden geleni yapıyorum. Madde 6: Yaşlandıkça bedenimi ve zihnimi iyi bir şekilde korumaya çalışıyorum. Madde 10: Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını kazanmak için çabalıyorum.
Sorunlarla Mücadele Etme	Madde 1: İşler eskiden olduğu gibi gitmediğinde, aynı sonuca ulaşana kadar başka yollar denemeye devam ederim. Madde 2: Zor zamanlarda durumun üstesinden gelmek için metanetli olmaya gayret gösteririm. Madde 3: Üretken faaliyetler sayesinde yaşama aktif olarak bağlıyım. Madde 4: Mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmak için çabalıyorum. Madde 7: Düzenli sosyal ilişkiler sayesinde yaşama aktif şekilde bağlıyım. Madde 8: Benim için önemli olan hedeflere ulaşmak için her türlü çabayı gösteriyorum. Madde 9: Yoluma ne çıkarsa çıksın, baş edebilirim.
Likert Türü	İfadeler
7 li Likert	Kesinlikle katılıyorum = 7 Katılıyorum = 6 Kısmen katılıyorum = 5 Kararsızım = 4 Kısmen katılmıyorum = 3 Katılmıyorum = 2 Kesinlikle katılmıyorum = 1

### 3.6.3 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği

Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği hesaplaması yapılırken 3 basamaklı bir yol izlenmiştir. İlk olarak eksik veri olup olmadığı kontrol edilir; eksik veri varlığında hesaplama yapmak mümkün olmamaktadır. İkinci olarak, her bir soru için fiziksel ve mental standardizasyon yapabilmek için verilen puanlama yöntemi kullanılır (Bireylerin verdikleri cevaplar için fiziksel standardizasyon değerleri ve mental standardizasyon değerleri ayrı ayrı toplanır, tablo 2). Son olarak, 12 soru için fiziksel standardizasyon toplamına 56,57706 eklenerek fiziksel bileşenlerin özeti (FBÖ); 12 soru için mental standardizasyon toplamına 60,75781 eklenerek mental bileşenlerin özeti (MBÖ) hesaplanmış olur.

**Tablo 2.** Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği Puanlaması İçin Kullanılan Fiziksel ve Mental Standardizasyon Değerleri

Soru numarası	Cevap değeri	Fiziksel standardizasyon değeri	Mental standardizasyon değeri
1	1	0	0
	2	-1,31872	-0,06064
	3	-3,02396	0,03482
	4	-5,56461	-0,16891
	5	-8,37399	-1,71175
2	1	-7,23216	3,93115
	2	-3,45555	1,86840
	3	0	0
3	1	-6,24397	2,68282
	2	-2,73557	1,43103
	3	0	0
4	1	-4,61617	1,44060
	2	0	0
5	1	-5,51747	1,66968
	2	0	0
6	1	3,04365	-6,82672
	2	0	0
7	1	2,32091	-5,69921
	2	0	0
8	1	0	0
	2	-3,80130	0,90384
	3	-6,50522	1,49384
	4	-8,38063	1,76691
	5	-11,25544	1,48619

9	1	0	0
	2	0,66514	-1,94949
	3	1,36689	-4,09842
	4	2,37241	-6,31121
	5	2,90426	-7,92717
	6	3,46638	-10,19085
10	1	0	0
	2	-0,42251	-0,92057
	3	-1,14387	-1,65178
	4	-1,61850	-3,29805
	5	-2,02168	-4,88962
	6	-2,44706	-6,02409
11	1	4,61446	-16,15395
	2	3,41593	-10,77911
	3	2,34247	-8,09914
	4	1,28044	-4,59055
	5	0,41188	-1,95934
	6	0	0
12	1	-0,33682	-6,29724
	2	-0,94342	-8,26066
	3	-0,18043 0,11038	-5,63286
	4	0	-3,13896
	5		0

### 3.6.4. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Araştırmada yaşlıların fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmek için Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) kullanılmıştır. Lawton ve Brody (1969) tarafından geliştirilmiş olan enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam 8 ifadeden oluşmaktadır. Bir katılımcı en az 0 en fazla 8 puan alabilir. 8 ifadeden oluşan bu ölçek bireyin telefon edebilme, alış-veriş yapma, yemek hazırlayabilme, ev işleri yapabilme, çamaşır yıkayabilme, ulaşım araçlarına binebilme, kendi ilacını içebilme, parayı idare edebilme durumlarını ölçmektedir. Ölçek puanının yükselmesi bağımsızlık derecesinin arttığını göstermektedir.

### **3.7 Verilerin Toplanması**

Etik kurul onayından sonra Manisa Sağlık Müdürlüğünden bir Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışmamızı yürütebilmek için araştırma izin onayı alınmıştır. Manisa'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 60 yaş ve üzeri kişiler araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada sosyodemografik bilgiler ve Başarılı Yaşlanma Ölçeği, Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği anketleri kullanılmıştır. Anketler Araştırma Görevlisi Dr. Ahmed Faruk YOLDAŞ tarafından katılımcılarla birebir görüşülerek uygulanmıştır.

### **3.8 Araştırmanın Etik Boyutu**

Bu araştırmanın yapılabilmesi için 01.08.2018 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan onay alınmıştır. Araştırmamızın 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılabilmesi için 14.08.2018 tarihinde Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu'ndan izin onayı alınmıştır. Çalışma yürütülürken, araştırmamıza katılmayı kabul eden gönüllülerin çalışmaya dahil olma konusunda bilgilendirilmesi yapıp rızası alınmıştır.

### **3.9 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS.15 (Statistical Package for Social Science) for Windows" programıyla değerlendirilmiştir. İstatiksel analiz için ki-kare testi, T test, oneway anova testi, kruskal wallis testi, post hoc benforini testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değer) normal dağılım koşulları sağlandığında bağımsız iki grubun sürekliliği açısından karşılaştırmasında student t testi (normal dağılım koşul-

ları sağlanmadığında Mann Whitney U testi), kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.



## IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 258 kişiden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler, sosyodemografik form, Başarılı Yaşlanma Ölçeği, Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kısa versiyonundan elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla çalışmaya katılanların;

- Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı
- Araştırma grubunda BYÖ toplam ve alt başlıklarından, Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden elde edilen verilerin dağılımı
- BYÖ ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular
- Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'nin ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Görüşme Yapılan Bireylerin Sosyodemografik Verileri ile Karşılaştırılması
- Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve EGYA'nın; BYÖ Toplam ve BYÖ Alt Grupları ile korelasyon tablosu

### 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Çalışma kriterlerine uygun olarak toplam tamamlanan görüşme sayısı 258'dir. Bunların 133'ü (%51,6) kadın, 125'i (% 48,4) erkekti. Katılımcıların 198'i (%76,7) evli, 60'ı (%23,7) bekârdı. Bireyler yaş grubu açısından incelendiğinde 60-69 yaş grubu 165 (% 63,3) kişi ile en kalabalık grubu oluşturmakta

iken, en azı 15 kişi (% 5,8) ile 80 yaş ve üstü kişilerdi. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 68,32±6,05 yıldır (min: max, 60-90). Araştırmaya katılan bireylerden en kalabalık grubu 60-69 yaş ve sonrasında 70-79 yaş grubu oluştur-maktaydı (sırasıyla %64; % 30,2).

Çalışmaya katılanlar meslek olarak incelendiğinde 91'i (%35,3) ev ha-nımı, 125'i (%48,4) emekli, 42'si (%16,3) alışandır. Eğitim durumu açısından incelendiğinde bireylerin 17'si (%6,6) okuryazar değil, 12'si (%4,7) okuryazar, 108'i (%41,9) ilkokul, 25'i (%9,7) ortaöğretim, 39'u (%15,1) lise, 57'si (%22,1) üniversite mezunuydu. Bireylerin %10,1 yalnız, %55,4 eşiyle, %18,6 eşi ve çocuğuyla yaşamaktadır. Katılımcıların %60'ında geliri giderine eşi saptandı. Katılımcıların çoğunluğunun (%77,9) herhangi bir engeli yoktu.

**Tablo 3.** Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=258)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
60 – 69 yaş	165	63,3
70-79 yaş	78	30,2
80 yaş ve üzeri	15	5,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	133	51,6
Erkek	125	48,4
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	60	23,3
Evli	198	76,7
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	17	6,6
Okuryazar	12	4,7
İlkokul	108	41,9
Ortaokul	25	9,7
Lise	39	15,1
Üniversite	57	22,1
<b>Gelir düzeyi</b>		
Gelir giderden fazla	28	10,9
Gelir gider eşi	155	60,1
Gelir giderden az	75	29,1
<b>İşiniz nedir?</b>		



Ev hanımı	91	35,3
Emekli	125	48,4
Çalışıyor	42	16,3
<b>Herhangi bir engeliniz var mı?</b>		
Yok	201	77,9
Görme engeli	16	6,2
İşitme engelli	13	5
Yürüme engeli	28	10,9
<b>Yaşam ortamı</b>		
Tek başına	26	10,1
Eşyle	143	55,4
Eşi ve çocuklarıyla	48	18,6
Diğer (Bakıcı, kardeş, akraba...)	41	15,9
<b>Çocuk Durumu</b>		
Var	250	97
Yok	8	3
<b>Kronik Hastalık</b>		
var	217	84
yok	41	16

#### 4.2 Araştırma grubunda BYÖ toplam ve alt başlıklarından, Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden elde edilen verilerin dağılımı

Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği fiziksel ve mental olmak üzere iki alt boyutta incelenir. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nde tek puan vardır.

