



T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

GENEL SEKRETERLİĞİ

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**YAŞLI HASTALARDA AKTİF BOŞ ZAMAN KULLANIMININ
BİYOPSİKOSOSYAL SAĞLIĞA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Dr. ESİN DOĞRU

ANKARA, 2017



T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

GENEL SEKRETERLİĞİ

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**YAŞLI HASTALARDA AKTİF BOŞ ZAMAN KULLANIMININ
BİYOPSİKOSOSYAL SAĞLIĞA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

DR. ESİN DOĞRU

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. KAMİLE SILAY

ANKARA, 2017

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgi, hoşgörü ve engin deneyimleri ile her zaman desteğini gördüğüm ve mesleki gelişimime çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU'ya ve Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Yoğun çalışma temposuna rağmen bana danışmanlık yapmayı kabul ederek, tez konumun belirlenmesinde ve çalışmalarım boyunca desteğini hiç eksik etmeyen, çalışmanın ilk aşamasından son aşamasına kadar ki bütün süreçte tüm samimiyetiyle yanımda olan, emeğini ve vaktini esirgemeyen tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Kamile SILAY'a,

Uzmanlık eğitimim süresince destek ve katkılarından dolayı Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY'a, Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a, Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e ve Yrd. Doç. Dr. B. Furkan DAĞCIOĞLU'na,

Ömür boyu sıcak dostlukları ile hep yanımda olacaklarını bildiğim ve her zaman dostluklarından gurur duyacağım, asistanlığım boyunca bana verdikleri desteği minnetle hatırlayacağım Dr. Gufran ACAR'a, Dr. Fadime HATUNOĞLU'na ve Aile Hekimliği Kliniği'nin tüm araştırma görevlilerine,

Büyük emek ve özveriyle beni bugünlere getiren, hiçbir zaman hakkını ödeyemeyeceğim canım annem Ayfer ÖZTÜRK'e ve canım babam Kayhan ÖZTÜRK'e; tanıştığım ilk günden beri sıcacık sevgilerini esirgemeyen kayınvalidem İkbal DOĞRU'ya ve kayınpederim Sadullah DOĞRU'ya,

Tez aşamasında ve acı-tatlı günlerimde beni biran olsun yalnız bırakmayan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mehmet Emre DOĞRU'ya

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esin DOĞRU

Ankara, 2017

ÖZET

Giriş ve amaç: Giderek yaşlanan toplumumuzda yaşlı sağlığı önemi artan bir halk sağlığı konusudur. Yaşlı nüfusun sağlıklı olmasını etkileyen faktörlerin araştırılması bu anlamda önemlidir. Bu çalışmada boş zamanların aktif değerlendirilmesi ile hastaların sağlık durumları arasındaki ilişki biyolojik, psikolojik ve sosyal yaklaşımla değerlendirilmiştir.

Gereç ve yöntemler: Çalışma, 1 Ekim 2016 ve 1 Kasım 2016 tarihleri arasında TC Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Polikliniklerine başvuran 65 yaş üzeri yaşlılar ile gönüllülük esas alınarak, yüz yüze anket çalışması şeklinde yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 34'ü kadın 37'si erkek toplam 71 birey katılmıştır. 65-70 yaş grubu ve 71-75 yaş gurubu rekreasyonel boş zaman aktivite skorları, 76 üstü yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınların rekreasyonel boş zaman aktivite skorları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Büyükşehirde yaşayanların dini boş zaman aktivite skorları, kasaba-köylerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Evlilerin ve bekârların sosyal boş zaman aktivite skorları, dullara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yalnız yaşayanların, eşiyile yaşayanlar ve bakıcılarıyla yaşayanlara göre rekreasyonel boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşlıların eğitim durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında entelektüel ve sosyal alanda anlamlı farklılık bulunmuştur. Okur-yazar olmayanların entelektüel boş zaman aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yine ilkokul mezunlarının entelektüel boş zaman aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Okur-yazar olmayanların sosyal boş zaman, aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. İlkokul mezunlarının sosyal boş zaman aktivite skorları, lise ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Maaşlı olanların, maaşlı olmayanlara göre rekreasyonel boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Komşusuyla-arkadaşıyla her gün görüşenlerin, haftada birkaç kez ya da ayda birkaç kez görüşenlere göre sosyal boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Uykusuzluk çekenlerin rekreasyonel boş zaman aktivite skorları uykusuzluk çekmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesine göre; duyuşal fonksiyonlar alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özerklik alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri alt alanıyla entelektüel, sosyal ve rekreasyonel boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölüm ve ölmek alt alanıyla entelektüel boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yakınlık alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Demans olmayanların entelektüel ve sosyal boş zaman aktivite skorları demans olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyonu olmayanların sosyal boş zaman aktivite skorları depresyonda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Yaşlı popülasyonda boş zamanların aktif değeriendirilmesi hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sağlıklarını ve yaşam kalitelerini doğrudan ve dolaylı olarak olumlu etkilemektedir. Bu nedenle yaşlı sağlığına yönelik yapılacak sağlık politikalarında onların yaşama aktif katılımlarının teşvik edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Boş Zaman Aktiviteleri, Biyopsikososyal Yaklaşım, Geriatrik Sendromlar

ABSTRACT

Introduction and Purpose: In our increasingly aging society, elder health is becoming more important subject of public health. Because of this; it is important to investigate factors which are affecting to be healthy of elder population. In this study; relation between actively using of idle times and health status of elder patients is evaluated by biological, psychological and social approach.

Material and Methods: In this study, a face-to-face survey was conducted on the basis of volunteerism with the elder people who applied to TC Ankara Yıldırım Beyazıt University Atatürk Education and Research Hospital Geriatrics Department and who are older than 65 years.

Results: 34 women and 37 men, in total 71 individuals participated in the study. Recreational idle time activity scores of patients whose age range of 65-70 and whose age range of 71-75 are found statistically significantly higher than patients' whose age range of 76 and older. Women's recreational idle time activity scores are found statistically significantly higher than men's. Religious idle time activity scores of patients who live in metropolitan cities are found statistically significantly lower than patients' who live in small villages or towns. Social idle time activity scores of married and single patients are found statistically significantly higher than widows'. Recreational idle time activity scores of patients who live alone are found statistically significantly higher than patients' who live with their couple or their caretaker. It is found a significant difference at intellectual and social area on the idle time activities comparison of the elder people's according to their educational level. Intellectual idle time activity scores of patients who doesn't know how to read and write are found statistically significantly lower than patients' who are graduated from high school or college. Similar to this; intellectual idle time activity scores of patients who are graduated from primary school are found statistically significantly lower than patients' who are graduated from high school or college. Social idle time activity scores of patients who doesn't know how to read and write are found statistically significantly lower than patients' who are graduated from high school or college. Similar to this; social idle time activity scores of patients who are graduated from primary school are found statistically significantly lower than patients' who are graduated from high school

or college. Recreational idle time activity scores of patients who have salary are found statistically significantly lower than patients' who doesn't have salary. Social idle time activity scores of patients who meets their neighbors or friends every day are found statistically significantly higher than patients' who meets their neighbors or friends once per week or once per month. Recreational idle time activity scores of patients who have problems with sleeping are found statistically significantly lower than patients' who don't have any problem with sleep. According to life quality; it is found a significant relation between the results of the participation of social idle time activities and the sensual functions sub area. It is found a significant relation between the results of the participation of social idle time activities and the autonomy sub area. It is found a significant relation between the results of the participation of intellectual, social and recreational idle time activities and the past, today, future activities sub area. It is found a significant relation between the results of the participation of intellectual idle time activities and death and to die sub area. It is found a significant relation between the results of the participation of social idle time activities and relationship sub area. Intellectual and social idle time activity scores of patients who don't have dementia are found statistically significantly higher than patients' who have dementia. Social idle time activity scores of patients who don't have depression are found statistically significantly higher than patients' who have depression.

Conclusion: Actively usage of idle time at elder population is directly and indirectly affecting patients' health and life quality biologically, psychologically and socially in a positive manner. Therefore; encouraging elder people to participate into life is important at future health politics which will be created for elder health.

Keywords: Elder, Idle Time Activities, Biopsychosocial Approach, Syndromes of Geriatrics

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	15
2. GENEL BİLGİLER.....	16
2.1. YAŞLANMA VE YAŞLILIKTA MEYDANA GELEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	17
2.2. SOLUNUM SİSTEMİ	17
2.3. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM	18
2.4. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM.....	19
2.5. NÖROLOJİK SİSTEM	20
2.6. KAS İSKELET SİSTEMİ.....	20
2.7. DUYUSAL FONKSİYONLAR	20
2.8. YAŞLANMADA UYKU DEĞİŞİKLİKLERİ	21
2.9. PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	21
2.10. METABOLİK DEĞİŞİKLİKLER	21
2.11. YAŞLANMA VE KOGNİTİF FONKSİYONLAR	21
2.13. NORMAL YAŞLANMA SÜRECİ İLE BİRLİKTE ORTAYA ÇIKAN TİPİK PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	25
2.14. YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ:.....	26
2.15. YAŞLILARDA BOŞ ZAMANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	27

2.16. AKTİF YAŞLANMA VE BİYOPSİKOSOSYAL MODEL	31
3. MATERYAL VE METOD.....	33
3.1. AMAÇ	33
3.2. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI YER	33
3.3. ÇALIŞMA SÜRESİ	33
3.4. KATILIMCILAR	33
3.5. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI.....	34
3.5.1. Boş Zaman Aktivitelerinin Değerlendirilmesi.....	34
3.5.2. Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi	35
3.5.3. Depresif Semptomların Değerlendirilmesi	36
3.5.4. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	36
3.5.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	37
3.5.6 Mini Nutrisyonel Test (MNT):	37
3.5.7 Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi Charlson Komorbidite Testi:	38
3.6. İstatistiksel Analiz.....	39
4. BULGULAR	40
4.1. YAŞLILARIN TANIMLAYICI BİLGİLERİ	40
4.2. YAŞLILARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ (GYA) VE ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE (EGYA) İLİŞKİN BULGULARI.....	42
4.3. YAŞLILARIN MİNİ MENTAL DURUM DEĞERLENDİRME TESTİ (MMSE), MİNİ NUTRİTİONAL ASSESSMENT (MNA) TESTİ, GERİATRİK DEPRESYON SKALASI (GDS) VE CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ'NE İLİŞKİN BULGULARI.....	43
4.4. YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULARI.....	44
4.5. YAŞLILARIN BOŞ ZAMAN AKTİVİTESİNE İLİŞKİN BULGULARI.....	45
4.6. BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	45
4.6.1. Yaş Gruplarına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	45
4.6.2. Cinsiyete Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	46

4.6.3. Yaşadığı Ortama Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	47
4.6.4. Sosyal Güvenceye Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	47
4.6.5. Medeni Duruma Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	48
4.6.6. Sigara Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	48
4.6.7. Alkol Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	49
4.6.8. Yaşam Düzenine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	49
4.6.9. Kaldığı Eve Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	50
4.6.10. Eğitim Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	50
4.6.11. Çalışma Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	51
4.6.12. Gelir Düzeyine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	52
4.6.13. Mali Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	52
4.6.14. Ailesiyle Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	53
4.6.15. Komşusuyla-Arkadaşıyla Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	53
4.6.16. Yürüme Yardımcısı Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	54
4.6.17. Gözlük Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	55
4.6.18. Kendine Yardım Aleti Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	55
4.6.19. Düşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	56
4.6.20. Uykusuzluk Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	56
4.6.21. İdrar İnkontinansına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması....	57
4.6.22. Yaşadığı Yere Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	57
4.6.23. İlaç Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	58
4.7. YAŞAM KALİTESİ, EGYA, MMSE, MNA, GDS VE CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ İLE BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	58
4.7.1. Yaşam Kalitesi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	58

4.7.2. EGYA'daki Bağımsızlık Düzeyi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	59
4.7.3. Demans Durumu (MMSE) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	60
4.7.4. Beslenme Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	60
4.7.5. Depresyon Durumu (GDS) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61
4.7.6. Charlson Komorbidite İndeksi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ.....	77
7. KAYNAKLAR	80
8. ÖZGEÇMİŞ.....	85
9. EKLER.....	86

KISALTMALAR

AIDS: AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGYA: Enstürmental Günlük Yaşam Aktiviteleri

FEV₁: Zorlu Ekspiratuar Volüm

FVC: Zorlu Vital Kapasite

GDS: Geriatrik Depresyon Skalası

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

KYA: Kendine Yardım Aleti

MMSE: Mini Mental Standardize Test

MNA: Mini Nutritional Assesment

MNT: Mini Nutrisyonel Test

Ort. :Ortalama

p: İstatistiksel Yanılma Düzeyi

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

\bar{x} : Değişken Değerlerin Ortalaması

\square : Değişken Değerlerin Ortalaması

(WHOQOL-OLD):Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda yaşam kalitesi formu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1: Yaşlıların Yaş, Yaşadığı Ortam, Sosyal Güvence ve Medeni Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular	40
Tablo 4.1.2: Yaşlıların Sigara ve Alkol Kullanımı, Yaşadığı Yer, Yaşam Düzeni, Kaldığı Ev, Ailesi ve Komşusuyla Görüşmelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	40
Tablo 4.1.3: Yaşlıların Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi ve Mali Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular	41
Tablo 4.1.4: Yaşlıların Kullandığı İlaçlar, Yürüme Yardımcısı, Gözlük, İşitme Cihazı ve Kendine Yardım Aleti Kullanmasına Ait Tanımlayıcı Bulgular	42
Tablo 4.2.1: Yaşlıların GYA ve EGYA ya İlişkin Bulguları	43
Tablo 4.3.1: Yaşlıların Demans, Nutrisyon, Depresyon ve Komorbidite İndekslerine İlişkin Bulguları	44
Tablo 4.4.1: Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları	45
Tablo 4.5.1: Yaşlıların Boş Zaman Aktivitelerine İlişkin Bulguları	45
Tablo 4.6.1. Yaş Gruplarına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 4.6.2. Cinsiyete Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6.3. Yaşadığı Ortama Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.6.4. Sosyal Güvenceye Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.6.5. Medeni Duruma Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	48