**Tablo 4.** BYÖ ve alt başlıklarından, Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği'nden, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden elde edilen verilerin dağılımı

	<b>s.s.</b>	<b>Min-Max</b>	<b>mean</b>
<b>BYÖ toplam</b>	9,26	22 -70	58,3488
<b>Sağlıklı Yaşama biçimi Alt Boyutu</b>	3,59	6 - 21	17,6008
<b>Sorunlarla Mücadele Etme Alt Boyutu</b>	7,00	16 - 49	40,7481
<b>FBÖ*</b>	11,21036	20,47-66,27	44,9620
<b>MBÖ**</b>	11,48260	13,94-72,01	50,1638
<b>EGYA*** puanı</b>	1,38654	0 - 8	7,4031

FBÖ\*: Fiziksel Bileşenlerin Özeti

MBÖ\*\*: Mental Component Summary (Mental Bileşenlerin Özeti)

EGYA\*\*\*: Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

### 4.3 BYÖ ve sosyodemografik değişkenlere ilişkin bulgular

BYÖ'nün sağlıklı yaşama biçimi ve sorunlarla mücadele etme alt boyutlarının ortalama puanlarının yaş, cinsiyet, medeni durumu, kimle yaşadıkları, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu ve engel durumu arasındaki ilişki tablo 5'te gösterilmiştir. Elde edilen istatistiksel analiz sonuçlarına post-hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Başarılı yaşlanma alt boyutu olan sorunlarla mücadele etmede ve BYÖ toplam ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur. BYÖ toplam ve sorunlarla

mücadele etme alt boyutunda 60-69 yaş arası 80 yaş üstüne göre anlamlı olarak daha iyidir.

Cinsiyet açısından bakıldığında sağlıklı yaşam alt boyutu ve BYÖ toplamda erkekler kadınlara göre anlamlı yüksek puan almıştır. Sorunlarla mücadele etme alt boyutu cinsiyet açısından anlamlı değildir.

Medeni durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi alt boyutunda evliler anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Sorunlarla mücadele etme alt boyutunda ve BYÖ toplam medeni durum açısından anlamlı değildir. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen cevaplara bakıldığında sorunlarla mücadele etme alt boyutu anlamlı fark varken sağlıklı yaşama alt boyutunda ve BYÖ toplam puanda anlamlı fark yoktur. Sağlıklı yaşama alt boyutunun anlamlı çıkan kiminle yaşıyorsunuz sorusunun seçenekleri karşılaştırıldığında eşiyile yaşayanlar yalnız ve diğer(anne, baba, kardeş, çocuk, arkadaş, bakıcı)'e göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldılar.

Eğitim durumu açısından incelendiğinde BYÖ toplam ve alt guruplar istatistiksel olarak anlamlı bulundu. BYÖ toplamda üniversite mezunları ilkokul ve okuryazar olmayanlardan anlamlı olarak yüksek puan aldı. Sorunlarla mücadele etme alt boyutunda üniversite mezunları ilkokul mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek puan aldı. Üniversite mezunları sağlıklı yaşama alt boyutunda ilkokul mezunları ve okuryazar olmayanlara göre daha yüksek puan aldılar.

Ekonomik durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi alt boyutu ve BYÖ toplam da anlamlı farklılık varken sorunlarla mücadele etme alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu anlamlı fark geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az olanlardan yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. Engel açısından incelendiğinde BYÖ toplam ve alt boyutlarda anlamlı pozitif çıkmıştır. Sağlıklı yaşlanma alt boyutunda anlamlı farkı oluşturan engeli olmayanların yürüme engellilerden anlamlı olarak daha yüksek puan almasıdır. Çocuk durumu açısından incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kronik hastalık açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam boyutu ve BYÖ

toplamda anlamlı fark bulunamamışken sorunla mücadele etme boyutunda kronik hastalığı olmayanlar anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tablo 5.** Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin BYÖ toplam puanı, sağlıklı sorunlar alt başlığı ve başarılı yaşlanma alt başlığına göre dağılımı

Özellikler	Başarılı yaşlanma		
	Sağlıklı Yaşam Biçimi	Sorunlarla Mücadele Etme	BYÖ Toplam
<b>Yaş</b>			
60-69	17,89±3,35	41,72±6,29	59,61 8,09
70-79	17,25±3,75	39,73±6,92	56,98 9,38
80 ve üstü	16,20±4,93	35,26±11,17	51,46 15,61
P	0,131	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	18,54±3,35	41,25±6,23	59,80 8,49
Kadın	16,71±3,59	40,27±7,65	56,98 9,77
P	<b>0,000</b>	0,260	<b>0,014</b>
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	18,05 3,13	40,78 6,72	58,83 8,58
Bekar	16,10 ±4,52	40,63± 7,92	56,73 11,15
P	<b>0,000</b>	0,885	0,123
<b>Kimle Yaşıyorsunuz</b>			
Yalnız	16,19± 5,19	41,03 ±8,49	57,23 12,52
Eşi	18,24 ±2,95	41,39± 5,81	59,63 7,52
Eşi ve çocuklarıyla	17,66 ±3,34	39,83 ±7,47	57,50 9,22
Diğer	16,17± 4,35	39,39± 8,97	55,56 11,71
P	<b>0,002</b>	0,308	0,063
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okur yazar değil	15,76 ±3,09	37,70 ±8,12	53,47 10,22
Okuryazar	18,41 ±2,77	44,33± 6,73	62,75 7,99
İlkokul	16,88 ±3,95	39,66± 7,60	56,55 10,33
Ortaöğretim	17,00 ±3,80	40,28 ±6,07	57,28 6,48
Lise	18,79± 2,48	40,87 ±6,72	59,66 7,83
Üniversite	18,77 ±3,18	43,07± 5,23	61,84 7,48
P	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>
<b>Ekonomik Durum</b>			

Geliri giderine eşit	17,98 ±3,42	41,39 ±6,66	59,37 8,86
Geliri giderinden az	16,64± 4,07	39,18 ±7,92	55,82 10,52
Geliri giderinden fazla	18,07± 2,60	41,35± 5,68	59,42 6,33
P	<b>0,022</b>	0,072	<b>0,019</b>
<b>Herhangi bir engeliniz var mı?</b>			
Yok	17,85 ±3,44	41,40 ±6,38	59,25 8,38
Görme	18,12 ±2,96	38,06± 8,50	56,18 10,35
İşitme	16,76± 4,49	38,30±10,60	55,07 14,19
Yürüme	15,89 ±4,15	38,71 7,82	54,60 10,91
P	<b>0,039</b>	<b>0,044</b>	<b>0,029</b>
<b>Çocuk Durumu</b>			
Var	17,54±3,62	40,65±7,06	58,19±9,31
Yok	19,50±1,92	43,62±4,56	63,12±6,19
P	0,071	0,172	0,340
<b>Kronik Hastalık</b>			
Var	17,39±3,68	40,45±7,24	57,84±9,50
Yok	18,68±2,87	42,31±5,37	61,00±7,43
P	0,060	<b>0,020</b>	0,166

#### 4.4 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve Lawton ve Brody' nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Görüşme Yapılan Bireylerin Sosyodemografik Verileri ile Karşılaştırılması

Çalışmamızda Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'nden elde ettiğimiz FBÖ (Fiziksel Bileşenlerin Özeti) ve MBÖ (Mental Bileşenlerin Özeti) ile yaş, cinsiyet, medeni durum, kimle yaşadıkları, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve engel durumu arasındaki ilişki Tablo 6'da gösterilmiştir. Elde edilen istatistiksel analiz sonuçlarına post-hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Yaş ile FBÖ ve MBÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında; anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Cinsiyet ile FBÖ ve MBÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek cinsiyet anlamlı olarak daha iyidir. Medeni durum ile FBÖ ve MBÖ arasında

anlamli iliŒki saptanmiŒtır, evliler bekârlara göre daha iyidirler. Kiminle yaŒıyorsunuz sorusu ile FBÖ ve MBÖ arasında anlamli fark saptanmiŒtır. MBÖ'de eŒiyle yaŒayanlar yalnızlara göre anlamli olarak daha iyidir. FBÖ'de eŒiyle yaŒayanlar diğer(anne, baba, kardeŒ, çocuk, bakıcı vs.)'e göre anlamli olarak daha iyidirler. Eğitim seviyesi ile MBÖ ve FBÖ arasında anlamli fark saptanmiŒtır. MBÖ'de lise ve üniversite mezunları okuma-yazma bilmeyenlerden anlamli olarak daha iyidirler. FBÖ'de üniversite mezunları ilkokul mezunlarından anlamli olarak daha iyidirler. Ekonomik durum ile MBÖ ve FBÖ arasında anlamli iliŒki saptanmiŒtır. Ekonomik durumda geliri giderinden az olanlar FBÖ ve MBÖ'de anlamli olarak geliri giderine eŒit olanlardan ve geliri giderinden fazla olanlardan daha kötüdür. Engel ile MBÖ arasında anlamli iliŒki yoktur. Engel ile FBÖ arasında anlamli iliŒki vardır. Yürüme engelli olanlar engelli olmayanlara ve görme engelli olanlara göre FBÖ'de anlamli olarak daha kötüdür. FBÖ ve MBÖ çocuk durumu açısından incelendiğinde anlamli bir fark bulunamamıŒtır. Hastalık durumu açısından incelendiğinde FBÖ'de hastalığı olmayanlar anlamli olarak iyi bulunmuŒken MBÖ için hastalık anlamli değildir.

EGYA ölçeği ile yaŒ arasında anlamli farklılık vardır. Bütün yaŒlar kendi aralarında anlamli olarak farklıdır. 60-69 yaŒ arası 70-79 arası ve 80 yaŒ üstünden, 70-79 arası 80 yaŒ üstünden anlamli olarak daha iyidir. YaŒ azaldıkça EGYA puanı anlamli olarak artmaktadır.

EGYA'da cinsiyet anlamli değildi. EGYA'da evliler anlamli olarak daha iyilerdir. EGYA'da kimle yaŒıyorsunuz sorusu anlamli çıkmıŒtır. EŒiyle yaŒayan ve yalnız yaŒayanlar arasında anlamli fark yoktur. EŒiyle yaŒayanlar, eŒi ve çoğu ile yaŒayanlardan ve diğer(anne, baba, kardeŒ, çocuk, bakıcı vs.)'e göre anlamli olarak daha iyilerdir.

EGYA'da eğitim durumu açısından anlamli fark yoktur. EGYA'da ekonomik durum açısından bir fark yoktur.

Engel durumu ile EGYA arasında anlamli fark vardır. Örnek grupları birbir değerlendirildiğinde farkı yaratan grup bulunamamıŒtır.

EGYA'da çocuk sahibi olmak anlamlı bulunmamıştır. EGYA'da hastalık anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 6.** Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'nin ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Görüşme Yapılan Bireylerin Sosyodemografik Verileri ile Karşılaştırılması

Özellikler	Sf12 *FBÖ	Sf12 **MBÖ	*** EGYA
<b>Yaş</b>			
60-69	45,90±10,83	51,13±11,21	7,68±0,79
70-79	43,18±11,61	48,50±11,87	7,25±1,54
80 ve üstü	43,81±12,64	48,07±11,48	5,06±2,78
P	0,193	0,193	<b>0,000</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	49,36±8,60	52,46±9,80	7,31±1,28
Kadın	40,82±11,81	47,99±12,51	7,48±1,47
P	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	0,307
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	45,93±10,82	51,09±10,96	7,50±1,25
Bekar	41,73±11,94	47,09±12,67	7,06±1,71
P	<b>0,011</b>	<b>0,018</b>	<b>0,032</b>
<b>Kimle Yaşıyorsunuz</b>			
Yalnız	44,33±11,68	44,51±13,83	7,34± 1,16
Eşi	46,67± 9,94	52,10 ±9,96	7,73± 0,72
Eşi ve çocuklarıyla	44,47±12,57	49,60±11,68	6,85± 2,04
Diğer	39,96±12,17	47,64±13,16	6,92± 1,94
P	<b>0,008</b>	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okur yazar değil	15,76 ±3,09	37,70 ±8,12	41,62±13,03
Okuryazar	18,41 ±2,77	44,33± 6,73	43,27± 13,1
İlkokul	16,88 ±3,95	39,66± 7,60	42,55±11,79
Ortaöğretim	17,00 ±3,80	40,28 ±6,07	46,09±10,23
Lise	18,79± 2,48	40,87 ±6,72	46,30± 9,83
Üniversite	18,77 ±3,18	43,07± 5,23	49,45± 8,96
P	<b>0,004</b>	<b>0,005</b>	0,330
<b>Ekonomik Durum</b>			
Geliri giderine eşit	46,45±10,28	50,95±11,75	7,50 ±0,99
Geliri giderinden az	41,12±12,32	46,91±10,66	7,10 ±2,01

Geliri giderinden fazla	46,99±11,21	54,49±10,17	7,60 ±1,06
P	<b>0,002</b>	<b>0,004</b>	0,084
<b>Herhangi bir engeliniz var mı?</b>			
Yok	46,33±10,55	50,99±11,42	7,53± 1,15
Görme	48,43±10,27	46,35±11,98	7,18± 2,04
İşitme	40,47±13,85	46,31±12,11	6,84±1,40
Yürüme	35,21± 9,88	48,14±10,89	6,85± 2,15
P	<b>0,000</b>	0,162	<b>0,035</b>
<b>Çocuk Durumu</b>			
Var	44,73±11,22	50,01±11,49	7,40±1,39
Yok	51,95±8,63	54,93±10,47	7,50±1,06
P	0,53	0,385	0,667
<b>Kronik Hastalık</b>			
Var	43,74±11,39	49,73±11,79	7,36±1,46
Yok	51,38±7,45	52,41±9,50	7,58±0,83
P	<b>0,000</b>	0,097	0,061

\*FBÖ: Fiziksel Bileşenlerin Özeti

\*\*MBÖ: Mental Bileşenlerin Özeti

\*\*\*EGYA: Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

## 4.5 Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği ve EGYA'nın BYÖ toplam ile korelasyon tablosu

EGYA ve Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği değerleri ile BYÖ Toplam arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına Pearson Korelasyon katsayısı ile tablo 7'de bakılmıştır ve pozitif korelasyon bulunmuştur. ( $p < 0,001$ )

**Tablo 7.** Araştırma grubunun BYÖ toplam ile Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği alt bileşenleri ve EGYA ile korelasyon tablosu

	BYÖ Toplam	
	r	p
<b>Sf12 fiziksel</b>	0,377	<0,001
<b>Sf12 mental</b>	0,389	<0,001
<b>EGYA</b>	0,335	<0,001



## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada Manisa ilinde BY, yaşam kalitesi ve sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamına Manisa ili sınırları içinde Yunusemre 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 60 yaş ve üstündeki 258 yaşlı yetişkin alınmıştır.

### 5.1. Sosyodemografik Verilere Ait Değerlendirmeler

Araştırmaya katılanlar arasında cinsiyet oranı yaklaşık olarak eşittir ve bu dağılım Manisa nüfusunun cinsiyet dağılımıyla örtüşmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre toplumun Manisa nüfusunun %50,4'ünü erkek %49,6'sını kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %63,3'ünün 60-69 yaş aralığında olduğu görülmektedir (n=165). 80 ve üzeri olan yaşlı bireylerin (n=15; %5,8) diğer katılımcılara göre daha az sayıda oldukları dikkat çekmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre Türkiye genelinde 60 yaş üstü bireylere oran olarak bakıldığında %57'si 60-69 arası, %29'u 70-79 arası %14'ü 80 yaş ve üstüdür. Bizim verilerimiz de benzer oranlara sahiptir ama 80 yaş ve üstü birey yüzdesi daha düşüktür. 80 yaş ve üzeri birey sayısının az olmasının sebebi bu hasta grubunun evde bakıma muhtaç olup ASM'ye gelememesinden ve dışlama kriterlerine takılmasından kaynaklanmaktadır.

### 5.2 BYÖ Verilerinin Değerlendirilmesi

BYÖ'ye ilişkin katılımcıların genel ortalaması 58,34'tür. Genel ortalamanın maksimum puana yakınlığı, yaşlı bireylerin başarılı yaşlanma kriterlerine iyi derecede sahip olduğunu göstermektedir.

BYÖ toplam puanını en fazla etkileyen sorunlarla mücadele etme alt boyutu, daha az oranda etkileyen ise sağlıklı yaşama biçimi alt boyutudur. Sağlıklı yaşama alt boyutu BYÖ toplamı az etkilese de BY'nin birleşenlerinden olan hastalık ve güçsüzlüğün önlenmesi, yüksek bilişsel ve fiziksel fonksiyona sahip olunması sağlıklı yaşama alt boyutuna girdiğinden bu puanın yüksek olması önemlidir (90).

BYÖ toplam ve sorunlarla mücadele etme boyutunda 60-69 yaş 80 yaş ve üstü bireylere göre daha iyi bulunmuştur. Yaşla beraber BYÖ puanının azalması ilerleyen yaşlarda bireyin bağımlı hale gelmesi, aile içi ilişkilerin zayıflaması, yaşlıların yalnız kalmasına ve sağlıklı yaşama davranışları kazanmak için gereken çabayı göstermemiş olmalarından kaynaklanabilir (95). Çalışmamızda 80 yaş ve üstünde yalnız yaşama oranı anlamlı olarak azdır. Bu durum yaşla beraber bağımlılığın artmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrancı ve ark. (2005) çalışmalarında 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların sağlık durumlarının iyi olmadığını belirtmiştir (96). Çalışmamızda 80 yaş ve üzerindeki bireylerin tamamında kronik hastalık vardır ama anlamlı değildir.

Cinsiyet açısından bakıldığında sağlıklı yaşam alt boyutu ve BYÖ toplamda erkekler daha iyi bulunmuştur. Literatürde aynı sonuca ulaşan benzer çalışmalar vardır. Benzer bir çalışmada erkeklerin sağlık durumunun kadınlardan daha iyi olduğu belirtilmiştir (96). Benzer şekilde Özmete (2008) araştırmasında erkek yaşlıların sağlık durumlarının, kadın yaşlılara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (97). Yine Softa (2014)'nin çalışmasında yaşlı erkek bireylerin kadınlara göre sağlıklı yaşlandığı kaydedilmiştir (98).

Sağlıklı yaşama alt boyutunda evliler daha iyi bulunmuştur. Kaya (1999) evde kalan yaşlılarla yaptığı çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt başlıkları arasında anlamlı fark saptamış ( $p < 0,05$ ), evli olanların yaşam kalitesini daha yüksek düzeyde bulmuştur (99). Bektaş (2008)'in araştırmasında da benzeri bir bulgu elde edilmiştir (100).

Sağlıklı yaşama alt boyutunda eşyle yaşayanlar yalnız ve diğer(anne, baba, kardeş, çocuk, arkadaş, bakıcı)'e göre daha iyi bulunmuştur. Benzer bir çalışmada da eşyle veya eşi ve çocuğuyla yaşayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur (101). Bu durum eşi ya da çocuğu ile yaşamayan bireylerin sosyal destek kaynaklarının yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir.