Tablo 4.6.6. Sigara Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 4.6.7. Alkol Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.6.8. Yaşam Düzenine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.6.9. Kaldığı Eve Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6.10. Eğitim Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6.11. Çalışma Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 4.6.12. Gelir Düzeyine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 4.6.13. Mali Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 4.6.14. Ailesiyle Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 4.6.15. Komşusuyla-Arkadaşıyla Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6.16. Yürüme Yardımcısı Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6.17. Gözlük Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 4.6.18. Kendine Yardım Aleti Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	55

Tablo 4.6.19. Düşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	56
Tablo 4.6.20. Uykusuzluk Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Kıyaslanması.....	56
Tablo 4.6.21. İdrar İnkontinansına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	57
Tablo 4.6.22. Yaşadığı Yere Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	57
Tablo 4.6.23. İlaç Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 4.7.1. Yaşam Kalitesi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	59
Tablo 4.7.2. EGYA'daki Bağımsızlık Düzeyi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	59
Tablo 4.7.3. Demans Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	60
Tablo 4.7.4. Beslenme Durumu (MNA) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61
Tablo 4.7.5 Depresyon Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	61
Tablo 4.7.6. Charlson Komorbidite İndeksi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2. : Lawton'a Göre Bağımlılık ve Bağımsızlık Frekansları.....	43
Şekil 4.3. : Yaşlıların Nutrisyona İlişkin Bulguları	44



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından çevresel faktörlere uyum sağlayabilme kabiliyetinde azalma olarak tanımlanmıştır. Yaşlılık dönemleri, 65-75 yaş erken yaşlılık, 75-85 yaş arası orta yaşlılık, 85 yaş ve ötesi ileri yaşlılık olarak ele alınır. Yaşlı prevalansı 1990'da ABD'de %4, 2010 da Avrupa'da %14 iken, 2026 için ABD'de %20'ye 2050'de Avrupa'da %22'ye çıkması beklenmektedir(63).

Yaşlılık döneminde genel olarak etkinlik azalır, toplumsal rollerde değişiklikler gelişir, moleküler ve hücresel düzeyden başlayarak pek çok organ ve sistemde aşınma, yıpranma sonucu oluşan fonksiyon değişikliklerinin belirtileri görülür.

Sağlıklı yaşlanma, yaşam dönemleri boyunca sağlıklı halin korunmasının bir ögesidir. Sağlıklı yaşlanmada yaşam kalitesi alanlarının değerlendirilmesi ve korunması gereklidir. Yaşam kalitesini belirleyen etmenler ise temelde iki tanedir (sağlık durumu; sosyoekonomik durum ve çevresel faktörler). Sağlık durumu ise yine ikiye ayrılır: hastalık durumu (bedensel, sosyal, mental ya da cinsel anormallik) ve işlevsel durum (bedensel, sosyal, mental ve cinsel davranış). Bu koşullar altında yaşam kalitesini geliştirmek için yaşlı bireylerde işlevsel durumlarını gündelik aktiviteleri geliştirerek ya da engelliliklerini ortadan kaldırarak müdahale edilebileceği gibi; hastalık durumunun önüne geçebilmek için fizyolojik ölçü, bulgu ve semptom ve prognoz da geliştirilmeye çalışılmalıdır. Aktif yaşlanma, yaşlıların yaşlanma sürecinde sosyal, ekonomik ve kültürel aktivitelere katılımlarını esas alan yaklaşımdır. Sağlıklı yaşlanmada DSÖ yaklaşımı, düşmelerin önlenmesinden fiziksel aktivite teşvikine, bağışıklamadan evde bakıma, sosyal durum iyileştirilmesinden demans bakımına, kişisel bakım vermede toplumun desteklenmesinden yaşlıya kötü muamelenin önlenmesine kadar geniş bir yelpaze ihtiva eder. Aktif yaşlanmanın en önemli komponentlerinden biri de boş zamanların etkin ve verimli değerlendirilmesidir (63). Çalışmamızın amacı; yaşlılarda yaşlıların boş zaman aktiviteleri ile sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi, kognitif durum, depresif semptomlar, nutrisyon durumu, komorbit hastalıkları, çoklu ilaç kullanımları, günlük yaşam aktiviteleri ve geriatrik sendromları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Yaşlılık tanımı, oldukça geniş olan, kişilerde bir takım değişimlerin ve kayıpların görüldüğü, sosyoekonomik, çevresel, eğitim, beslenme gibi faktörleri içeren bir kavramdır.

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları, tek bir tanımla yapılamamaktadır ve genel olarak yaşlanma; kronolojik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma olarak tanımlanmakta ve alt gruplara ayrılmaktadır.

Kronolojik yaşlanma, doğumdan itibaren, yıllara bağlı yaşlanmadır.

Sosyal gerontologlarca yapılan sınıflamaya göre; 65-74 arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası orta-yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı olarak kabul edilmektedir.

Sosyal yaşlanmada ise yaşlıları oynadıkları sosyal rollere ve alışkanlıklara göre tanımlanmaktadır. Sosyal rol olarak tanımlanan konular, kişilerin baba, büyükanne, emekli gibi yaşamları boyunca gerçekleştirdikleri olaylar ve beklentilerdir.

Fizyolojik yaşlanma, yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler arasında, aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, cildin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması ve yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları bulunmaktadır.

Psikolojik yaşlanma ise, kişilerin duygularında, algulamalarında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir (1).

Bugün sosyal, ekonomik, tıbbi, bilimsel ve teknolojik değişimlerin sonucu olarak dünyanın yaşlı nüfusu artmış ve artmaya devam etmektedir. 2025 yılında 60 yaş üzerindeki bireylerin sayısının 1,2 milyar, 2040 yılında 1,3 milyar, 2050 yılında gelişmekte olan ülkelerin % 80'i ile birlikte- 2 milyar olacağı öngörülmektedir. 2002 yılında gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki bireyler yaklaşık 400 milyondur. 2025 yılına gelindiğinde bu sayının yaklaşık 840 milyona yükseleceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, gelişmiş ülkelerin, neredeyse tümü önümüzdeki on yıl içinde nüfuslarının yaşlanmasına tanıklık edeceklerdir.

Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus(TÜİK) Projeksiyonlarına göre, demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edeceği görülmektedir. 2012 yılında yaşlı nüfus olarak açıklanan 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi, bunların toplam nüfusa oranı ise yüzde 7,5'tir. 2023 yılına gelindiğinde bu nüfus 8,6 milyon kişiye, oranı ise yüzde 10,2'ye yükselecektir (2).

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma, hücrelerden organlara kadar tüm yapılarda fonksiyonların giderek azaldığı oldukça karmaşık bir süreç olup, canlı organizmanın büyüme ve gelişmesinde zamanla meydana gelen gerilemelerin toplamı ve fonksiyonel açıdan yeterliliğin azalmasıdır. Yaşlanma bir süreçtir, doğumla başlar ve devam eder.

Gerçek biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır; çünkü genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin fizyolojik başa çıkma yolları çok değişiklikler göstermektedir. Normal yaşlanma sürecinde, zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler, normal koşullar altında fonksiyon kaybına neden olmaz, ancak organ sistemlerinin kapasitelerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma olur. Yaşlılardaki anormal değişiklikleri anlayabilmek için yaşlanmanın normal seyrini bilmek gerekmektedir

2.2. Solunum Sistemi

Akciğerlerdeki yaş ile ilişkili değişiklikler başlıca akciğerlerin ve göğüs duvarının kompliyansındaki değişikliklerden köken alır. Kompliyanstaki artışı etkileyen başlıca faktörler; solunum kaslarında zayıflama, elastik fiberlerdeki hasar ve değişiklikler, alveoler bağlantılarda kayıp, kıkırdak kosta eklemlerinde ossifikasyon ve ilerleyici dorsal kifozdur.

Akciğer volumleri artan yaşla birlikte dereceli olarak düşer ve bu düşüş mortalitenin bağımsız bir ölçütüdür. Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volem (FEV_1)/zorlu vital kapasite (FVC) oranı 40-45 yaşına kadar hastaların %70'inde her yıl yaklaşık olarak %0.2 oranında düşer. Yaşla ilişkili olarak meydana gelen fonksiyonel değişikliklerde cinsiyet farkı vardır. FEV_1/FVC oranında azalma yaşlı erkeklerde yaşlı kadınlardan

daha yavaştır. Maksimum ekspiratuar akım ve maksimum istemli ventilasyon kadınlarda daha yavaş azalır. Küçük hava yollarında akım da yaşla birlikte azalır.

Yaşla ilişkili en önemli değişiklik büyük hava yollarında epitelyal hücrelerin sayısında azalmadır. Bu koruyucu mukus salgısının üretiminde azalma ve dolayısıyla pulmoner enfeksiyonlara karşı savunmada bozuklukla sonuçlanır. Mukosilyer klerens yaşla birlikte azalır, sınırlı kanıtlar olmakla birlikte yaşla birlikte öksürük refleksinin azalmadığı düşünülmektedir.

Solunum sisteminde bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlara daha sık ve ciddi şekilde yakalanmaya neden olabilecek konakçı savunma sisteminde önemli değişiklikler meydana gelir. Değişikliklerin birçoğu yaşa özgü değildir. Potansiyel patojenlerle üst solunum yolu kolonizasyonu siktir. Yaşlanma immün yetmezlikte artışla karakterizedir. Kişiler arasında bu immün yetmezlik derecesi belirgin olarak farklılık gösterir ve bu değişiklikler büyük oranda kronik hastalık, yetersiz beslenme ve yaşlılığın kendisine özgü olmayan diğer faktörlerle ilişkilidir.

2.3. Kardiyovasküler Sistem

Yaşla birlikte kalpte atrofi, belirgin veya orta derecede hipertrofi gibi değişiklikler olabileceği gibi herhangi bir değişiklik de olmaya dabilir. Atrofi sıklıkla çeşitli hastalıklara eşlik eder, normal yaşlanmanın bir parçası değildir. Yaşla birlikte sol ventrikül kalınlığında ılımlı bir artış normotansif yaşlı bireylerde görülebilir. Sol atriyum boyutu yaşla birlikte artar.

Yaşla birlikte büyük elastik arterler komplianstaki azalmayla birlikte dilate hale gelir. Aortik media ve intimada ilerleyici kalınlaşma aortik genişlemeye neden olur. Yaşla ilişkili arteryel duvar sertliği; düz kas tabakasında kalınlaşma, elastin fragmentasyonunda artma, kollajen miktarında, özelliklerinde ve kalsifikasyonda artma nedeniyle meydana gelir. Büyük elastik arterlerde görülen bu değişiklikler distal arterlerde gözlenmez

"National Institute on Aging's Baltimore Longitudinal Study on Aging"de normotansif kadın ve erkeklerde yaşın artmasıyla birlikte sol ventrikül posterior duvar kalınlığında artma tespit edilmiştir. Yaşlanma ile görülen sol ventrikül duvar kalınlığında artmaya artmış sistolik kan basıncının yol açtığı düşünülmektedir.

Yaşlanma hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık prevalansında artma ile de ilişkilidir, bundan dolayı yaşla birlikte ekokardiyografide ventrikül hipertrofisi prevalansı artar. Ventriküler hipertrofi volüm artışıyla olur, kardiyak miyositlerin sayısında artış olmaz. Yaşlılardaki mortalitenin %50 ve morbiditenin % 70 oranında hipertansiyona bağlı olduğu ve koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve inme insidansının hipertansif hastalarda normotansif hastalara oranla, daha yüksek olduğu saptanmıştır.

2.4. Gastrointestinal Sistem

Çok az değişikliklerle birlikte yaşlı hastalarda gastrointestinal sistem normal fonksiyonunu idame ettirir. Meydana gelen semptomları patolojik durumlardan ayırabilmek için klinisyenin gastrointestinal sistemde yaşla birlikte olan değişiklikleri mutlaka bilmesi gerekmektedir. Yaşlanma ile yemek isteği veya yemek alım öncesi açlık cevabında farklılık yoktur fakat yemek sonrası açlık veya yeme isteği azalır. İştahsızlık yalnızca yaşla birlikte olan değişikliklere bağlanmamalıdır. Bu semptom mevcudiyetinde medikal veya fizyolojik nedenlerle birlikte ilaç etkisi de dışlanmalıdır

Sağlıklı yaşlı hastaların yaklaşık %40'ı ağız kuruluğundan yakınmaktadır. Bazal tükürük salgısı muhtemelen yaşla birlikte azalmaktadır.

Özefagusun fizyolojik fonksiyonları çok yaşlı hastalar hariç sağlıklı kişilerde artan yaşla birlikte iyi bir şekilde korunur. Yeni çalışmalar diabetes mellitus veya nöropatisi bulunmayan yaşlı erkek hastalarda özefagus dismobilitésinin artmadığını göstermiştir

Gastrik histoloji üzerinde yapılan birçok çalışmada, 60 yaş üzeri hastalarda artmış atrofik gastrit prevalansı tespit edilmiştir. Yine birçok çalışmada gastrik asit üretiminde azalma bulunmuştur. Bununla birlikte birçok çalışma gastrik asit üretimindeki azalma ve gastrik atrofinin normal yaşlanmanın bir sonucu olmadığını göstermiştir.

Kolonda kollajen depolanması, muskularis propriada elastin ve fibrozis artışı, kriptlerde özellikle proliferatif hücrelerin artışı içerir çeşitli histolojik değişiklikler gösterilmiştir.

Yaşla birlikte her iki cinste anal sfinkter istirahat basıncı ve kadınlarda maksimum sfinkter basıncı azalır. Bu, yaşla ilişkili olarak kas kitlesinde ve kontraktilesinde azalmanın bir parçası olarak veya yaşlı kadınlarda pudental sinir hasarının sonucu

dolayısıyla. Maksimum sıkıştırma basıncı yaşla birlikte özellikle postmenopozal kadınlarda azalır.

2.5. Nörolojik Sistem

Normal yaşlanma süreciyle birlikte beyin ağırlığı ve kan akımı azalır. Nöronal kayıp beynin belirli bölgelerinde daha fazla görülürken bazı bölümleri korunur. Beraberinde çeşitli nörotransmitter ve dendritik bağlantılarda azalma görülür. Demans dışında birçok bölgede ileri nöron kaybına rağmen bilişsel fonksiyonlarda azalma görülmez. Birçok nörofonksiyonel yetilerde yaşla birlikte azalma görülmektedir. Normal sınırlar içinde olmakla birlikte öğrenme ve hafıza ile ilgili fonksiyonların çoğunda yavaşlama görülebilir.

2.6. Kas İskelet Sistemi

Yaşlanma ile eklem kıkırdağı, iskelet sistemi, yumuşak doku ve nörolojik fonksiyonu (eklem propriyosepsiyonu) etkilenir. Bu etkiler sonucu yaşla birlikte osteoartrit ve osteoporoz insidansı artar. Eklem hareket aralığı azalır. Hareketlere başlamada güçlük ve katılık gelişir.

Orta yaşa ulaşıncaya iskeletteki total kalsiyum miktarı azalmaya başlar, bu durum kadınlarda menopozun ilk birkaç yılında hızlanır. Böylece iskelet yapısı daha güçsüz ve kırıklara daha yatkın hale gelir. Bu değişikliklerin etkilediği asıl yer trabeküler kemiktir, giderek inceler, delinmeler, yer yer kayıplar olur ve tamamıyla trabeküler ağ bozulur.

Kemik korteksi de yaşlanmayla zayıflar. Bu, iç medüller kavitenin genişlemesinin ve Havers kanallarının sayı ve büyüklüklerinin artması nedeniyle oluşan incelmeye sonucudur. İskelet mimarisindeki bu bozukluklara ilave olarak yaşla birlikte kemiğin materyal gücü azalır. Yaşlı hastalarda kemik kaybı büyük oranda osteoklastik aktivitenin artması sonucudur. Kadınlarda osteoklastik aktivitenin artması kısmen menopoz sonrası ovaryan hormonların azalmasına bağlıdır (3).

2.7. Duyusal Fonksiyonlar

Beyin yapısında glukoz kullanımında kayıplar, yaşlanmayla kavrayışta düşümlere neden olur. Yakın nesnelere odaklanma güçlüğü 40'lı yaşlarda, ince detayları ayırt edebilme 70'li yaşlarda düşmeye başlar. Gözler daha gri görünür ve katarakt gelişebilir.

Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. Tat ve koku duyularındaki az bir kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler (4,1).

2.8. Yaşlanmada Uyku Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte normal uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerin tipik semptomları uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü, sabah erken saatte uyanma ve gündüz saatlerinde uyuklamayı içerir. Yaş ilerledikçe uyku kalitesi azalır, uyku bozukluğu insidansı artar. 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %50'sinin uyku bozuklukları yaşadığı bildirilmektedir. Yaşlanma ile uyku kalitesi azalır ve uykusuzluk şikâyetleri artar.

2.9. Psikolojik Değişiklikler

İleri yaş, bir yandan sahip olunan yaşam deneyimleri sayesinde stres faktörleri ile baş edebilmede avantajlar sağlarken diğer yandan fiziksel becerilerde yetersizlikler, sosyal iletişimde zorluklar ve kimi zaman hayatı da tehdit eden ve birçoğu bir arada olabilen fiziksel, psikolojik, sosyal sıkıntıları da beraberinde getirir. Depresyon, ileri yaşlarda en sık karşılaşılan, yaşam kalitesini ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen ve sadece kişilere değil, tüm yaşlanan topluma etki eden ruhsal bir bozukluktur.

DSÖ'ye göre depresyon; fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer alır. Yapılan çalışmalarda depresyonun hem evde yaşayan hem de bir enstitüde kalan yaşlıların her ikisinde de yaşam kalitesini etkileyen önemli bir unsur olduğu gösterilmiştir (5).

2.10. Metabolik Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte, kan glikozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu da tip 2 diyabete neden olur. İnsülinin etkisindeki ve glukozun toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkili ikincil olayların da etkisi olabilir. Fiziksel aktivitedeki azalma ve yağ dokusundaki artış, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci gelişmesinde rol oynar (6).

2.11. Yaşlanma ve Kognitif Fonksiyonlar

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

kurma, sorun çözüme, okuma-yazma ve hesaplama gibi yüksek beyin işlevlerini kapsar (7).

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

Normal yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerini tanımlamaktadır. Normal yaşlanma süreci ile beraber bazı bilişsel işlevlerde gerileme gözlenirken, bazıları korunabilmekte (sözel beceriler, yaratıcılık gibi) bazılarında ise hafif belirgin bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Anılan bu bilişsel değişiklikler kişiden kişiye değişebileceği gibi, aynı kişide farklı kognitif boyutları, farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte bireyin yaşam kalitesini belirleyen sosyoekonomik şartlar, eğitim seviyesi, geçirilen hastalıklar ve psikolojik durumu, bireyin anatomik yapısı gibi faktörler, bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini etkilemektedir. Dolayısıyla her yaşlı bilişsel alandaki değişimlerle ilgili olarak aynı kaderi paylaşmaz (8).

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

Demans sözcüğü, Latince zihin anlamına gelen “mens” kelimesinden türemiştir ve “zihnin yitilmesi” anlamına gelmektedir. Demans bilişsel ve diğer kognitif fonksiyonlarda, günlük aktivite ve davranışları etkileyecek düzeyde, sonradan oluşan progresif kayıpla karakterize bir klinik tablodur.

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri olan demans genellikle kronik, ilerleyici karakterde bir sendromdur . Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV))'e göre demans, günlük normal fonksiyonları bozacak şekilde kognitif yeti alanlarından birden fazlasında bozulmayla seyretmektedir .

Demansa yaklaşımda en temel nokta doğal yaşlanmanın demans ile aynı anlamda olmadığıdır. Yaşlanma ile ortaya çıkması beklenen hesaplama gücünde yavaşlama gibi kognitif değişiklikler benign iken, demans genellikle progresiftir ve normal bir yaşlanmada olmayacak kadar hastayı düşkün ve bağımlı hale getirebilir.

Demansın kesin nedeni bilinmemektedir. Ancak demans için bazı risk faktörleri tespit edilmiştir. Bunlar: Yaş, ailede demans öyküsünün varlığı, kadın cinsiyet, Down sendromu, 1., 14. ve 21. kromozomlarda spesifik mutasyonların varlığı, apolipoprotein E-4 genotipi ve kafa travmasıdır. Vasküler demans için ise hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, sigara, yaş, erkek cinsiyeti gibi inme için var olan risk faktörleri geçerlidir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kısaca DSM IV demans tanı kriterleri:

A- Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmesi

- Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)
- Aşağıdaki kognitif bozukluklardan birinin ya da daha fazlasının bulunması
 - a. Afazi (dil bozukluğu)
 - b. Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına rağmen motor aktiviteleri yerine getirmede bozukluk)
 - c. Agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)
- Yönelimsel işlevlerde bozukluk (organize etme, sıraya koyma, tasarlama,

B- A1 ve A2 tanı ölçütlerindeki kognitif bozuklukların kişinin toplumsal, sosyal ve günlük işlevselliğinde bozulmaya ya da önceki işlevsellik düzeyinde azalmaya sebep olması

C- Hastalığın yavaş, sinsi, aşama aşama oluşu ve sürekli bir kognitif azalma

D- Hastanın kognitif kapasitesindeki azalmanın santral sinir sistemini ilgilendiren hastalıklara (serebrovasküler olay, Parkinson hastalığı, subdural hematoma, beyin tümörü, hidrosefali vb.), demansa yol açabilecek sistemik durumlara (hipotiroidizm, vitamin B12 eksikliği, hipoglisemi vb.) ya da madde bağımlılığına bağlı olmaması

E- Hasta deliryum tablosunda olmamalı

F- Hastanın klinik durumu başka bir psikiyatrik bozuklukla (şizofreni, majör depresyon vb.) açıklanamamalıdır (9).

2.12. İlaçların Farmakodinamiği ve Farmakokinetiğinde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma hem farmakokinetik(ilaç dozu ve plazma konsantrasyonu arasında ilişki) hem de farmakodinamik(plazma konsantrasyonu ve klinik etki) değişikliklere sebep olur. İlaç dağılımı total vücut sıvısının azalmasından ve vücut yağ dokusunun artmasından etkilenir. Yaşlanma ile vücudun total su içeriği %10–15 oranında azalırken, total yağ içeriğinde erkeklerde %18– 36, kadınlarda %33–48 oranında artış görülmektedir. Suda eriyen ilaçların dağılım hacmi azalır ve dolayısıyla daha yüksek plazma konsantrasyonu oluşur, yağda eriyen ilaçlar için ise dağılım hacmi artacağından daha düşük plazma konsantrasyonu oluşur.

Vücutta iskelet kas kütlesi de azalmakta, bu durum ilaçların dağılım hacminde artmaya neden olmaktadır. Dağılım volümünü etkileyen en önemli faktör ilaçların plazma proteinlerine bağlanmasının azalmasıdır. Yaşlanma ile hepatik yapının azalmasından ötürü, plazma albümini %20 konsantrasyonunda azalmakta, albümine bağlanan ilaç oranının azalması serbest ilaç fraksiyonunu arttırmaktadır. Bazik ilaçları bağlayan alfa-1- asidglukoprotein miktarı yaşlanmayla birlikte artmaktadır. Bunun sonucunda da proteine bağlanan ilaçların fraksiyonlarının azalacağı düşünülmektedir. Yaşlanma ile ilaçların klirens hızı azalmaktadır. Bu hepatik biyotransformasyonun veya renal eliminasyonlarının azalması sonucudur.

Yaşlanma ile hem mevcut reseptörlerin sayısı hem de bu reseptörlerin ilaçlara karşı duyarlılığı azalacağından gereksinme duyulacak ilaç miktarı da azalacaktır. Sonuç olarak yaşlanma ile ilaçların farmakodinamiği ve farmakokinetiğinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlıların ilaçlara karşı duyarlılığı artmakta, gereksinim duyulan ilaç miktarı azalmakta, ilaç etkileri daha uzun sürmektedir (10).

2.13. Normal Yaşlanma Süreci ile Birlikte Ortaya Çıkan Tipik Psikolojik Değişiklikler

Yaşlı bireyler tanı almış psikiyatrik hastalıklara diğer yaş gruplarına göre çok daha az maruz kalmaktadırlar. Buna karşın, bilişsel işlevlerde bozulma ile karakterize olan hastalıkların görülme sıklığı yaşlı grupta daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı bireyin yaşamdan zevk alması yani teknik ifadesiyle yaşam doyumunun yüksek olması diğer yaş gruplarıyla benzer biçimde, sağlıklı olmak, gelir düzeyinin iyi olması, sosyal ilişkiler ağının güçlü olması ve kişinin yaşamının kontrolünü elinde bulundurduğuna olan inancı gibi çoklu değişkenlerle ilişkilidir. Bu açıdan bakıldığında, yaşlıların genel yaşam doyumunu diğer yaş gruplarından daha iyi olmasa da, kötü de değildir. Buna karşın, kronik hastalıklar, bilişsel kayıplar, günlük yaşamla ve kendine bakımla ilgili aktiviteler açısından bir başkasına bağımlı olmak, yaşlı bakım evinde/yaşlı bakımevinde kalıyor olmak ve düşük gelir düzeyi yaşlılıkta psikolojik sorunların görülme olasılığını artırmaktadır.

Psikolojik bakış açısıyla, yaşlanmayla beraber görülen hüznün, depresyon ve durgunluk hali bir patoloji olarak değil, bu gelişim döneminin beraberinde getirdiği kronik sağlık sorunları ile psikolojik kayıplara (eşin, yakınların, işin kaybı gibi) verilen insanca ve doğal tepkiler olarak kabul edilir. Bu durum çoğu kez ‘yaşlanmanın depresyonu taklit ettiği’ şeklinde de ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar yaygın kanının aksine (eğer yaşam doyumunu belirleyen çoklu faktörler belli bir düzeyde sağlanmış ise) yaşlı bireylerin, hayata karşı olumlu bir yaklaşım ve bakış açısına sahip olduklarını, hayatın tadını çıkarmak için en uygun zamanda (seyahatler, çocuklar ve torunlarla yapılacak aktiviteler, hobilere zaman ayırmak vb.) olduklarına inandıklarını göstermektedir.

Yaşlanmanın en büyük kazancı olarak görülen bilgelik sayesinde kişi mükemmeliyetçilik fantezilerini bir yana bırakıp, içinde bulunduğu anın tadını çıkarmayı öğrenmiş ve kritik hayat olayları karşısında gençlerinkinden daha çeşitli ve kullanışlı çözümler üretmesini sağlayan stratejiler geliştirmeyi hayat biçimi haline getirmiş olur.