BYÖ toplamda üniversite mezunları ilkokul ve okuryazar olmayanlardan daha iyi bulundu. Sorunlarla mücadele etme alt boyutunda üniversite mezunları ilkokul mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek puan aldı. Bunun sebebi eğitim düzeyinin artmasıyla, sorunlarla baş etme gücünün artması olabilir. Üniversite mezunları sağlıklı yaşama alt boyutunda ilkokul mezunları ve okuryazar olmayanlara göre daha yüksek puan aldılar. Araştırmada eğitim durumunun, BY'yi, sağlıklı yaşlanma alt boyutunu ve sorunlarla mücadele etmeyi etkileyen önemli bir değişken olduğu belirlendi. BY sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından önemli derecede etkilenmektedir. Sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin en başında eğitim gelmektedir. Kişinin kendi sağlık durumunun farkında olması, olumlu sağlık davranışları kazanması, doğru bildiklerini uygulamaya dönüştürebilmesi ve yanlışlardan uzak durması sağlıklı bir yaşamı ve beraberinde başarılı bir yaşlanmayı getirecektir. Eğitim düzeyi arttıkça bireyler bilinçlenmekte, hastalık oluşumunda rol alan birçok etkeni daha iyi bilip, kendilerini bu hastalıklardan koruyabilmektedirler (102).

Ekonomik durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi alt boyutu ve BYÖ toplam da anlamlı bulunurken sorunlarla mücadele etme alt boyutunda anlamlı bulunmamıştır. Bu anlamlı fark geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az olanlardan yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. Bir çalışmada gelir düzeyi yükseldiğinde ve sağlık durumu iyi olduğunda yaşlıların yaşamdan duydukları tatminin artabileceğini belirtilmiştir (97). Altıparmak (2009) çalışmasında gelir düzeyi iyi olan yaşlılarda sosyal desteğin iyi olduğu ve yaşam doyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Gelir durumunun yeterliliği sosyal imkânlarının artmasına ve ekonomik sorunların yol açtığı

stresörlere daha az maruz kalmasını sağladığı için sağlıklı yaşlanmada önemli bir değişken olarak ifade edilmektedir (98; 103). Çalışmadan elde edilen bulgular literatürle uyumludur.

Engel açısından incelendiğinde BYÖ toplam ve alt boyutlarda anlamlı pozitif çıkmıştır. Sağlıklı yaşlanma alt boyutunda anlamlı farkı oluşturan engeli olmayanların yürüme engellilerden anlamlı olarak daha yüksek puan almasıdır. Yürüme engelinin fiziksel aktiviteyi kısıtlaması bu duruma sebep olmuş olabilir.

Çocuk durumu açısından incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonucun sebebi çalışmaya katılanların %97'sinin çocuk sahibi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatüre bakıldığında çocuk sahibi olmanın yaşlı birey için sağlıklı yaşlanmayı ve yaşam doyumunu artıran bir durum olduğu, aile ilişkilerinin yaşamı anlamlı hale getirdiğinden bahsedilmektedir (97). Başka bir çalışmada, sosyal ortamlara katılma ve bağımsız olmanın, arkadaş ve aile ilişkilerinin, yaşlılarda yaşamı anlamlandırmada önemli olduğunu belirtilmiştir. (104). Başka bir çalışmada da yaşlılarda aile ve arkadaş ilişkilerinin ve fiziksel olarak sağlıklı olmanın yaşam doyumunu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (105).

Kronik hastalık açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam boyutu ve BYÖ toplamda anlamlı fark bulunamamışken sorunla mücadele etme boyutunda kronik hastalığı olmayanlar anlamlı olarak daha yüksektir. Bunun sebebi çalışmamıza katılan yaşlılarda kronik hastalık görülme yüzdesinin (%84) fazla olması olabilir. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve evine daha az maddi destek sağlamaktadır ve bazı engellerle karşı karşıya kalmaktadır (106). Dolayısıyla yaşlı bireyin sağlıklı yaşlanma davranışları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (107).

### **5.3. Araştırma grubunda BYÖ ve alt gruplarından, Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği'den, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi**

Yaş ile FBÖ ve MBÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında; anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. E ölçeğinde yaş anlamlıdır ve yaşla beraber puanlar azalmıştır. EGYA'da bulunan sonuçlar literatürle uyumludur. Yaşam kalitesi ölçeği ve yaş arasında anlamlı fark bulunamaması hastaların çoğunluğunun kronik hastalığı olmasından (%84) ve genç hastaların kronik hastalığa bağlı düşük puan almamasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde yaşla beraber yaşam kalitesinin azaldığı ile ilgili çalışmalar vardır. Yaş ile yaşam kalitesi ölçek puanları ilişkisi değerlendirildiğinde, yaş arttıkça tüm puanların azaldığını gösteren çalışmalar vardır (108). Avustralya'da yapılan bir çalışmada da yaşın artışıyla birlikte her iki cinsiyette de yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu gösterilmiştir (109). Kaya ve ark.'da Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığını belirtmişlerdir (110). Bizim çalışmamızda yaşın artması ile yaşam kalitesi arasında bir farklılık bulunamamıştır, bunun nedeni çalışmaya katılanların ASM'ye başvuran bireylerden seçilmiş olması neden olmuş olabilir. Bu dönemde artan sağlık sorunları, emeklilik sonrası gelirin düşmesi, rol ve statü kaybı, yalnızlık (çocukların evden ayrılması, eşin vefatı, anne babanın vefatı vb.), bilişsel becerilerin azalması, sosyal hayattan kopma, cinsel fonksiyonların azalması vb. hususlar yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (111; 112; 113; 114; 115). Bakar (2012) tarafından yapılan çalışmada da 65 yaş üzeri bireyler arasında kadın olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığın kötü algılanması ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (116).

Çalışmamızda cinsiyet ile FBÖ ve MBÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek cinsiyet anlamlı olarak daha iyidir. Çalışmamızda EGYA'da cinsiyet anlamlı değildir. Bunun nedeni katılımcıların ASM'ye kendiliğinden gelen bireylerden seçilmiş olması olabilir. Yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Örneğin, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde öncelikle istihdam ve eğitim alanında cinsiyet açısından büyük farklılıklar görülmektedir. Bu ülkelerde yaşayan ve çalışmayan, çalışmalarına izin verilmeyen, muhafazakâr, ataerkil ve geleneksel aile çevrelerinden gelen kadınlarda ücretsiz aile işçiliği (ev hanımlığı) yaygın olarak görülmekte, kadınların yaşam kaliteleri eşlerinin çalışma ve sosyal güvencelerine bağlı olmaktadır (116; 78). Çalışan kadınların ise tatmin edici bir iş-yaşam dengesi kurmada erkeklerden daha fazla zorlandıkları görülmektedir (116). Aynı zamanda bu ülkelerde yaşayan kadınlar arasında görülen düşük eğitim düzeyi; sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık alanında kadınlar aleyhinde bir farkın oluşmasını kolaylaştırmaktadır (112). Bunun yanı sıra toplumsal cinsiyet rolü olarak tanımlanan ve toplumların kadınlara yüklediği yemek pişirme, temizlik, çocuk ve diğer aile üyelerinin bakımı gibi farklı beklenti ve sorumluluklar (117; 118) kadınların yaşam kalitelerini erkeklere oranla oldukça aşağıya çekmektedir. Cinsiyet değişkeni açısından, subjektif yaşam kalitesi ölçümlerine bakıldığında ise çalışmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması nedeniyle farklı sonuçlar görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğunu (78; 119; 120; 121) bazı çalışmalar daha yüksek olduğunu (122), bazı çalışmalar ise cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır (123; 124).

Medeni durum ile FBÖ ve MBÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır, evliler bekarlara göre daha iyidirler. EGYA'da evliler anlamlı olarak daha iyilerdir. Dul veya boşanmış olmak yaşam kalitesini yalnızca cinsiyet açısından farklılaştırmamakta, yaş faktörü açısından da yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşlılar arasında yapılan bir çalışmada cinsiyet faktöründen bağımsız olarak dul veya bekar olmanın yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü ve bu sonucun

tamamen yaş faktöründen kaynaklanabileceği bildirilmiştir (125). Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair bir diğer durum, evli olma veya bir eş ile yaşama durumudur. Yapılan çalışmalar evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamanın yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (124; 126; 125). Bu durum, evliliğin veya eşle yaşamanın, bireye birincil ve sürekli bir sosyal destek sistemi oluşturmasından, ekonomik açıdan bireyi güçlendirmesinden (çift gelir) ve yalnızlık algısını ortadan kaldırmasından kaynaklanabilir.

Kiminle yaşıyorsunuz sorusu ile FBÖ ve MBÖ arasında anlamlı fark saptanmıştır. MBÖ'de eşile yaşayanlar yalnızlara göre anlamlı olarak daha iyidir. FBÖ'de eşile yaşayanlar diğere (anne, baba, kardeş, çocuk, bakıcı, vs) göre anlamlı olarak daha iyidirler. EGYA'da kimle yaşıyorsunuz sorusu anlamlı çıkmıştır. Eşile yaşayan ve yalnız yaşayanlar arasında anlamlı fark yoktur. Eşile yaşayanlar, eşi ve çoğu ile yaşayanlardan ve diğere (anne, baba, kardeş, çocuk, bakıcı vs.) göre anlamlı olarak daha iyilerdir. Yaşam kalitesi açısından önemli göstergelerden bir diğeri, bireyin sosyal çevresi ve çevresi ile olan ilişkisidir. Bu noktada aile son derece önem taşımaktadır. Bireyin "var olabileceği", "ait olabileceği" ve "kendini gerçekleştirebileceği" destekleyici bir aile çevresi, yaşam kalitesinin gelişmesinde son derece önemlidir (83; 127). Bu bağlamda yaşam kalitesi, sosyal kalite ile büyüyen/genişleyen bir kavramdır (83). Bir çalışmada da aile içi iletişimin kuvvetli olması ve ailede herkesin birbiri ile her şeyi açıkça konuşabilmesi aile yaşam kalitesi açısından önemli bulunmuştur (127).

Eğitim seviyesi ile MBÖ ve FBÖ arasında anlamlı fark saptanmıştır. MBÖ'de lise ve üniversite mezunları okuma-yazma bilmeyenlerden anlamlı olarak daha iyidirler. FBÖ'de üniversite mezunları ilkokul mezunlarından anlamlı olarak daha iyidirler. EGYA'da eğitim durumu açısından anlamlı fark yoktur.

Eğitim yaşam kalitesi üzerinde etkili olan en önemli göstergelerden biridir. Eğitim kişinin iş sahibi olması ile sahip olunan işin niteliği üzerinde ve kişisel

gelişimde etkilidir (128). Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek gelirli ve nitelikli işe, daha iyi sosyal olanaklara ve dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları; buna karşın eğitim düzeyi düşük olanların işsizlik, kötü çalışma koşulları, düşük ücret, ekonomik yoksunluk, sosyal olanaklardan yararlanamama, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı, yetersiz beslenme gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (128) Bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği saptanmıştır (78). Çalışmamızda eğitimle yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur, çalışmamız literatürle uyumludur.

Ekonomik durum ile MBÖ ve FBÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ekonomik durumda geliri giderinden az olanlar FBÖ ve MBÖ'de anlamlı olarak geliri giderine eşit olanlardan ve geliri giderinden fazla olanlardan daha kötüdür. EGYA'da ekonomik durum açısından bir fark yoktur. Yapılan çalışmalar gelirin; bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal sağlıkları, iş ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli gösterge olduğunu göstermektedir (78; 120; 77; 129). Yoksul bireylerin yaşam kalitelerinin yoksul olmayanlara göre daha düşük olduğu düşüncesi de kabul gören bir gerçekliktir (130). Zamanı, enerjisi, isteği düşük olan bir bireyin gelir durumu yüksek olsa bile yaşam kalitesi iyi olmayabilir (131). Kişinin gelirinden bağımsız olarak eğitim, sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yetersiz olması, genel suç oranının yüksek olması, kişi başına düşen yeşil alanın az olması, çevre kirliliği, trafik ve kalabalık gibi sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir (129; 131)

Engellilik durumu (görme, işitme, yürüme engeli) ile MBÖ arasında anlamlı ilişki yoktur. Engellilik durumu ile FBÖ arasında anlamlı ilişki vardır. Yürüme engelli olanlar engelli olmayanlara ve görme engelli olanlara göre FBÖ'de anlamlı olarak daha kötüdür. Engellilik ile EGYA arasında anlamlı bir ilişki vardır. Örnek grupları birebir değerlendirildiğinde farkı yaratan grup bulunamamıştır.



FBÖ ve MBÖ çocuk durumu açısından incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum başvuranların neredeyse çocuk sahibi olmasından kaynaklanıyor olabilir (%97). EGYA'da çocuk sahibi olmak anlamlı bulunmamıştır

Hastalık durumu açısından incelendiğinde FBÖ'de hastalığı olmayanlar anlamlı olarak iyi bulunmuşken MBÖ için hastalık anlamlı değildir. EGYA'da hastalık anlamlı bulunmamıştır.

#### **5.4. Yaşlıların yaşam kalitesinin Başarılı Yaşlanma Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda yaşam kalitesi ve BY arasında pozitif korelasyon çıkmıştır. Nitekim yaşlılara yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında Sağlıklı Yaşlanma Deklarasyonu'nda da, herkes için sağlık hedefleri listesinde "sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması" hedefi yer almıştır. Amaç, yaşamın her dönemindeki bireyler için sağlıklı yaşamı koruma ve sürdürme, sağlıklı olarak yaşanan yılları arttırma, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini güçlendirme, aktif ve üretici yaşlanma, BY olanaklarını arttırmaktır (97).

#### **5.5.Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri**

Bu araştırma, 60 yaş ve üstü bireylerin fiziksel, sosyal ve mental aktivitelerinin bilişsel işlevleri ile olan ilişkilerini saptamak amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın anket kullanarak yapılması hızlı tamamlanmasını ve yeterli sayıya ulaşmayı kolaylaştırmıştır. Araştırmanın yapıldığı yer itibarıyla katılımcıların çoğunun sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyleri orta-yüksek saptanmış olup ASM'ye kayıtlı ve yürüyerek gelebilen kişilerin hepsi sağlık erişimine ulaşabilmektedir. Bu durum anket puanlarının beklenenden yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Bu durum araştırmanın bir kısıtlılığı olarak karşımıza çıkmış olup düşük sosyoekonomik düzey ile BY arasındaki ilişki değerlendirilememiştir. Ayrıca çalışmamıza katılan bireylerde işsiz olan yoktur.

Bireylere ait olan verilerin kişilerin kendisinden alınması ve hatırlama faktörü nedeniyle verilerin eksik veya yetersiz olabilmesidir. Kayıt sistemlerinin bu tür araştırmaları destekleyecek şekilde hazırlanması ve kullanılması gerekliliği görölmektedir.



## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelecek yıllarda yaşlı yetişkinlerin nüfustaki payı önemli ölçüde artacaktır. BY'nin ve sosyal katılımı yüksek olan yaşlı bir nüfusun oluşturulması sürecinde, gönüllü kuruluşlara, yerel yönetimlere ve hükümetlere önemli görevler düşmektedir

Bireylerin başarılı yaşlanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, engel durumu) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Erkek yaşlıların başarılı yaşlanma düzeyleri daha iyidir. Kamu kurum ve kuruluşlarında yaşlı kadın bireylerin başarılı yaşlanmalarına yönelik çalışmalar artırılabilir.

Tüm yaşlı yaş gruplarında özellikle de gelecek nesil yaşlı yetişkinlerde eğitim seviyesi ne kadar yüksek olursa sağlıklı ve başarılı yaşlanma düzeyleri de o kadar yüksek olacaktır.

Düşük sosyoekonomik durum başarılı yaşlanma davranışlarında azalmaya sebep olmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip yaşlılara yapılan maddi yardımlar artırılabilir.

Engellilere yönelik merkezler artırılabilir, kamu kurum ve kuruluşlarında engellilere yönelik çalışmalar artırılabilir.

Belediye ve diğer kamu kurum kuruluşlarının rekreasyonel çalışmalarına aracılık edebilir. İlçe düzeyinde kurulacak olan "Yaşlı dostu Koordinasyon Merkezleri" yaşlı ve engelli bireylere yönelik sunulacak olan sağlık, sosyal ve bakım hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayıp, yaşlı ve yakınlarının bu hizmetlere erişimini kolaylaştıracaktır.

Aile hekimlerini yaşıllığa ilişkin sorunlara duyarlı kılabilmek amacıyla eğitimler sürdürülmeli ve aile sağlığı merkezi ya da ev ortamında kolay uygulanabilir ve isabet gücü yüksek olan maliyet etkin enstrümanlar geliştirilmelidir(Örn. Yaşlı Dostu ASM Enstrümanı).

Yerelde Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla düzenlenecek olan beceri eğitimleri ile bu konu geliştirilebilir ve toplum içinde handikaplı konumda olan yaşlı bireylere yönelik daha da olumlu bir tutum ve bakım geliştirilebilir.

Benzeri eğitimler aile sağlığı elemanları ve toplum sağlığı çalışanlarına da planlanmalıdır. Aile hekimlerinin yaşlı bireylere sunmuş oldukları sağlık hizmetlerini standardize etmek ve olanaklıysa kanıta dayalı hale getirmek amacıyla rehberler hazırlanması ve rehberlere göre hizmet verilmesi teşvik edilmelidir.

## VII. ÖZET

### 60 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE BAŞARILI YAŞLANMA İLE YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı 60 yaş üstü kişilerde başarılı yaşlanma ile yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel tanımlayıcı çalışmada Manisa İli Yunusemre İlçesi 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 60 yaş ve üzeri 258 kişiye birebir görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Bireylere sosyodemografik veri toplama anketi, başarılı yaşlanma ölçeği, Kısa Form SF-12 sağlık ölçeği, enstümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların başarılı yaşlanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, engel durumu) arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Medeni durum, yaşam ortamı, vücut kitle indeksi, çocuk sahibi olma, kronik hastalık varlığı ile başarılı yaşlanma düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

EGYA ve Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği değerleri ile Başarılı yaşlanma arasında anlamlı olarak pozitif korelasyon bulundu ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Altmış yaş ve üzeri kişilerin aktif yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmesi, bilişsel işlevlerin korunmasına bakım ihtiyaçlarının azalmasına yapacağı katkı nedeni ile birinci basamakta koruyucu hekimlik yaklaşımı açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Başarılı Yaşlanma, Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşlılık.

## VIII. İNGİLİZCE ÖZET

### EVALUATION OF LIFE QUALITY AND DAILY LIFE ACTIVITIES WITH SUCCESSFUL AGING IN PERSONS OVER 60 YEARS OLD

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between successful aging, quality of life and daily living activities in individuals over 60 years of age.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional descriptive study, a questionnaire was applied to 258 people aged 60 years and older who were registered in Yunusemre District 1 Family Health Center in Manisa. A questionnaire was applied to 258 people aged 60 and over in the Family Health Center. Socio-demographic data collection questionnaire, successful aging scale, Short Form SF-12 health scale, instrumental daily living activities scale were applied to individuals with face to face interview technique.