Genç yetişkinleri etkileyen psikolojik durumlar ve/veya bozuklukların tümü yaşlı yetişkinler için de geçerlidir. Yaşlıların psikolojik sorunları genç yaşlarındaki

deneyimlerinden kaynaklı psikolojik bozukluklar olabileceği gibi, yaşlanmaya bağlı gelişimsel stres kaynaklarının (eş ve yakınların kaybı, emeklilik, menopoz/andropoz, sosyal izolasyon, kronik hastalıklar, bağımlı kalma korkusu, ölüm korkusu vb) neden olduğu yeni sorunlar da olabilir. Yaşlılıkta gözlenen psikolojik sorunlar çoğu kez çoklu nedenlerden kaynaklanmaktadır. Örneğin, yaşın risk faktörü olduğu demanslar çoğu kez depresyonla birlikte görülmektedir. Ayrıca, yaşlı yetişkinlerin çoğu sağlık sorunları nedeniyle birden fazla tıbbi uygulamaya maruz kaldıkları için, çoklu sağlık sorunlarına ek olarak, ilaç etkileşimleri ve yan etkilerle de mücadele etmektedirler. Bu açıdan yaşlı bireylerde zihinsel (mental) ve tıbbi bozuklukların komorbiditesini anlamak kritik bir önem taşımaktadır. Yaşlılıkta en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar; Kaygı Bozuklukları, Kronik Ağrı, Deliryum, Demans, Duygudurum Bozuklukları, Psikiyatrik Bozukluklar, Uyku Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve Madde/İlaç Kötüye Kullanımı olarak sıralanabilir (8).

2.14. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi:

Yaşam kalitesi bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve yaşadıkları çevreden etkilenen karmaşık bir yapıya sahiptir. Kişinin diğerleri arasında, diğerlerine göre) yaşamı ve işi, aile ve yakın akrabaları ile ilişkisi, kendi sağlığı, diğer yakın ilişkide bulunduğu insanların sağlığı, ekonomik durumu, konut, din, sosyal yaşam ve boş zaman aktivitelerine ilişkin tatmininin subjektif değerlendirmesini yansıtan çok yönlü bir kavramdır. Yaşam kalitesi “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır”.

Bir toplum veya bir grup açısından yaşam kalitesi genellikle gelir, yüksek riskli hastalıkların sıklığı, çevrenin kalitesi, suç seviyesi, aile yaşamı ve sosyal destekteki çözülme gibi objektif belirleyiciler kullanılarak belirlenir. Kişinin yaşam kalitesi de bu tip objektif belirleyicilerle belirlenebildiği gibi buna alternatif olarak inançlarına dayalı olarak gelişen subjektif refah ölçüleriyle de değerlendirilir. Çünkü kişinin yaşamının psikolojik kalitesi ve öznel refahı bu tür yalın objektif belirleyicilerle tam olarak belirlenemez.

Gerontoloji alanındaki öznel refah araştırmalarında temel problem tanımlamalarda, ölçümlerde ve kullanılan terimlerde tutarlılığın olmamasıdır. Yaşam doyumu moral,

mutluluk, toplumsal iyi olma, öznel iyi olma (öznel refah) ve psikolojik refah gibi kavramlar eş anlamlı ve esnek bir şekilde birbirinin yerine kullanılmış olmakla birlikte bunlar arasında yaşam doyumu diğerlerine göre daha gelişmiş ve yaşam kalitesinin en yaygın kullanılan öznel (subjektif) ölçüsüdür.

Yaşam doyumu bireyin ruh sağlığını ve toplumsal ilişkilerini etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Yaşam doyumu ilk kez Neugarten ve diğ. (1961) tarafından tanımlanmıştır. Yaşam doyumunu tanımlamak için önce "doyum" kavramının açıklanması uygun olacaktır. Doyum, beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanmasıdır. "Yaşam doyumu" ise, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtu. Diğer bir deyişle kişinin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Yaşam doyumu, genel olarak kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çeşitli boyutlarını içerir. Yaşam doyumu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantıdaki doyum anlaşılır. Mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder. Yaşam doyumu, kişinin iş, boş zaman ve diğer zaman dilimlerindeki yaşamına gösterdiği duygusal tepki veya tutumdur. Yaşlılıkta yaşam doyumunun üzerinde durulmasının nedeni, yaşlıların ruh sağlığı açısından risk grubu olarak kabul edilmesi ve yaşam doyumunun da ruh sağlığını etkileyen çok önemli bir etmen olarak kabul edilmesidir. Bireyin yaşamdan aldığı doyum düzeyi, ruhsal yönden iyi 6 olma durumu ve toplumla ilişkilerini devam ettirme sürecini de etkileyen, sağlıklı yaşlanma için önemli bir olgudur. Yaşlılık konusunda çalışan uzmanların çoğu yaşlıların yaşamdan elde ettikleri doyum düzeyinin onların uzayan yaşamlarında temel konu olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Düşük yaşam doyumu düzeyi skoru sosyal ilişkiler, zihinsel ve fiziksel sağlıktaki ciddi problemlerin göstergesi olarak kabul edilmektedir (11).

2.15. Yaşlılarda Boş Zamanların Değerlendirilmesi

Kişinin işten veya günlük yaşam aktivitelerinden bağımsız olarak kendini iyi hissetmek ve zevk almak için meşgul olduğu aktiviteleri boş zaman aktiviteleri olarak Verghese tanımlamıştır. Bazı çalışmalarda rekreasyonel aktiviteler, sosyal katılım ve boş zaman aktiviteleri tanımlanmıştır. Aktiviteler ücretli iş, ücretsiz iş, gönüllü organizasyon aktiviteleri, karşılıklı yardım ve kendine bakım aktivitelerini yaratıcı

davranışlar olarak kategorize edilmiştir. Bazı araştırmalarda ise rekreasyonel aktivitelerin içeriğinde fizyolojik veya psikolojik anlamını vermekten ziyade ekonomik veya sosyolojik anlama odaklanılmıştır.

Şimdilerde ise rekreasyonel aktivitelerle ilgili en yaygın tanım; toplumsal ve bireysel bağlamda ekonomik değeri içeren, cinsiyet rolü ile hayat yönünü göz önünde tutan tanımlamadır. Bu tanıma uyan aktiviteler hizmet amacıyla ve insanlara ücretli veya gönüllü üretimi de içine alan servis hizmetlerinin sunulması anlamında kullanılır ve 3 temel alanı içerir (12). Bunlar ücret aldığı iş (düzenli veya düzensiz), ücretsiz iş (ev işleri, çocuk bakıcılığı, hizmetçilik; insanlara ücretsiz yardım hizmeti vermek), başkaları için yapılan ücretsiz yardım (resmi olmayarak arkadaşlara, yakınlarla, komşulara yardım etmek veya bir organizasyonda gönüllü olarak çalışmak) olarak tanımlanmıştır.

Sosyal katılım, bireysel kaynakların sosyal odaklı bir paylaşım olarak tanımlanmasıdır. Bu anlamda boş zaman aktiviteleri EGYA ve GYA'nın yaşlanma ile beraber gerçekleştirilmesinde önemli rolü olan aktivitelerdir. Hâlbuki boş zaman aktiviteleri birçok aktiviteyi gerçekleştirmek için kullanılabilir. Örneğin Lawton boş zaman aktivitelerini 3 şekilde değerlendirir:

- Uzmanlık gerektiren aktiviteler; tek başına veya yardımsız olarak kendi kendine gerçekleştirilen aktiviteler
- Kendini geliştirme aktiviteleri; ayrıca yalnız başına gerçekleştirilir, fakat gerçekleştirme amacına ulaşırken dışarıdan bir kişi tarafından desteklenen ve hayatında değişiklik yapma şansı verilen aktiviteler
- Sosyal aktiviteler; kapasiteleri güçlendirmek için sosyal bağlantılarını sürdürmek ve diğer kişilerle pozitif iletişim kurulabilmesi için meşgul olunan aktiviteler (13)

Buna göre, sosyal katılım kişinin zamanı, parası, çabası veya aile, arkadaş, sosyal grup veya kamusal katılımın paylaşımı ile ilgili olan geniş bir aktivite alanını içerir. Rekreasyonel aktivitelere karşılık sosyal katılım ve boş zaman aktiviteleri iş, aile ve toplum mecburiyeti üzerine değil, kitap veya gazete okumak, radyo dinlemek veya

televizyon izlemek, sporla ilgilenmek ve hobiler gibi kendini geliştirmek için düzenlenmiş amaçlı davranışlardır (12).

Boş zaman yaşlılar için oldukça önemlidir. Boş zaman uzun süre çalışmayan yaşlılar için bir kimlik duygusu oluşturur. Bazı engellilik ve yetersizlik durumlarının başlamasını geciktirebilir. Önemli kişisel tanımlamaların ifade edilmesi için de kullanılabilir. Çalışma ile boş zaman arasındaki çizgi yaşlılar için belirsiz olabilir fakat aktivite ile birleştiğinde başkalarına yararlı olma, kişisel yükümlülük ve mücadele duygusu ön plana çıkar (11).

Boş zaman için genel görüş ise aktivite teorisi ile uygun olarak yüksek düzeyde aktivitenin olumlu olduğu yönündedir. Yaşlanma süreci ve yaşlılık olgusu incelenirken sürekli değişim temel alınarak, mutlaka zaman ve yer unsurları göz önünde bulundurulmalıdır (14).

Toplumumuzun büyük bir kesimini tehdit eden ve risk grubunu oluşturan yaşlılık olgusunun getirdiği biyopsikososyal boyuttaki değişimlerin yol açtığı sorunların ele alınmasının gereği ve önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (15).

Yaşla birlikte sağlık ve sosyal alanlarda medyana gelen değişiklikler nedeni ile yaşlıların aktivitelere ilgileri ve bu aktiviteleri yapma becerileri azalır. Nitekim yaşlılıktaki pek çok problem, aktif kullanılmayan boş zamanın fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşlılarda sıklıkla hafıza, dil, oryantasyon, görsel algı yeteneği ve diğer karmaşık işleri yapma yeteneğindeki problemler, onların yüksek zihinsel fonksiyonları gerektiren işleri yapmalarını engelleyen ve güvenli kılmayan unsurlardır (16).

Sosyal bağlılık, komşularla ilişki, dini gruplar ve resmi olmayan organizasyonlar gibi toplum gereği yapılması gerekenler olarak yorumlanabilir. Birçok çalışma, zayıf sosyal bağlantısı ve az sosyal ilişkiye sahip olan bireylerin hastalık ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu ve sosyal ilişkilerin bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik sağlık yönünden büyük önem taşıdığını göstermiştir (17). Yaşlıların yakın akrabalar ve komşularla ilişkileri dengeli bir biçimde sürdürmek gereksinimi vardır (15). Oysaki yaşlılar, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm işlerden ve ilgilerden elini, ayağını çekme ve kendini değersiz olarak görme eğilimindedirler. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum

sağlamalarında önemli bir engel ve sorun olarak görünmektedir. Çalışan ve üreten insan; özellikle emeklilikle birlikte, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu ise, kişinin kendine mutluluk veren, keyif aldığı faaliyetlere katılmasıdır. Çünkü boş zaman faaliyetlerine katılım yaşlılık sonucunda kişinin yaşantısında meydana gelen değişikliklerle baş etmesine yardım eden önemli bir faktördür ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir (11). Özellikle emeklilikten sonra yaşlıların boş zamanlarını kendi potansiyellerini geliştirecek yönde kullanmaları hayati bir önem taşımaktadır. İnsanlar geleneksel olarak nasıl ki işe yönelik olumlu bir tutum geliştirmişlerse, boş zamana yönelik olarak da yeni olumlu bir tutum geliştirmeyi öğrenmelidirler. Çünkü yaşlılıkta boş zaman etkinlikleri ile yaşlının kişisel ve sosyal uyumu ile yaşam doyumu arasındaki ilişki pek çok araştırmada ortaya koyulmuştur (18).

Boş zaman aktivitelerinin refah üzerindeki etkisi konusundaki bir diğer yaygın görüş insanların bir işle meşgulken daha sağlıklı ve mutlu oldukları şeklindedir. Hiçbir uğraşı ile meşgul olunmayan zamana sahip olmanın psikolojik olarak risk oluşturduğu ve can sıkıntısı nedeniyle kişiyi zararlı alışkanlıklara teşvik ettiği ileri sürülmüştür. Nitekim bazı araştırmalar boş zamanlarında hiçbir faaliyetle uğraşmayan ve sıkılan insanların sağlık açısından zararlı birtakım davranışlara yöneldiklerini (sigara, alkol vb.) ve daha düşük fiziksel ve mental sağlık düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (11). Sosyal aktivitelere katılım fiziksel sağlığı, zihinsel sağlığı, entelektüel fonksiyonları ve hayatta kalma süresini artırır. Diğer yandan, sosyal aktiviteler iyi fiziksel fonksiyonla, gelecekteki bağıllık için düşük riskle ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme amacıyla fonksiyonel düzeltme ile ilişkilidir. Enstrümental günlük yaşam, boş zaman ve sosyal aktiviteler insanların sağlıklarını sürdürmesine yardımcı olur. Çünkü bireylerin meşgul olduğu aktiviteler aileleri, çevresi ve toplumla ilgili kalmasını sağlar. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, soy, evlilik statüsü, sağlık, hastane girişi ve önceki katılım sosyal aktivitelere katılım ile ilgilidir (12). Ayrıca hem fiziksel ve bilişsel aktivitelerin birlikte yapılması bilişsel aktivitelerin tek başına yapılmasından daha güçlü bir etki ile yaşlıları kognitif sapmaya karşı korur. Fiziksel, sosyal ve yaratıcı aktiviteler bireysel olarak yaşla ilgili kognitif sapmaya farklı mekanizmalar ve yollarla etki edebilir. Farklı şekillerdeki boş zaman aktiviteleri, kognitif sapma üzerinde güçlü etkiye sahiptir,

böylece yaşlılıkta bilişsel fonksiyonları desteklemek amacı ile dizayn edilen girişimsel programlara yararlı bilgi sağlar (19).

2.16. Aktif Yaşlanma ve Biyopsikososyal Model

Aktif yaşlanma DSÖ tarafından 1990'lı yıllarda Dünyanın gündemine getirilmiş olan bir kavramdır. Aktif yaşlanma süreci yaşlıların günlük yaşamlarında sosyal, ekonomik, kültürel aktivitelere katılımlarını esas alır. Bu dönemin olumlu yönde olmasını toplumdaki ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal, sosyal koşullar belirlemektedir. Yaşlı bireyler herhangi bir engellilik durumları olması halinde bile toplumda yürütülen faaliyetlere katılabilirler, deneyimlerini daha genç kuşaklara aktarabilirler. Bu süreç onların ailelerine, akranlarına, daha başka bir ifadeyle yaşadıkları toplumlarına katkılarını artırabilir.

"Aktif Yaşlanma" programı içinde incelenen konular; yaşamın ileri dönemlerinde de erken ölümlerin önlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelerine katılabilmeleri, sağlık harcamalarının ekonomik olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır.

Kişilerin bireysel olarak mutlu bireyler olabilmeleri için sağlıklı olmaları çok önemlidir. Sağlık, fiziksel açıdan olduğu kadar sosyal ve ruhsal açıdan da iyi hissetme hali olarak tanımlanmaktadır. Bu hedefe ulaşabilmek için ise aşağıdaki temel yaklaşımlar çok önemlidir.

- Yeterli ve dengeli beslenme
- Fiziksel egzersiz
- Yaşlılık döneminde bedensel etkinlik önemlidir. Bu etkinlikler temel olarak dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri şeklinde olması önerilmektedir. Her iki başlıkta da programlar başlamadan önce mutlaka doktor kontrolünden geçilmeli, hareketlerin türü, miktarı, süresi ve sıklığı doktorun yönlendirmesine göre yapılmalıdır.

- Sigaradan uzak bir yaşam
- Boş zamanları üretken bir biçimde değerlendirebilmek aktif yaşlanmanın bir gerekliliği kişinin üretime katkıda bulunmasıdır.
- Yeterli ve düzenli uyuyabilmek
- Kazalardan korunabilmek

Biyopsikososyal model, Engel(1977) tarafından bilimsel bir tanım olarak getirilmiştir. Klinisyenlerin dikkatini; hastaların duygusal yapılarının, yaşam amaçlarının, hastalık karşısında davranışlarının ve sosyal çevrelerinin değişmesi ile hastalığın biyokimyasal ve morfolojik farklılıklar gösterebildiğine çekmiştir.

Engel (1977) e göre biyopsikosozal model hastalıkları belirleyen etmenleri daha iyi kavrayabilmek ve sağlık hizmeti sunumunda rasyonel bir tedavinin planlanıp uygulanabilmesi için geliştirecek tıbbi model aynı zamanda hastayı, hastanın içinde yaşadığı çevreyi ve hastalıkların kötü sonuçları ile başa çıkabilmek için toplum tarafından geliştirilmiş sistemi (sağlık sistemi ve bu sistemde doktorun rolü) de göz önüne almak zorundadır. Birinci sırada biyolojik faktörleri almak yerine hasta olma ve hastalığa yol açan faktörleri değerlendiren biyopsikosozal yaklaşım ile, neden bazı hastaların ‘hastalık’ dediği sağlık problemlerini diğerlerinin ‘yaşamsal sorunlar’olarak nitelendirdiği, hastanın başvuru nedeninin yaşam koşullarına bağlı duygusal reaksiyonlardan mı yoksa somatik semptomlardan mı kaynaklandığını açıklayabiliriz (20).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Amaç

65 yaş üstü geriatri polikliniğine başvuran yaşlılarda kapsamlı geriatrik değerlendirme ile boş zaman aktivitelerinin arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Türkiye'nin başkenti olan Ankara ilinde Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi geriatri polikliniğinde tamamlanmıştır. Bu çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu tarafından 21.09.2016 tarihli ve 228 sayılı karar ile onaylanmıştır.

3.3. Çalışma Süresi

Bu çalışma Ekim 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Katılımcılar

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan toplam 71 olguya ulaşılmıştır. Çalışmamız dahil edilme kriterleri DSÖ'nün (1996) sağlığın uygunluk düzeyine göre 3 kategoriye ayrılma durumuna göre düzenlendi.

- Grup 1: Fiziksel uygunluğu olan, hastalığı olmayan ve fonksiyonlarında bağımsız olan yaşlılardır. Bu grupta sedanter yaşam ve fitness eksikliği risk faktörleridir. Bu nedenle hastalıklardan korunma amacıyla düzenli fiziksel aktivite çok önemlidir.
- Grup 2: Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız olan yaşlılardır. Bu grupta kas iskelet sistem problemleri ve kronik hastalıklar olabilir. Bu nedenle özürden korunma amacıyla egzersiz yapmak çok önemlidir. Bu gruptakiler genellikle gözlem olmadan, emniyetle egzersizlerini yapabilirler.
- Grup 3: Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız olamayan yaşlılardır. Bu gruptaki yaşlılar basit günlük aktivitelerini yaparken bile birilerinin yardımına ihtiyaç

duyarlar. Bu sınıflandırmaya göre çalışmamızda yaşlıların dahil edilme kriterleri 'Grup 1 ve 2' ile uyumludur.

Bu kategorizasyona ek olarak Katz GYA ölçeği, Lawton ve Brody' nin günlük yaşam aktivitesi formları uygulanarak Katz ölçeğine göre bağımsız olan bireyler dahil edildi.

Yaşlıların çalışmamıza dahil edilmesindeki diğer kriterler şunlardır:

- 65 yaş ve üstü olmak
- Tanımlanmış bir hastalık ya da özür nedeniyle bağımsızlık düzeyi etkilenmemiş olmak
- Kanseri, ortopedik, nörolojik, psikiyatrik ve romatolojik sorunlara bağlı kronik bir hastalık tanısına sahip olmamak
- Demans ve psikoz gibi nedenlerle iletişim problemine sahip olmamak

3.5. Değerlendirme Araçları

Değerlendirmeler yaşlılar ile klinikte görüşme tekniği ile yapılmıştır. Çalışmamızda geriatri polikliniğimize başvuran hastalar değerlendirildi. Hastalarımızın toplanmasında ev, huzurevi ayrımı yapılmadı ancak polikliniğe başvuran huzurevinde kalanların sayısı oldukça sınırlıydı.

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

3.5.1. Boş Zaman Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Birçok çalışmada boş zaman aktiviteleri farklı başlıklar ile değerlendirilmiştir. Gautam vd (2007) boş zaman aktivitelerini 3 bölüme ayırmıştır. Sosyal aktiviteler, yalnız başına yapılan aktiviteler ve dini aktiviteler olarak (21).

Leung ise 2011 de Hong Kong 'da yaptığı çalışmada yaşam tarzına göre fiziksel, sosyal, rekreasyonel ve entelektüel olarak 4 bölüme ayırmıştır (22). Türkiye de ise geriatric hasta grubunda sosyal katılımın incelenmesi başlığı altında Ülgen 2012 de 5 başlık altında incelemiştir. Bu çalışmayla benzer olarak bizim çalışmamızda da boş zaman aktiviteleri formu kullanıldı. Bu formda entellektüel, sosyal, dini, rekreasyonel ve fiziksel aktiviteler başlığı altında incelendi (17). Toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Hangi aktivitelerin ne sıklıkla yapıldığı likert tipi puanlama ile kaydedilmiştir. Günlük katılımlar için 7 puan, haftada birkaç gün katılım için 4 puan, haftada bir gün katılım için 1 puan, 2 haftada bir gün katılım için 0,5 puan, ayda bir gün katılım için 0.25 puan, ayda bir günden daha az yapan veya hiç yapmayanlar için 0 puan verilmiştir. Boş zaman aktiviteleri ölçeği; entellektüel aktiviteler(kitap, gazete okuma, satranç, dama oynama, bulmaca çözme vb. aktiviteler) 11 soru, sosyal aktiviteler(hobi kursları, gönüllü aktiviteler vb.) 6 soru, dini aktiviteler(namaz kılmak, dini toplantılara katılmak, ibadethaneye gitme vb. aktiviteler) 3 soru, rekreasyonel aktiviteler (yemek yapmak, örgü örmek vb.) 7 soru, fiziksel aktiviteler (yürüyüş yapmak, bir spor dalı ile ilgilenme vb.) 9 soru olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Yaşlıların kognitif fonksiyonları Standardize Mini Mental Test ile değerlendirilmiştir. Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel yetersizlikleri değerlendirmek amacı ile geliştirilen bu ölçek klinik uygulamalarda ve araştırmalarda oldukça sık kullanılır. Çok iyi yapılandırıldığı için uzman olmayan kişiler tarafından bile uygulanabilir. En önemli avantajı, kısa sürede geçerli ve güvenilir bilgi vermesidir. Yapılan çalışmalarda puanlayıcılar arası ve test tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur(0.80'nin üstünde). SMMT yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan, olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış 11 maddeden oluşur ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (Ek 3). Molloy ve ark.nın geliştirdiği “ Standardize Uygulama Kılavuzu” ile bu testin uygulanabilirliği ve güvenilirliği artırılmıştır. Bu testin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Kayatekin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(1985). Daha sonra Cerrahpaşa Geriatrik Psikiyatri ekibi (Güngen ve arkadaşları) tarafından Türkçe standardizasyonu da yapılmış, hafif demans tanısındaki geçerlilik ve güvenilirliğini araştırılmıştır. SMMT'de eşik değer 23

olarak alınmıştır. SMMT puanının toplamı 30 olup, 25-30 arası “normal”, 24-19 arası “hafif yıkım”, 19’un altında puan alanlar olası “demans” olarak tanımlanmıştır (17). Biz çalışmamızda 19 puan üstü demans; 19 puan ve altı demans değil olarak değerlendirdik.

3.5.3. Depresif Semptomların Değerlendirilmesi

Yaşlıların depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Yesavage tarafından geliştirilmiş, 30 soruluk Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından yapılmış olan toplam 15 sorudan oluşan Geriatrik Depresyon Skalasının Kısa ölçeği kullanılmıştır (Ertan vd. 1997). 5 soru (1, 5, 7,11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleştirilmiştir. Ölçekte 7 puan ve üzeri depresif semptomlar için anlamlı kabul edilmektedir (Ek 4)(17).

3.5.4. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Günlük yaşam aktiviteleri Katz'ın GYA ve Lawton ve Brody'nin EGYA ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Ölçeklerden birincisi; yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçları sağlamaya yönelik olan Katz'ın Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA) ölçeğidir (Katz vd. 1970). Bu ölçek bireyin günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik olup, temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin TGYA'larının değerlendirilmesi; birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek yapılmıştır. TGYA'da 0-6 arası puan bağımlı, 7-12 arası puan yarı bağımlı, 13-18 arası puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (Ek 5). Çalışmamızda bütün bireyler Katz'ın ölçeğine göre bağımsız bireylerden alınmıştır.

İkinci ölçek; toplum içinde bağımsız yaşamaya yönelik olan Lawton ve Brody tarafından tanımlanmış Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) indeksidir (Lawton ve Brody 1969). Bu indeks yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para

idaresi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Yaşlıların EGYA 'larının değerlendirilmesi; olgu aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek yapılmıştır. EGYA' da 0-8 arası puan bağımlı, 9-16 arası puan yarı bağımlı, 17-24 arası puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (Ek 6)(17).

3.5.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için 24 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda yaşam kalitesi formu (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır (Eser vd. 2005). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. WHOQOL-OLD modülü 24 likert tipi soru ve duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetleri, sosyal katılım, ölmek ve ölüm, yakınlık olmak üzere 6 alt alandan oluşmaktadır.

Duyusal fonksiyonlar; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyuşlarındaki değişiklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, özerklik; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duyuş ve düşünceler sorgulanmaktadır.

Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği, ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ve ölümün anlamı ile ilgili düşünceleri araştırmaktadır. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5'dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Ek 7)(17).

3.5.6 Mini Nutrisyonel Test (MNT):

Mini nutrisyonel değerlendirme testi hastaların nutrisyonel durumu değerlendirme amacıyla kullanılan bir yöntemdir. MNT sözel sorgulama ve antropometrik ölçümler kullanılarak yapılmaktadır. Laboratuvar değerlendirme gerektirmediğinden, özellikle ayaktan takip edilen hastalarda sıklıkla tercih edilmektedir. MNT'in kısa formu bu beklentilerin en azından bir kısmını karşılamaktadır. Orijinal MNT'ten alınan ve

konvansiyonel nütrisyonel değerlendirmeyeyle yüksek korelasyon gösterdiği belirlenen altı maddeden oluşmaktadırdır. Eğer skor 11 veya daha düşük belirlenirse hastanın malnütrisyon riski taşıdığı kabul edilir ve uzun MNT formu uygulanmalıdır (10). Kısa formun sensitivitesi başarıyla test edilmiştir. Hekimler, hemşireler ve diyetisyenler her iki MNT formunu da uygulayabilirler. Önceden deneyimli bir kişiden eğitim alınması önerilmektedir. Orijinal MNT'te genel sağlık 18 durumu, nütrisyon, antropometri ve kendi hakkındaki değerlendirmesiyle ilgili sorular yer almaktadır. Hastanın kooperasyonuna göre 10-15 dk sürmektedir. Değerlendirme neticesinde hastalar iyi beslenmiş, risk altında veya belirgin malnütrisyon şeklinde sınıflandırılırlar. Çok sayıda çalışmada MNT'in nütrisyonel alım, antropometri, laboratuvar verileri, fonksiyonel durum, morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresi ile iyi korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bu literatür desteğiyle MNT(Ek 8) geriatrik beslenmede en önemli gereç olarak kabul edilmelidir (10).