**Results:** There was a significant relationship between the successful aging and sociodemographic parameters (age, gender, education level, socioeconomic status, disability status) ( $p < 0.01$ ). No significant difference was found between marital status, living environment, having a child, chronic disease status and successful aging level ( $p > 0.05$ ). There was found a significant positive correlation between IADL and Sf-12 levels and successful aging ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Efficacy for social and mental activities may play an important role in increasing the level of successful aging. Guiding people over 60 years of age to active lifestyle changes, It is important in terms of preventive medicine approach in primary care because of its contribution to maintenance of cognitive functions and decrease in care needs.

**Key Words:** Successful Ageing, Quality of Life, Daily Living Activities, Elderly

## IX. KAYNAKLAR

1. <http://www.tuik.gov.tr/>.
2. <https://data.worldbank.org/>.
3. Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, 331, 1548–1551.
4. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
5. Bayraktar, R. Orta Yaş ve Yaşlılıkta Psiko - Sosyal Değişmeler. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma, Ankara: H.Ü Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, 2004: 99 -116.
6. Rowe, JW. ve Kahn, RL. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37: 433–440. .
7. Fredriksen-Goldsen, K.I., et al. (2015) Successful aging among LGBT older adults: physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist*, 55, 154–168. .
8. The World Health Organization Quality of Life Group (1998) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569–1585. .
9. Rennemark, M., Lindwall, M., Halling, A., & Berglund, J. (2009). Relationships between physical activity and perceived qualities of life in old age. Results of the SNAC study. *Aging & Mental Health*, 13(1), 1–8.

10. Resnick, B., et al. (2015) The impact of genetics on physical resilience and successful aging. *Journal of Aging and Health*, 27, 1084–1104. .
11. Paskulin, L., Vianna, L., & Molzahn, A. E. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56, 109–115.
12. Guti rreza M., Calatayudb P., Tom sb J., Motives to practice exercise in old age and successful aging: A latent class analysis, *Arch Gerontol Geriatr*. 2018 Jul - Aug;77:44-50.
13. Choi M., Lee M., Lee M. J., Jung D., Physical activity, quality of life and successful ageing among community-dwelling older adults, *International Council of Nurses*, Eylül 2017;64(3):396-404.
14. Lin P. S. , Hsieh C. C. , Cheng H. S., Tseng T. J., Su S. C., Association between Physical Fitness and Successful Aging in Taiwanese Older Adults *PLOS ONE*, 10 March 2016.
15. Gaudreau P., Morais J. A., Shatenstein B., Gray-Donald K., Khalil A., Dionne I., Ferland G., F l p T., Jacques D., Kergoat M. J., Tessier D., Wagner R., Payette H., Nutrition as a determinant of successful aging: description of the Quebec longitudinal study Nuage and results from cross-sectional pilot studies, *Rejuvenation Research*, Volume 10, Number 3, 2007.
16.  zsungur F., Hazer O., Başarılı Yaşlanma  l eği (BY ) Türkçe Versiyonu, *International Journal Of Education Technology and Scientific Researches*, 2017, 4, (184-206).
17. Özsungur F., Yaşlıların Teknoloji Kabul ve Kullanım Davranışlarının Başarılı Yaşlanma  zerindeki Etkilerinin Analizi : Adana İli  rneği 2018, Ankara.
18. ONUR B.,(1995), *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık,  l m*, Ankara:İmge Yayınevi.



19. Yaşlanma ve Yaşlılık, Kolektif, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2018.
20. Yaşlılık Sosyolojisi, Yazar:Kolektif, Editör:Harun Ceylan, Nobel Akademik Yayıncılık,2016.
21. DANIŞ,Z.,( 2009),Türkiye de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar,Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi SS. 20, ss.69-70.
22. Zastrow C., Social Problems Issues and Solutions, Chicago, nelson-Hall Publishers, 1991 .
23. OĞUZ M. Tarık,(2007),Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, ss.17 .
24. Yaşam Kalitesi Rehberi, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Ankara, 2000.
25. Sevil H. T. Yaşlıların Psikososyal Sorunları, yayınlanmamış doktora tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi 1984.
26. Emiroğlu V., Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Ankara, 1995.
27. AK, B.,( 1991)., Yaşlılık Psikolojisi, Aile ve Toplum Dergisi, SS,(1), ss. 2-3.
28. Arber s., Evandroğlu M., Ageing, Independence an the Life Course, UK, Jesica Kingsley Publishers, 1993.
29. DANIŞ, M.Z.,(2015), Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri, İstanbul: Nar Yayınevi.
30. ILGAR, L, ILGAR, Ş,(2007),Yaşlılık Dönemi ve Yaşlının Gelişim Görevleri, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, SS(7),ss.147-156.
31. Dülger, İ. (2012), “Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığın Değişen Görünümü, De-ğişen Politikaları ve Gelişen Aktif Yaşlanma Kavramı”, 18-24 Mart Yaşlılara

Saygı Haftası Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri, Ankara, ss. 37-49.

32. World Health Organization (2002), Active Ageing A Policy Framework, Non-communicable Diseases and Mental Health Cluster, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department.

33. Bowling A. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging Ment Health* 2008;12(3):293-301.

34. Ranzijn R. Active Aging-Another Way to Oppress Marginalized and Disadvantaged Elders? *J Health Psychol* 2010;15:716.

35. Active Ageing A Policy Framework. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMh\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMh_NPH_02.8.pdf)].

36. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J of Geriatr Psychiatry* 2006;14:1.

37. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. *Düşünen Adam* 2005;18(4):187-195.

38. İnal S, Subaşı F, Ay SM, Hayran O. The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research* 2007;7:30.

39. KOMŞU, U.C.,(2014), Yaşlılık, Yaşlı Nüfusun Sorunları Ve Yetişkin Eğitimi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, SS.1(2), ss. 370-389.

40. Baltes, P. B. ve Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. P. B. . Baltes ve M. Baltes (Ed.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (s. 1-35). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

41. Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R. ve Grotz, R. C. (1970). Progress in Development of The Index of ADL. *The Gerontologist*, 10 (1), 20-30.
42. Bowling, A. ve Gabriel, Z. (2004). An integrated model of quality of life in old-er age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of Life survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69 (1), 1-36. .
43. Diener, E., Sapyta, J.J. ve Suh, E. (1998). Subjective Well-Being is Essential to Well-Being. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 33-37. .
44. Ostrom, A.L., Bitner, M.J., Brown, S.W., Burkhard, K.A., Goul, M., Smith-Daniels, V., Demirhan, H. ve Rabinovich, E. (2010). Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for The Science of Service. *Journal of Service Research*, 13 (1), 4-36.
45. Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, 331, 1548–1551.
46. Pachana, N. A. ve Laidlaw, K. (2014). *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology*. United Kingdom: Oxford University Press.
47. Luo, M. ve Chui, E. W-t. (2016). An Alternative Discourse of Productive Ag-ing: A SelfRestrained Approach in Older Chinese People in Hong Kong. *Journal of Aging Studies*, 38, 27– 36.
48. Baltes, M. M. (1994). Aging Well and Institutional Living: A Paradox? R. P. Abeles, H. C. Gift ve M. G. Ory (Ed.). *Aging and quality of life* (s. 185–201). New York: Springer.
49. Curb, J. D., Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Korper, S. P., Deeg, D., Miles, T. ve White, L. (1990). Effective Aging: Meeting The Challenge of Growing Old-er. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 827–828.
50. Cabedo, S. ve Escuder-Mollon, P. (2013). *Improving Seniors' Quality of Life: A Toolkit to Evaluate Education for Elderly Learners*. Project Qedusen. Spain: Universitat Jaume I. Castellón.

51. Murphy, K. M. ve Topel, R. H. (2006). The Value of Health and Longevity. *Journal of Political Economy*, 114 (5), 871-904.
52. Åberg, A. C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K. ve Lithell, H. (2005). On Loss of Activity and Independence, Adaptation Improves Life Satisfaction In Old Age - . A Qualitative Study of Patients' Perceptions. *Quality of Life Research*, 14 (4), 1111-1125.
53. Donoghue, J., Graham, J., Gibbs, J., Lewis, S. M. ve Blay, N. (2003). Validating Components of a Fall Risk Assessment Instrument. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16, 21–28.
54. Doherty, T. J. (2003). Invited Review: Aging and Sarcopenia. *Journal of Applied Physiology*, 95, 1717-1727.
55. Guadalupe-Grau, A., Carnicero, J. A., Losa-Reyna, J., Tresguerres, J., Gómez-Cabrera, M. D. C., Castillo, C., Alfaro-Acha, A., Rosado-Artalejo, C., Rodriguez-Mañas, L. ve García-García, F. J. (2016). Endocrinology of Aging From a Muscle Function Point of View: Results From the Toledo Study for Healthy Aging. *JAMDA*, xxx, 1-6.
56. Wilkie R., Tajar A. ve McBeth J. (2013). The Onset of Widespread Musculo-skeletal Pain Is Associated with a Decrease in Healthy Ageing in Older People: A Population-Based Prospective Study. *Plos One*, 8 (3), 1-11.
57. Busse, E.W. ve Maddox, G.L. (1985). *The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging 1955-1980*. New York: Springer Publishing Company.
58. Diener, E., Oishi, S. ve Lucas, R.E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54 (4), 403-425. *International Journal on Aging and Human Development*, 56 (4), 269 – 306.
59. Hill, R. D. (2011). A Positive Aging Framework for Guiding Geropsychology Interventions. *Behavior Therapy*, 4, 66-77.