3.5.7 Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi Charlson Komorbidite Testi:

Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) kronik hastalıklara bağlı mortaliteyi tahmin edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Yapılan pek çok çalışmada Charlson Komorbidite İndeksi yaygınlıkla kullanılmıştır. Bu indekste farklı hastalıkların toplam komorbidite skorunu belirlemede ağırlığı farklıdır. Charlson Komorbidite  l m  Sınırlamaları 19 hastalık durumu değerlendirilir Tanımlanan yandaş hastalıkların şiddeti değerlendirilmiyor, kemoterapiye bağlı toksisiteler dahil edilmemiş, bazı hematolojik tablolar yok (Anemi ve Tromboemboli) yaşam kalitesi dahil değil, değerlendirilirken ana hastalık skora dahil edilmiyor (23).

Charlson Komorbidite İndeksi Komorbidite Hastalık Puanı; koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik pulmoner hastalık, peptik ülser hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovaskuler hastalık, diabetes mellitus karaciğer hastalığı (hafif derecede), bağ doku hastalığı ve demans'ın içinde bulunduğu hastalıklar 1 puan kabul edilmiştir.

Charlson Komorbidite İndeksi Komorbidite Hastalık Puanı; diabetes mellitus (u  organ hasarının eşlik ettiği), renal hastalık (orta veya ağır derecede), hemipleji,

nonmetastatik solid tümör, lösemi, lenfoma ve multipl myeloma'nın içinde bulunduğu hastalıklar 2 puan kabul edilmiştir.

Charlson Komorbidite İndeksi Komorbidite Hastalık Puanı; karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede) 3 puan kabul edilmiştir.

Charlson Komorbidite İndeksi Komorbidite Hastalık Puanı; metastatik solid tümör, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)'nun içinde bulunduğu hastalıklar 6 puan kabul edilmiştir.

40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir.

Komorbidite derecesi 0 ise 0 puan almış olup; 1-2 puan ile derecesi birinci; 3-4 puan ile ikinci; 5 ve üzeri puan ile üçüncü derece kabul edilmiştir (Ek -9).

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin tanımlayıcı bilgileri ve değerlendirmeleri kaydedilmiştir. Kaydedilen veriler Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) programının 24.0 versiyonuyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel bilgiler ortalama \pm standart sapma veya % şeklinde verilmiştir. P değerinin 0.05 ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Parametrik test varsayımlarını yerine getirmeyen 2 den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır; analizin anlamlı çıkması halinde gruplar ikişerli olarak Mann-Whitney U testine tabi tutulmuştur. Boş zaman aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında ilişki olup olmadığını anlamak için; normal dağılıma uyan parametrelerde Spearman Korelasyon Analizi, normal dağılıma uymayan parametrelerde de Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır ve korelasyon katsayısı (r değeri) belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Bilgileri

Çalışmaya 34'ü kadın 37'si erkek toplam 71 birey katılmıştır. Bireylerin %50.7'si 65-70 yaş grubuna, %33.8'i 71-75 yaş grubuna, %15.5'i de 76 üstü yaş grubuna dahildir. %94.4'ünün sosyal güvencesi vardır, %5.6'sının sosyal güvencesi yoktur. Yaşlı bireylerin %73.2'si evli, %5.6'sı bekar ve %21.1'i duldur (Tablo 4.1.1)

Tablo 4.1.1: Yaşlıların Yaş, Yaşadığı Ortam, Sosyal Güvence ve Medeni Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=71	%
Yaş		
65-70	36	50.7
71-75	24	33.8
76 üstü	11	15.5
Cinsiyet		
Kadın	34	47.9
Erkek	37	52.1
Yaşadığı Ortam		
Büyükşehir	57	80.3
Kasaba	7	9.9
Köy	7	9.9
Sosyal Güvence		
Var	67	94.4
Yok	4	5.6
Medeni Durum		
Evli	52	73.2
Bekar	4	5.6
Dul	15	21.1

Yaşlı bireylerin %91,5'i sigara, %95,8 i de alkol kullanmamaktadır. %98.2 si evinde yaşamaktadır. %73.2 sinin evi kendisine aittir. %90.1 i ailesiyle her gün görüşmekte, %71,8 i de komşusuyla-arkadaşıyla her gün görüşmektedir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2: Yaşlıların Sigara ve Alkol Kullanımı, Yaşadığı Yer, Yaşam Düzeni, Kaldığı Ev, Ailesi ve Komşusuyla Görüşmelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=71	%
Sigara Kullanımı		
Var	6	8.5
Yok	65	91.5
Alkol Kullanımı		
Var	3	4.2

Yok	68	95.8
Yaşadığı Yer		
Evinde	69	98.2
Yaşlı bakım evi	2	2.8
Yaşam Düzeni		
Yalnız yaşayan	9	12.7
Eşi işe beraber yaşayan	45	63.4
Bakıcılarıyla beraber yaşayan	17	23.9
Kaldığı Ev		
Kira	11	15.5
Kendisine Ait	52	73.2
Ailesine Ait	6	8.5
Ailesiyle Görüşme		
Her gün	64	90.1
Haftada bir ya da birkaç kez	6	8.5
Ayda bir ya da birkaç kez	1	1.4
Komşusuyla Arkadaşıyla Görüşme		
Her gün	51	71.8
Haftada bir ya da birkaç kez	15	21.1
Ayda bir ya da birkaç kez	5	7

Yaşlı bireylerin %28,2 si ilkökul mezunu, %19,7 si lise mezunudur. %64.8 i emeklidir. %50.7 sinin gelir düzeyi 1500 TL den fazladır. %83.1'i maaşlıdır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3: Yaşlıların Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi ve Mali Durumuna Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n=71	%
Eğitim Durumu		
Okur-yazar Değil	16	22.5
İlkokul Mezunu	20	28.2
Ortaokul Mezunu	6	8.5
Lise Mezunu	14	19.7
Yüksekokul Mezunu	14	19.7
Çalışma Durumu		
Emekli/ Çalışmıyor	65	93
Halen Çalışıyor	3	4.2
Gelir Düzeyi		
1500 tl den az	35	49.3
1500 tl den çok	36	50.7
Mali Durumu		
Kendi maaşı olan	59	83.1
Kendi maaşı olmayan	12	16.9

Yaşlıların %35,2 si 4 ilacı beraber kullanmaktadır. %93 ü yürüme yardımcısı kullanmamakta, %56,3 ü de gözlük kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin

hiçbiri işitme cihazı kullanmamaktadır. %9.9 u kendine yardım aleti kullanmaktadır. %67.6'sı düşme yaşamamıştır, %57,7 si uykusuzluk çekmektedir ve%40,8 inde idrar inkontinansı bulunmaktadır (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4: Yaşlıların Kullandığı İlaçlar, Yürüme Yardımcısı, Gözlük, İşitme Cihazı ve Kendine Yardım Aleti Kullanmasına Ait Tanımlayıcı Bulgular

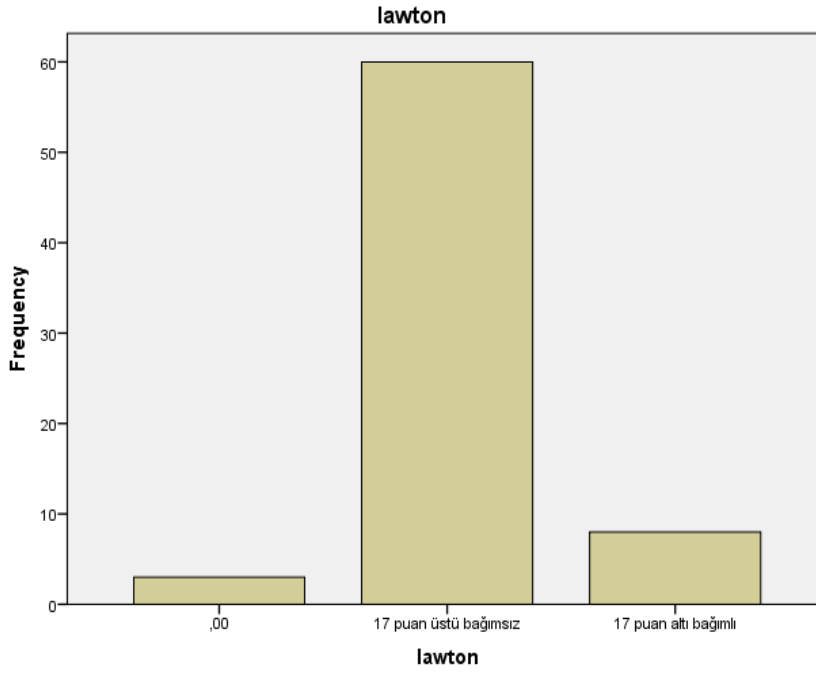
	n=71	%
Kullandığı İlaçlar		
Antidiyabetik	2	2.8
Antihipertansif	11	15.5
Nonstreoid türevleri	1	1.4
Diğer	6	8.5
2li ilaç kullanımı	10	14.1
3lü ilaç kullanımı	9	12.7
4lü ilaç kullanımı	25	35.2
İlaç kullanmıyor	7	9.9
Yürüme Yardımcısı		
Var	5	7
Yok	66	93
Gözlük Kullanımı		
Var	31	43.7
Yok	40	56.3
İşitme Cihazı		
Yok	71	100
Kendine Yardım Aleti		
Var	7	9.9
Yok	64	90.1
Düşme yaşadı mı?		
Evet	23	32.4
Hayır	48	67.6
Uykusuzluk çekiyor mu?		
Evet	30	42.3
Hayır	41	57.7
İdrar İnkontinansı		
Evet	29	40.8
Hayır	42	59.2

4.2. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitesi (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerine (EGYA) İlişkin Bulguları

Yaşlıların fonksiyonel düzeyleri incelendiğinde Katz'a göre yapılan GYA değerlendirmesinde bağımlı grubun olmadığı; Lawton'a göre yapılan EGYA değerlendirmesinde ise %11,3 ünün bağımlı olduğu gösterilmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1: Yaşlıların GYA ve EGYA ya İlişkin Bulguları

	n=71	%
GYA (Katz)		
Bağımlı	0	0
Bağımsız	71	100
EGYA (Lawton ve Brody)		
Bağımlı	8	11.3
Bağımsız	60	84.5



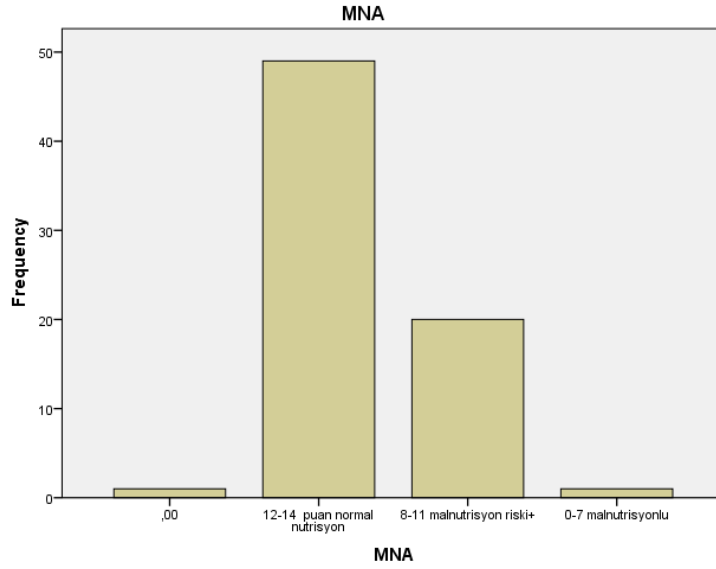
Şekil 4.2. : Lawton'a Göre Bağımlılık ve Bağımsızlık Frekansları

4.3. Yaşlıların Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE), Mini Nutritional Assessment (MNA) Testi, Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) ve Charlson Komorbidite İndeksi'ne İlişkin Bulguları

Yaşlı bireylerin yapılan MMSE testine göre %50,7 si demans değildir. MNA testine göre %69 u normal malnutrisyon göstermekte, %1,4 ü ise malnutrisyon göstermektedir. GDS testine göre %78,8 inde depresyon bulunmamaktadır. Charlson Komorbidite İndeksi'ne göre %45,1 i 3-4 puan arasındadır (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1: Yaşlıların Demans, Nutrisyon, Depresyon ve Komorbidite İndekslerine İlişkin Bulguları

	n=71	%
MMSE		
Demans değil (24 puan üstü)	36	50.7
Demans (24 puan altı)	34	47.9
MNA		
Normal nutrisyon (12-14 puan)	49	69
Malnutrisyon riski (8-11 puan)	20	28.2
Malnutrisyonlu (0-7 puan)	1	1.4
GDS		
7 puan altı (depresyon yok)	56	78.8
7 puan üstü (depresyon var)	14	19.7
Charlson Komorbidite		
0 puan	0	0
1-2 puan	7	8.5
3-4 puan	35	50.7
5 ve üzeri	29	40.8



Şekil 4.3.: Yaşlıların Nutrisyona İlişkin Bulguları

4.4. Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

Yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin bulguları sırasıyla duyuşal fonksiyonlar 9.69 ± 2.935 , özerklik 14.45 ± 3.12 , geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri $14,4 \pm 3.19$, sosyal katılım 13.16 ± 2.88 , ölüm ve ölmek 8.69 ± 3.94 , yakınlık 16.12 ± 3.62 ve toplam 76.39 ± 9.63 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1: Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