60. Hill, R.D. (2008). *Seven Strategies for Positive Aging*. New York: Norton & Company.
61. Bowling, A. P., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissing, A., Banister, D. ve Sutton, S. (2003). *Let's Ask Them: A National Survey of Definitions of Quality of Life and its Enhancement Among People Aged 65 and Over.* .
62. Hill, R.D. (2008). *Seven Strategies for Positive Aging*. New York: Norton & Company.
63. Hill, R.D. (2005). *Positive Aging: A Guide For Mental Health Professionals and Consumers*. New York: Norton & Company.
64. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish – A New Understanding of Happiness and Well-Being – and How to Achieve Them*. London: Nicholas Brealey Publishin.
65. Angle, H. L. ve Perry, J. L. (1981). An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 26, 1-14.
66. Slagle, C. (2011). *Psychometric Construction and Validation of a Measure of Positive Aging*, A Dissertation Submitted to The Faculty of The University of Utah in Partial Fulfillment of The Requirements for. The Degree of Doctor of Philosophy Department of Educational Psychology The University of Utah, UMI Dissertation Publishing, Salt Lake City, Utah.
67. Amerigo, M. ve Aragones, J. I. (1997). A Theoretical and Methodological Approach to The Study of Residential Satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 47–57.
68. Stroebe, W. (2000). *Mapping social psychology series. Social psychology and health* (2. bs.). Maidenhead, BRK, England: Open University Press.

69. Arber, S. (2004). Gender, Marital Status, and Ageing: Linking Material, Health, and Social Resources. *Journal of Aging Studies*, 18, 91–108.
70. Luo, M. ve Chui, E. W-t. (2016). An Alternative Discourse of Productive Ag-ing: A SelfRestrained Approach in Older Chinese People in Hong Kong. *Journal of Aging Studies*, 38, 27– 36.
71. Curb, J. D., Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Korper, S. P., Deeg, D., Miles, T. ve White, L. (1990). Effective Aging: Meeting The Challenge of Growing Old-er. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 827–828.
72. Rowe, J.W. ve Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books. .
73. Edisan, Z. ve Kadioğlu, F. (2013). “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönem-deki Öncüleri”, *Lokman Hekim Journal*, 3(3), 1-4.
74. Aksungur, A. (2009). “Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi”, . Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
75. Bilir, N., Özcebe, H., Vazioğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T. G. (2005). “Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25, 663-668.
76. Top, M. Ş., Özden, S. Y. ve Sevim, M. E. (2003). “Psikiyatride Yaşam Kalitesi”, *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.
77. Aydın Boylu, A. ve Öztop, H. (2013). “Tek Ebeveynli Aileler: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Sosyo Ekonomi Dergisi*, 1, 207-220.

78. Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). "Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
79. Malkina-Pykh, I. G. (2001). *Rhythmic Movement Psychotherapy*, St Petersburg: INENCO Center of RAS.
80. Veenhoven, R. (1996). "Developments in Satisfaction Research", *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
81. Kaya, P., İpekçi Çetin, E. ve Kuruüzüm, A. (2011). "Çok Kriterli Karar Verme ile Avrupa Birliği ve Aday Ülkelerin Yaşam Kalitesinin Analizi", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, 13, 80-94.
82. Demirkaya, Y. (2010). *Çekmeköy'ün Sosyo-Ekonomik Yapısı ve Kentsel Yaşam Kalitesi*, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını.
83. Özmete, E. (2010). "Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
84. Tüzün, E. H. ve Eker, L. (2003). "Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(2), 3-8.
85. Gössweiner, V., Pfeiffer, C. ve Richter, R. (2001). *Quality of Life and Social Quality*, Working Paper 12, Austrian Institute for Family Studies.
86. Kozar-Westman, M., Troutman-Jordan, M. & Nies, M.A. (2013) Successful aging among assisted living community older adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, 238–246. .
87. Glass, T.A. (2003) Assessing the success of successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139, 382–383.

88. Ziolkowski, A., Błachnio, A. & Pa zchalska, M. (2015) An evaluation of life satisfaction and health - Quality of life of senior citizens. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22, 147–151.
89. Yaman H., Yaşlıya Yönelik Politikalar ve Aile Hekimliği, *pnrdergi cilt:9, sayı :97*, 2014.
90. Moody, H. R. (2005). *From Successful Aging to Conscious Aging*. M. Wykle, P. Whitehouse, ve D. Morris (Ed.). *Successful Aging Through The Life Span: Intergenerational Issues in Health* (s. 55– 68). New York: Springer. .
91. Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür, S., Memiş, A. & Vural, N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozuk-luklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. . *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4): 133-140.
92. Ayrancı, Ü., Köşgeroğlu, N., Yenilmez, Ç. & Aksoy, F., (2005). Eskişehir de yaşlıların sosyo ekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(5): 113.
93. Özmete, E. (2008). Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 10(4): 1-14.
94. Softa, H.K. (2014). *Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli Geliştirme*, İstanbul Bi-lim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Prog-ramı, İstanbul.
95. Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve Depresyon-I tanı ve değerlendirme. *Geriatrici*, 2(2): 76-82.
96. Bektaş, E. (2008). *Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalite-si*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Te-zi, Bursa.



97. Polat Ü, Bayraktar Kahraman B, Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Fırat Tıp Dergisi 2013; 18(4): 213-218.
98. Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G.G. & Çınar, Ş. (2004). Hu-zurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7(1): 45-50.
99. Benise, M., Woa, J., Bowling, A., Wong, F. & Chaua, P.H. (2011). Health care prioritization in ageing societies: Influence of age, education, health literacy and culture. Health Policy, 100: 219-233.
100. Moore, S.L. & Schow, E. (2006). The quest for meaning in aging. Geriatric Nursing, 27(5): 293-299.
101. Ho, H.K., Matsubayashi, K., Wada, T., Kimura, M., Yano, S., Otsuka, K., vd. (2003). What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. Geriatrics and Gerontology International, 3: 79-8.
102. Akalın, E., Tanrıöver, MD. & Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. Yayın No: TÜ-SİAD-T/2012-06/529.
103. Buz, S. & Beydili, E. (2015). Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(37): 557- 570.
104. Kurt ç. 60 Yaş üstü bireylerde huzurevinde yaşamanın yaşlanma tutumu ve yaşam kalitesine etkisi [TezJ. Edirne; Tırakya Üniversitesi, 2018. 41 s.
105. Kılıçoğlu A. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etken-ler ile İlişkisi. Düşünen Adam Derg 2005;18(4):187-195.
106. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu Acar S, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A, Ertekin Ö. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede

yaşayan 65 yaş üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. . 2008, Turkish J Geriatrics ve 12-7., 11(1):.

107. Güven, S. ve Şener, A. (2010). "Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age", Turkish Journal of Geriatrics, 14(2), 179-186.

108. Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Ba-kışı, Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Erişim tarihi: 21 Kasım 2014, .

109. Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N. ve Cavlak, U. (2009). "Evde Yaşayan Yaş-lılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Yaşlı Sorunları Araş-tırma Dergisi, (1), 48-60.

110. Bektaş, E. (2008). "Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kali-tesi", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa.

111. Paskulin, G L., Molzahn, A. (2007). "Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil", Western Journal Nursing Research, 29(1), 10-29.

112. AREM, (2007). Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye'de Yaşam Kalitesi, İçişleri Bakanlığı Araştırma ve Etütler Merkezi (AREM). Erişim tarihi: 21 Kasım 2014.

113. Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N. and Mercier, M. (2003). "Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey", Health Quality Life, 1, 1-14.

114. Saphiro, S. (1998). "Places and Spaces: The Historical Interaction of Technology, Home and Privacy", The Information Society, 14, 275-284.

115. Vural, Ö., Eler, S. ve Atalay Güzel, N. (2010). "Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi", Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bi-limleri Dergisi, 8(2), 69-75.

116. Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). "Sosyoekonomik Eğitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi Hem-şirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4), 145-154.
117. Castillion, P. G., Sendio, A. R., Baneges, J. R., Garcia, E.L., Rodriquez-Artalejo, F. (2005). "Differences in Quality of Life Women and Men in the Older Population of Spain", Social Science & Medicine, 60, 1229-1240.
118. Gülmez, H. (2013). "Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 7(4), 74-82.
119. Ergen, A., Tanrıverdi, O., Kumbasar, A., Arslan, E. ve Atmaca, D. (2011). "Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma", Haseki Tıp Bülteni, 49, 14-19.
120. Avcı, K. ve Pala, K. (2004). "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 30(2), 81- 85.
121. Baydur, H. (2001). "Soma Elektrik Üretim ve Ticaret Anonim şirketi Tesislerinde Çalışan İşçilerde Bazı Sosyodemografik Faktörlerle Yaşam Kalitesinin İlişkisi", Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
122. Perim, A. (2007). "Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastane-si'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi", Trakya Üni-versitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi,. Trakya.
123. Hollar, D. (2003). "A Holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life", Public Administration Review, 63(1), 90-99.
124. European Foundation for the Improvemnt of Living and Working Conditions (2004). Quality of Life in Europe: an Illustrative Report, Dublin.

125. Habitat International, 30, 1100-1114. Kowaltowski, D. C. C. K., Gomes da Silva, V., Pina, S. A. M. G., Labaki, L. C., Ruschel, R. C., Moreira, D. C. (2006). "Quality of Life and Sustainability Issues as Seen by the Population of Low-Income Housing in the Region of Campinas, Brazil",.
126. Cılga, İ. (1994). Gençlik ve Yaşam Niteliği, Ankara: T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Basımevi.
127. Demirkıran, S. (2012). "Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları", Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
128. Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everyting, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.
129. Schulz, R. ve Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. American Psychologist, 51, 702-714.
130. Aksayan, S., Yıldız, A., Ergün, A. "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri", Cimete, G. (Ed.), I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Ki-tabı, 1998: 301-303.
131. Özsungur F., Hazer O., Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe Versiyonu, International Journal Of Education Technology and Scien-tific Researches, 2017, 4, (184-206).