Yaşam Kalitesi Alanları	□±SD	Median	Minimum-Maksimum
Duyusal Fonksiyonlar	9.69±2.935	9	5-21
Özerklik	14.45±3.12	15	4-21
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14.4±3.19	15	6-21
Sosyal Katılım	13.16±2.88	13	5-21
Ölüm ve Ölmek	8.69±3.94	8	4-21
Yakınlık	16.12±3.62	16	3-21
Toplam	76.39±9.63	78	49-94

4.5. Yaşlıların Boş Zaman Aktivitesine İlişkin Bulguları

Yaşlıların boş zaman aktivitelerine ilişkin bulguları sırasıyla entelektüel 16.68±10.26, sosyal 9.92±6.22, dini 8.85±6.97, rekreasyonel 24.65±7.93, fiziksel 6.88±6.05 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.1: Yaşlıların Boş Zaman Aktivitelerine İlişkin Bulguları

Boş Zaman Aktiviteleri	□±SD	Median	Minimum-Maksimum
Entelektüel	16.68±10.26	15	0-40
Sosyal	9.92±6.22	7.25	0-28
Dini	8.85±6.97	7	0-25
Rekreasyonel	24.65±7.93	25	7-42
Fiziksel	6.88±6.05	7	0-28

4.6. Boş Zaman Aktiviteleri ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş zaman aktiviteleri ile sosyodemografik özelliklerden; yaş, yaşadığı ortam, sosyal güvence, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı, yaşadığı yer, yaşam düzeni, kaldığı ev, ailesi ve komşusuyla görüşme, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, mali durumu, kullandığı ilaçlar, yürüme yardımcısı, gözlük ve kendine yardım aleti kullanması arasında ilişki olup olmadığının anlaşılması için analizler yapılmıştır. Bu parametrelerden bir kısmı ile boş zaman aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

4.6.1. Yaş Gruplarına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaş gruplarına göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında rekreasyonel alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre 65-70 yaş grubu

ve 71-75 yaş gurubu rekreasyonel boş zaman aktivite skorları, 76 üstü yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1. Yaş Gruplarına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	65-70 yaş (1.grup)		71-75 yaş (2.grup)		76 üstü (3.grup)		p*	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median		
Entelektüel	18.57±10.09	18,37	15.24±10.97	11,62	13.61±11.33	14		0,236
Sosyal	10.22±6.36	8,25	10.05±6.36	7,25	8.36±5.82	7		0,738
Dini	8.97±6.49	8	8.64±6.41	7	8.9±9.92	3		0,812
Rekreasyonel	26.04±7.75	25,5	25.24±7.13	28	18.84±8.25	18	1-2: 0.891 1-3: 0.01 2-3: 0.02	0,028
Fiziksel	6.34±5.34	7	7.67±7.43	7	6.93±5.15	7		0,906

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

****Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.**

4.6.2. Cinsiyete Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların cinsiyetlerine göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında rekreasyonel alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre kadınların rekreasyonel boş zaman aktivite skorları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.2. Cinsiyete Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Kadın		Erkek		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	15.92±9.64	14.5	17.37±11.54	15	0.691
Sosyal	9.38±5.81	7.75	10.41±6.61	7.25	0.917
Dini	7.05±4.82	7	10.51±8.21	9	0.060
Rekreasyonel	26.67±8.97	28	22.8±6.42	22	0.028
Fiziksel	6.93±6.99	7	6.84±5.12	7	0.582

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

4.6.3. Yaşadığı Ortama Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşadığı ortama göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında dini alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre büyükşehirde yaşayanların dini boş zaman aktivite skorları, kasaba-köylerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.6.3).

Tablo 4.6.3. Yaşadığı Ortama Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Büyükşehir		Şehir		Kasaba-Köy		p*	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median		
Entelektüel	17.16±10.61	17	18.68±14.02	11	10.75±4.56	8		0,266
Sosyal	10.10±6.67	7,5	9.42±4.43	7,25	8.92±3.74	7		0,883
Dini	7.79±6.82	7	10.78±5.87	9	15.57±5.65	15	1-2: 0.137 1-3: 0.005 2-3: 0.154	0,009
Rekreasyonel	24.19±7.75	25	26.76±7.60	28	26.32±10.62	25,25		0,657
Fiziksel	7.12±6.32	7	4.85±3.97	5	7±5.71	7		0,616

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.6.4. Sosyal Güvenceye Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların sosyal güvenceye göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.4).

Tablo 4.6.4. Sosyal Güvenceye Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Sosyal Güvence Var		Sosyal Güvence Yok		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	17.16±10.61	15	8.56±7.96	7.5	0.141
Sosyal	10.07±6.27	7.5	7.37±5.32	7	0.340
Dini	8.53±6.85	7	14.25±7.80	14.5	0.167
Rekreasyonel	24.46±7.80	25	28±10.58	26	0.539
Fiziksel	7.08±6.11	7	3.5±4.04	3.5	0.218

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.5. Medeni Duruma Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların medeni durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında sosyal alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre evlilerin ve bekarların sosyal boş zaman aktivite skorları, dullara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.5. Medeni Duruma Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Evli		Bekar		Dul		p*	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median		
Entelektüel	17.86±10.68	16,5	19.25±14.63	14,87	11.88±8.41	12		0,154
Sosyal	10.86±6.60	8,25	10.75±3.31	10,5	6.43±3.93	7	1-2: 0.502 1-3: 0.024 2-3: 0.029	0,04
Dini	9.75±7.01	8,62	3.93±4.57	3,62	7.05±6.82	7		0,126
Rekreasyonel	24.66±7.31	25	20.76±14.92	20,16	25.68±8.15	25		0,727
Fiziksel	6.76±6.03	7	8.25±8.99	6	6.95±5.67	7		0,996

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.6.6. Sigara Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların sigara kullanımına göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.6).

Tablo 4.6.6. Sigara Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Sigara kullanıyor		Sigara Kullanmıyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	22.75±8.32	25.12	16.12±10.69	14	0.100
Sosyal	9.54±3.65	7.37	9.95±6.42	7.25	0.859
Dini	5.20±8.32	1.12	9.19±6.81	7.25	0.133
Rekreasyonel	28.66±4.71	28	24.28±8.09	25	0.146
Fiziksel	6±4.69	5.5	6.96±6.18	7	0.686

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

4.6.7. Alkol Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların alkol kullanımına göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.7).

Tablo 4.6.7. Alkol Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Alkol kullanıyor		Alkol Kullanmıyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	29.83±16.31	39	16.10±10.09	14.62	0.129
Sosyal	14±10.44	9	9.74±6.03	7.25	0.489
Dini	8.83±6	8.5	8.85±7.05	7	0.762
Rekreasyonel	28.52±8.99	32.32	24.48±7.91	25	0.322
Fiziksel	6.33±1.15	7	6.91±6.18	7	0.965

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

4.6.8. Yaşam Düzenine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşam düzenine göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında rekreasyonel alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre yalnız yaşayanların, eşiyile yaşayanlar ve bakıcılarıyla yaşayanlara göre rekreasyonel boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.8).

Tablo 4.6.8. Yaşam Düzenine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Yalnız yaşıyor		Eşiyile yaşıyor		Bakıcılarıyla yaşıyor		p*	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median		
Entelektüel	12.14±6.76	12	17.88±10.56	16	15.88±12.16	14		0,297
Sosyal	8±5.81	7	11.15±6.65	8,25	7.67±4.33	7,22		0,208
Dini	8.41±5.85	7	10±7.23	9	6.04±6.32	7		0,113
Rekreasyonel	29.58±4.98	29	24.76±7.74	25	21.76±8.68	24	1-2: 0.039	0,042
							1-3: 0.020	
							2-3: 0.273	
Fiziksel	7.16±4.47	7	6.26±5.97	7	8.38±6.94	7		0,538

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

****Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.**

4.6.9. Kaldığı Eve Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların kaldığı eve göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.9).

Tablo 4.6.9. Kaldığı Eve Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Kira		Kendisine Ait		Ailesine Ait		P*
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	30.02±14.10	30,02	16.39±10.46	16,5	12.04±9.01	11,12	0,493
Sosyal	10.27±8.77	7,25	9.68±5.14	7,75	8.95±9.67	7	0,344
Dini	9.68±4.82	8,5	8.92±7.49	7	9.20±6.13	7,62	0,73
Rekreasyonel	27.05±4.57	28	24.34±7.85	25	26.20±11.73	28,5	0,297
Fiziksel	7.20±7.11	7	6.35±5.13	7	9±9.61	7	0,906

***Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.**

4.6.10. Eğitim Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların eğitim durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında entelektüel ve sosyal alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre okur-yazar olmayanların entelektüel boş zaman aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yine ilkokul mezunlarının entelektüel boş zaman aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların sosyal boş zaman aktivite skorları, lise mezunu ve yüksekokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. İlkokul mezunlarının sosyal boş zaman aktivite skorları, lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.6.10).

Tablo 4.6.10. Eğitim Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Okur-yazar değil		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Yüksekokul Mezunu		p*	p**
	$\bar{X} \pm SD$	Median	$\bar{X} \pm SD$	Median	$\bar{X} \pm SD$	Median	$\bar{X} \pm SD$	Median	$\bar{X} \pm SD$	Median		
Entelektüel	8.18±5.87	7	12.97±7.54	12,75	18.66±13.15	16	26.41±7.98	26,5	21.71±10.38	19	1-2: 0.059 1-3: 0.064 1-4: 0.001 1-5: 0.001 2-3: 0.428 2-4: 0.001 2-5: 0.009 3-4: 0.137 3-5: 0.620 4-5: 0.206	0
Sosyal	7.71±4.20	7	8.40±7.02	7	8.87±3.58	8,12	14.51±7.36	13	10.67±4.74	11	1-2: 0.936 1-3: 0.678 1-4: 0.007 1-5: 0.030 2-3: 0.581 2-4: 0.015 2-5: 0.071 3-4: 0.082 3-5: 0.320 4-5: 0.279	0,02
Dini	11.03±8.07	8,5	10.38±6.71	8,37	7.33±3.01	7,5	5.82±5.23	5,5	7±7.40	7		0,25
Rekreasyonel	23.76±9.16	23,5	23.20±7.49	24,5	26.33±3.72	28	29.44±7.23	28	22.44±8.14	22		0,15
Fiziksel	5.70±4.26	7	7.53±6.79	7	6.20±5.44	7	7.42±7.61	7	7.55±5.68	7		0,91

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.6.11. Çalışma Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların çalışma durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.11).

Tablo 4.6.11. Çalışma Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Emekli/Çalışmıyor		Halen Çalışıyor		P*
	$\bar{X} \pm SD$	Median	$\bar{X} \pm SD$	Median	
Entelektüel	16.28±10.51	14.12	21.9±11.92	18.5	0.285
Sosyal	9.82±6.1	7.25	11.25±8.26	8	0.821

Dini	8.79±7.04	7	9.6±6.76	8	0.692
Rekreasyonel	24.73±8.16	25	23.65±4.25	22	0.752
Fiziksel	7.07±6.05	7	4.4±6.1	1	0.298

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.12. Gelir Düzeyine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların gelir düzeyine göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.12).

Tablo 4.6.12. Gelir Düzeyine Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	1500 tl den az		1500 tl den çok		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	11.9±8.93	11	21.32±10.15	19	0.001
Sosyal	8.1±5.80	7	11.69±6.17	11.37	0.001
Dini	9.97±6.90	8	7.76±6.97	7	0.214
Rekreasyonel	24.02±8.81	25	25.27±7.04	25.12	0.466
Fiziksel	6.10±6.39	7	7.64±5.67	7	0.109

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.13. Mali Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşam düzenine göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında rekreasyonel alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre maaşlı olanların, maaşlı olmayanlara göre rekreasyonel boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.6.13).

Tablo 4.6.13. Mali Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Kendi maaşı olan		Kendi maaşı olmayan		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	16.82±11.13	15	15.97±8.02	16	0.933
Sosyal	10.36±6.56	8.25	7.75±3.58	7.25	0.426
Dini	9.22±7.43	7.25	7.04±3.73	7	0.541
Rekreasyonel	23.69±7.74	25	29.41±7.41	29	0.012

Fiziksel	7.18±6.10	7	5.41±5.77	4	0.256
-----------------	-----------	---	-----------	---	-------

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

4.6.14. Ailesiyle Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların ailesiyle görüşme durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.14).

Tablo 4.6.14. Ailesiyle Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Her gün		Haftada bir ya da birkaç kez		Ayda bir ya da birkaç kez (1 kişi)	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□	
Entelektüel	16.21±10.68	14.12	21.04±10.68	18.37	20.05	0.426
Sosyal	9.87±6.23	7.25	8.91±5.73	9.5	19.25	0.367
Dini	9.19±7.09	9.5	6.20±5.64	7.12	3	0.466
Rekreasyonel	24.72±7.79	25	24.37±10.70	25	22	0.922
Fiziksel	6.47±5.69	7	11.75±8.46	10.5	4.25	0.210

****Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.**

4.6.15. Komşusuyla-Arkadaşıyla Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşam düzenine göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında sosyal alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre komşusuyla-arkadaşıyla her gün görüşenlerin, haftada birkaç kez ya da ayda birkaç kez görüşenlere göre sosyal boş zaman aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.15).

Tablo 4.6.15. Komşusuyla-Arkadaşıyla Görüşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Her gün		Haftada bir ya da birkaç kez		Ayda bir ya da birkaç kez		p*	P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median		
Entelektüel	17.64±11.55	15	14.08±8.21	14	14.65±5.32	15		0,623
Sosyal	11.39±6.14	9	6.73±5.02	7	4.45±3.61	7	1-2: 0.025 1-3: 0.012 2-3: 0.404	0,007
Dini	9.31±7.23	7	8.63±6.81	9	4.8±3.56	7		0,377
Rekreasyonel	25.05±8.23	25,25	23.26±7.13	22	24.8±10.34	28		0,612
Fiziksel	6.59±6.11	7	7.35±4.95	7	8.45±9.06	7		0,711

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.6.16. Yürüme Yardımcısı Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yürüme yardımcı kullanım durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.16).