# X. EKLER

## Ek-1 Etik Kurul Raporu

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	01 / 08 / 2018 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	60 yaş üstü kişilerde başarılı yaşlanma ile yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN - MCBÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Araştırma Görevlisi Dr. Ahmed Faruk Yoldaş,-				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS - DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	26 / 07 / 2018 / Tarih ve 34928 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÖNGÖR TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
<p>- 10 -</p> <p>Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

## EK 2. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 76379986-604.02  
Konu : Ahmed Faruk YOLDAŞ/  
Araştırma İzni

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ahmed Faruk YOLDAŞ'ın 10/08/2018 tarihli dilekçesi.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olan Dr. Ahmed Faruk YOLDAŞ'ın, aynı anabilim dalında öğretim üyesi olan Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÖZCAN danışmanlığında "60 Yaş Üstü Kişilerde Başarılı Yaşlanma İle Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırmayı Yunusemre 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütmek için izin talebi ve tarafımıza iletilen başvuru formları, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, araştırmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.

01/09/2018 - 01/01/2019 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı ve 15/03/2019 tarihinde tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)' nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin, çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- ASM' ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması,
- Kişisel verilerin ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek ve bilgi güvenliğinin sağlanarak yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,

Eğitim ve AR-GE Birimi  
Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No:58  
Şehzadeler/MANİSA  
Faks No:0 (236) 2316530  
e-Posta: hihalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY

Unvan: DİYETİSYEN

Telefon No: 0 (236) 239 16 19-1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bafc400b-d0e6-4e09-ae64-a54c3df015b7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

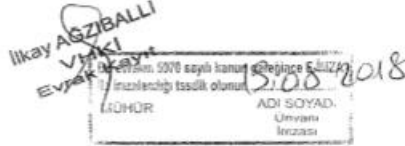
Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Mustafa TOKMAK  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanı

Ek:  
Ahmed Faruk YOLDAŞ Araştırma Başvuru Formu (16 sayfa)

Dağıtım:  
Sayın Dr. Ahmed Faruk YOLDAŞ (Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı Uncubozköy Kampüsü Yunusemre/MANİSA)  
Yunusemre İlçe Sağlık Müdürlüğü  
Yunusemre 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi



Eğitim ve AR-GE Birimi  
Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No:58  
Şehzadeler/MANİSA  
Faks No:0 (236) 2316530  
e-Posta: hilalahren.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY  
Unvan: DIYETİSYEN  
Telefon No: 0 (236) 239 16 19-1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bafı-400b-d0e6-4e09-ae64-a54c3df015b7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 3. Sosyodemografik Anket Formu

Bireyin Ad Soyad Baş Harleri.....

Cinsiyet: Kadın Erkek: Doğum Tarihi (yıl):.....

### 1.Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil İlkokul terk İlkokul Ortaçğretim Lise Üniversite

### 2.Medeni durumunuz:

Hiç Evlenmemiş Evli Dul Boşanmış

### 3. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız Eşi Eşi ve çocuklarıyla Diğer.....

### 4.Kaç çocuğunuz var? .....

### 5.Mesleğiniz:.....

### 6. Ekonomik durumunuz nedir?

Geliri giderine eşit Geliri giderinden az Geliri giderinden fazla

### 7. Herhangi bir engeliniz var mı?

Yok Görme engeli İşitme engeli Yürüme engeli

### 8.Şu an devam eden ek kronik hastalıklarınız nelerdir? Yok:.....

Hipertansiyon Akciğer hastalığı Kalp Şeker

Parkinson Kanser depresyon epilepsi

Kireçlenme(artrit) Kemik erimesi (osteoporoz)



## EK 4. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ)

### Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ)

Aşağıda bireyin kendi yaşlılığını nasıl hissettiğini değerlendiren ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve her bir ifadenin sizin için ne kadar geçerli olduğunu 7 puanlık ölçeği kullanarak belirtiniz.

Kesinlikle katılıyorum	= 7
Katılıyorum	= 6
Kısmen katılıyorum	= 5
Kararsızım	= 4
Kısmen katılmıyorum	= 3
Katılmıyorum	= 2
Kesinlikle katılmıyorum	= 1

(Not: Kararsızım seçeneğini mümkün olduğunca az kullanmaya çalışınız)

### Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ)

Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Madde 1: İşler eskiden olduğu gibi gitmediğinde, aynı sonuca ulaşana kadar başka yollar denemeye devam ederim							
Madde 2: Zor zamanlarda durumun üstesinden gelmek için metanetli olmaya gayret gösteririm							
Madde 3: Üretken faaliyetler sayesinde yaşama aktif olarak bağlıyım							
Madde 4: Mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmak için çalışıyorum							
Madde 5: Hastalık ve sakatlıklardan uzak kalmak için elimden geleni yapıyorum							
Madde 6: Yaşlandıkça bedenimi ve zihnimi iyi bir şekilde korumaya çalışıyorum							
Madde 7: Düzenli sosyal ilişkiler sayesinde yaşama aktif şekilde bağlıyım							
Madde 8: Benim için önemli olan hedeflere ulaşmak için her türlü çabaya gösteriyorum							
Madde 9: Yoluma ne çıkarsa çıksun, baş edebilirim							
Madde 10: Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını kazanmak için çalışıyorum							

BYÖ sağlıklı yaşam biçimi (3 madde) ve Sorunlarla Mücadele Etme (7 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 10 sorudan oluşmaktadır.

## EK 5. Kısa Form SF-12 Sağlık Ölçeği

### Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği (Türkçe SF-12)

Bu ölçekte sağlığınıza ilgili görüşleriniz sorulacaktır. Bu bilgiler, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük etkinliklerinizi nasıl yaptığınız konusunda size bilgi sağlayacaktır. Lütfen aşağıdaki soruların tümünü yanıtlamaya çalışınız. Yanıtınızdan emin değilseniz, size en yakın olan şıkki işaretleyiniz. Teşekkürler!

1. Genelde, sağlığınıza:

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

2. Aşağıdaki sorular, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır.

Bu etkinlikleri yaparken sağlığınıza, sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. <u>Orta düzeydeki etkinlikler sırasında</u> , örneğin, masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, spor yaparken sağlığınıza sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <u>Merdiven basamaklarını</u> çıkarken sağlığınıza sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak işiniz ya da günlük etkinlikleriniz sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. <u>Beklenenden daha az iş yaptığınız</u> oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında <u>kısıtlandığınız</u> oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Son 4 haftada, depresif ya da anksiyeteli hissetmek gibi duygusal sorunlar sonucunda işiniz ya da günlük etkinlikler sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. <u>Beklenenden daha az iş yaptığınız</u> oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında <u>her zamanki kadar dikkatli olamadığınız</u> oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Son 4 haftada, evde ve iş yerinizde ağrı ne ölçüde işlerinizi yapmanıza engel oldu?
- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hiç olmadı            | Hafif derecede        | Orta derecede         | Oldukça fazla         | Aşırı derecede        |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
6. Aşağıdaki sorular son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.
- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi...
- |                                  | Her zaman             | Çoğu zaman            | Ara sıra              | Bazen                 | Çok az bir zaman      | Hiç bir zaman         |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) sakin ve huzurlu hissettiniz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) enerji dolu hissettiniz?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) çökkün hissettiniz?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
7. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş ya da akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi hangi sıklıkla engelledi?
- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Her zaman             | Çoğu zaman            | Bazen                 | Çok az bir zaman      | Hiç bir zaman         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Copyright © Ware JE, Kosinsky M, Keller SD. A 12-Item Short-form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of reliability and Validity. Med Care 1996; 34:220-33.  
Türkçe Versiyon Samet Köse, 2006

## EK 6. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

### Lawton & Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hastaya en çok uyan yanıtı işaretleyin. Formu hastanın kendisinden, yakınlarından ya da hastaya ait yakın tarihli kayıtlardan yararlanarak doldurabilirsiniz.

Telefonu kullanabilme;

- A**
- 1 Telefonu rahatlıkla kullanabilir
  - 2 Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir
  - 3 Telefona cevap verir, ancak arayamaz
  - 4 Telefonu hiç kullanamaz

Çamaşır;

- E**
- 1 Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar
  - 2 Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir
  - 3 Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır

Alışveriş;

- B**
- 1 Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar
  - 2 Küçük alışverişlerini kendisi yapar
  - 3 Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar
  - 4 Alışveriş yapamaz

Yolculuk;

- F**
- 1 Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır
  - 2 Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz
  - 3 Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir
  - 4 Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır
  - 5 Yolculuk yapamaz

Yemek hazırlama;

- C**
- 1 Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir
  - 2 Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir
  - 3 Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz
  - 4 Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyaç vardır

İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu;

- G**
- 1 İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir
  - 2 İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanmış düzenli kullanabilir
  - 3 İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz

Ev temizliği;

- D**
- 1 Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir
  - 2 Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir
  - 3 Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz
  - 4 Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir

Mali işler;

- H**
- 1 Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir
  - 2 Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.
  - 3 Mali işlerini takip edemez

Lawton MF, Brody EM Geriatrics. 1969;5(3): 319-326.

Skorlama: Hasta her A-H arasındaki sorulardan; bir harf için 1 puan ile puanlandırılır. Skor aralığı 0-8'dir. Düşük skor daha fazla bağımlılık anlamına gelir.

**Toplam Puan (0-8):** \_\_\_\_\_