Tablo 4.6.16. Yürüme Yardımcısı Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Yürüme Yardımcısı Kullanıyor		Yürüme Yardımcısı Kullanmıyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	10.10±4.72	7.5	17.17±10.80	15.5	0.115
Sosyal	8.7±3.12	7.25	10.01±6.39	7.37	0.830
Dini	11.8±6.09	9	8.63±7.03	7	0.287
Rekreasyonel	24.8±8.55	22	24.64±7.95	25	0.892
Fiziksel	2.8±3.83	3	7.19±6.09	7	0.075

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.17. Gözlük Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yürüme gözlük kullanım durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.17).

Tablo 4.6.17. Gözlük Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Gözlük Kullanıyor		Gözlük Kullanmıyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	19.26±11.58	18.5	14.67±9.48	14	0.092
Sosyal	11.74±7.42	11	8.51±4.73	7.25	0.094
Dini	9.33±7.33	7.25	8.48±6.75	7	0.761
Rekreasyonel	25.12±9.29	25	24.29±6.80	25.25	0.662
Fiziksel	7.97±7.14	7	6.04±4.97	7	0.435

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.18. Kendine Yardım Aleti Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yürüme kendine yardım aleti kullanım durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.18).

Tablo 4.6.18. Kendine Yardım Aleti Kullanım Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Kendine Yardım Aleti Kullanıyor		Kendine Yardım Aleti Kullanmıyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	13.42±10.90	11	17.03±10.62	15	0.334
Sosyal	7.85±7.14	7.25	10.14±6.12	7.37	0.425
Dini	10.14±4.67	10	8.71±7.20	7	0.312
Rekreasyonel	21.28±8.47	22	25.02±7.85	25.12	0.309
Fiziksel	7±5.71	7	6.87±6.12	7	0.858

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.19. Düşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların düşme kullanım durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.19).

Tablo 4.6.19. Düşme Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Düşme yaşadı		Düşme yaşamadı		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	13.70±9.06	14	18.10±17	11.10	0.150
Sosyal	9.19±5.92	7.25	10.27±6.39	7.27	0.965
Dini	7.59±6.77	7	9.45±7.06	8	0.270
Rekreasyonel	22.59±7.59	24	26.65±7.98	28	0.167
Fiziksel	6.86±6.26	7	6.89±6.01	7	0.767

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.20. Uykusuzluk Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların uykusuzluk durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında rekreasyonel alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre uykusuzluk çekenlerin rekreasyonel boş zaman aktivite skorları uykusuzluk çekmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.6.20).

Tablo 4.6.20. Uykusuzluk Durumuna Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Kıyaslanması

Boş Zaman Aktiviteleri	Uykusuzluk çekiyor		Uykusuzluk çekmiyor		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	13.75±8.67	14	18.82±11.48	18.5	0.086
Sosyal	9.61±6.06	7.25	10.14±6.39	8	0.647
Dini	8.05±6.35	7	9.43±7.42	8	0.442
Rekreasyonel	21.94±6.98	21.62	26.64±8.97	28	0.011
Fiziksel	7.25±5.18	7	6.62±6.66	7	0.354

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.21. İdrar İnkontinansına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların idrar inkontinansına göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.21).

Tablo 4.6.21. İdrar İnkontinansına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	İdrar İnkontinansı var		İdrar İnkontinansı yok		p*
	$\bar{x}\pm SD$	Median	$\bar{x}\pm SD$	Median	
Entelektüel	16.54±9.98	18	16.77±14.12	11.16	0.944
Sosyal	9.49±6.11	7.5	10.22±6.35	7.25	0.804
Dini	7.65±6.31	7	9.68±7.36	8.12	0.222
Rekreasyonel	24.77±9.27	28	24.57±6.98	25	0.711
Fiziksel	6.68±6.74	7	7.02±5.59	7	0.489

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.22. Yaşadığı Yere Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların yaşadığı yere göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.22).

Tablo 4.6.22. Yaşadığı Yere Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Evinde		Huzurevinde		p*
	$\bar{x}\pm SD$	Median	$\bar{x}\pm SD$	Median	
Entelektüel	16.21±10.61	14	20.9±10.53	19	0.213
Sosyal	9.66±6.35	7.25	12.28±4.51	14.25	0.052
Dini	8.68±6.76	7	10.42±9.19	8	0.662
Rekreasyonel	24.29±7.5	25	28.03±11.37	28	0.226
Fiziksel	6.74±5.97	7	8.17±7.08	7	0.743

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.23. İlaç Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Yaşlıların ilaç kullanımına göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.6.23).

Tablo 4.6.23. İlaç Kullanımına Göre Boş Zaman Aktivitelerinin Karşılaştırılması

Boş Zaman Aktiviteleri	Antidiyabetik		Antihipertansif		Diğer		2li ilaç kullanımı		3lü ilaç kullanımı		4 veya daha fazla ilaç kullanımı		İlaç kullanmıyor		P**
	□±SD	Med.	□±SD	Med.	□±SD	Med.	□±SD	Med.	□±SD	Med.	□±SD	Med.	□±SD	Med.	
Entelektüel	9.37±13.25	9,3	17.95±14.64	14,3	13.37±9.67	13,3	16.73±7	14,5	16.83±9.16	17	18.57±11.50	18	13.93±8.23	14	0,88
Sosyal	16.13±6.89	16,1	9.89±4.77	7	9.92±9.67	7,13	6.75±5.15	7	10.08±5.34	7,25	11.54±6.84	11	7.14±3.49	7	0,25
Dini	7±9.90	7	11±8.65	8	6.38±5.21	7	7.90±5.45	7	9.61±7.61	7	10.18±7.32	9	5.07±3.72	4	0,51
Rekreasyonel	18	18	23.89±7.58	25,3	21.21±14.04	16	22.13±5.74	21,5	28±6.42	28	26.62±5.40	28	25.47±11.58	28	0,15
Fiziksel	7	7	8.36±6.30	7	8.83±9.79	7	8.55±7.85	7	7.78±6.10	5	6.18±4.62	7	2.86±3.34	1	0,4

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

4.7. Yaşam Kalitesi, EGYA, MMSE, MNA, GDS ve Charlson Komorbidite İndeksi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.7.1. Yaşam Kalitesi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Duyusal fonksiyonlar alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Özerklik alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri alt alanıyla entelektüel, sosyal ve rekreasyonel boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Ölüm ve ölmek alt alanıyla entelektüel boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Yakınlık alt alanıyla sosyal boş zaman aktivitelerine katılıma ait sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.7.1. Yaşam Kalitesi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	Duyusal Fonksiyonlar		Özerklik		Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri		Sosyal Katılım		Ölüm ve Ölmek		Yakınlık		Toplam	
	P*	R	P*	r	P*	r	P*	r	P*	r	P*	r	P*	r
Entelektüel	0,11	-0,19	0,06	0,227	0,01	0,31	0,15	0,175	0,01	0,321	0,09	0,2	0,41	0,1
Sosyal	0,02	0,268	0	0,357	0,01	0,32	0,09	0,203	0,13	-0,18	0	0,343	0,05	0,23
Dini	0,14	0,254	0,48	-0,09	0,55	-0,73	0,3	-0,12	0,05	0,233	0,25	-0,14	0,86	0,02
Rekreasyonel	0,21	-0,152	0,15	0,175	0,02	0,27	0,7	0,047	0,79	0,033	0,96	-0,01	0,06	0,23
Fiziksel	0,67	-0,052	0,28	0,129	0,08	0,21	0,2	0,153	0,6	0,064	0,48	0,084	0,19	0,16

*Spearman veya Pearson Korelasyon analizleri yapılmıştır.

4.7.2. EGYA'daki Bağımsızlık Düzeyi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların EGYA'daki bağımsızlık düzeyi ile boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.7.2).

Tablo 4.7.2. EGYA'daki Bağımsızlık Düzeyi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	Bağımsız		Bağımlı		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	17.26±10.53	16.5	13.93±12.90	10.5	0.261
Sosyal	10.39±6.51	8.12	6.46±3.09	7.12	0.107
Dini	8.95±7.01	7.12	7.59±8.07	4.5	0.558
Rekreasyonel	25.14±7.52	25.12	19.90±10.66	16	0.094
Fiziksel	7.2±6.3	7	4.5±3.07	5.5	0.233

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.7.3. Demans Durumu (MMSE) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların demans durumuna göre boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında entelektüel ve sosyal alanda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre demans olmayanların entelektüel ve sosyal boş zaman aktivite skorları demans olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7.3).

Tablo 4.7.3. Demans Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	Demans değil		Demans		p*
	$\bar{x}\pm SD$	Median	$\bar{x}\pm SD$	Median	
Entelektüel	20.84 \pm 10.75	19	12.29 \pm 8.83	11	0.001
Sosyal	11.38 \pm 6.52	11.12	8.41 \pm 5.67	7	0.023
Dini	8.53 \pm 7.37	7	9.19 \pm 6.73	7.5	0.557
Rekreasyonel	24.93 \pm 7.28	26.5	24.44 \pm 8.77	25	0.822
Fiziksel	6.58 \pm 6.10	7	7.38 \pm 6.06	7	0.557

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.7.4. Beslenme Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların beslenme durumu ile boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.7.4).

Tablo 4.7.4. Beslenme Durumu (MNA) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	Normal malnutrisyon		Malnutrisyon riski		Malnutrisyonlu (1 kişi)		P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	17.65±11	17	15.96±8.81	14,5	0	0	0,225
Sosyal	10.62±6.32	8	8.5±6.33	7,37	7	7	0,523
Dini	9.08±7.54	7,25	7.77±5.11	7	21	21	0,334
Rekreasyonel	24.52±8.30	25,25	25.51±7.33	25	18	18	0,491
Fiziksel	6.74±4.97	7	7.52±8.46	5,5	7	7	0,892

****Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.**

4.7.5. Depresyon Durumu (GDS) ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların depresyon durumu ile boş zaman aktivitelerinin sosyal alanda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre depresyonu olmayanların sosyal boş zaman aktivite skorları depresyonda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7.5).

Tablo 4.7.5 Depresyon Durumu ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	Depresyon yok		Depresyon var		p*
	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	17.65±10.85	17.5	13.03±9.13	14	0.163
Sosyal	10.94±6.41	8.62	6.1±3.01	7	0.003
Dini	8.73±7.02	7.12	9.3±7.04	7	0.876
Rekreasyonel	24.51±8.02	25	25.21±7.82	25	0.761
Fiziksel	7.42±6.16	7	4.86±5.31	4	0.063

***Mann Whitney U testi yapılmıştır.**

4.7.6. Charlson Komorbidite İndeksi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşlıların Charlson Komorbidite İndeksi ile boş zaman aktivitelerinin karşılaştırılmasında herhangi bir boş zaman aktivitesi alanında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.7.6).

Tablo 4.7.6. Charlson Komorbidite İndeksi ile Boş Zaman Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Boş Zaman Aktiviteleri	1-2 puan		3-4 puan		5 ve üzeri		P**
	□±SD	Median	□±SD	Median	□±SD	Median	
Entelektüel	18.21±9.12	18,62	17.64±12.39	14,62	15.16±8.45	14	0,721
Sosyal	7.41±6.21	6,12	10.29±5.89	7,75	9.97±6.59	8	0,361
Dini	6.66±5.08	7	9.14±6.98	7,75	8.94±7.41	7	0,718
Rekreasyonel	28.2±5.93	29	24.18±7.77	25	24.51±8.52	25	0,384
Fiziksel	5.33±5.27	5,5	6.61±5.84	7	7.54±6.53	7	0,723

**Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız yaşlılarda boş zamanların efektif değerlendirilmesinin biyopsikososyal etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Literatürde sosyal katılımın incelendiği birçok yabancı (Cheung 2009, Leung 2010, Dodge2008, Verghese 2006, Niti 2008) ve yerli (Kayıhan 2008, Arun 2008, Altuğ, D, Ülgen 2012) çalışmalar mevcuttur. Geriatrik yaş popülasyonunda boş zamanların etkili değerlendirilmesinin biyolojik sağlığa, bilişsel fonksiyonlara, ruhsal sağlığına ve toplumsal sağlığa dolaylı ve doğrudan olumlu katkılarının olabileceği öngörülmektedir. Ayrıca bu yönde yapılabilecek sosyal ve ekonomik projelere bilimsel bir altyapı olması yönünden değerli olduğu düşünülerek çalışmamız planlanmıştır.

Engel (1977)'e göre biyopsikososyal model hastalıkları belirleyen etmenleri daha iyi kavrayabilmek ve sağlık hizmeti sunumunda rasyonel bir tedavinin planlanıp uygulanabilmesi için geliştirecek tıbbi model aynı zamanda hastayı, hastanın içinde yaşadığı çevreyi ve hastalıkların kötü sonuçları ile başa çıkabilmek için toplum tarafından geliştirilmiş sistemi (sağlık sistemi ve bu sistemde doktorun rolü) de göz önüne almak zorundadır. Birinci sırada biyolojik faktörleri almak yerine hasta olma ve hastalığa yol açan faktörleri değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım ile neden bazı hastaların 'hastalık' dediği sağlık problemlerini diğerlerinin 'yaşamsal sorunlar' olarak nitelendirdiği, hastanın başvuru nedeninin yaşam koşullarına bağlı duygusal reaksiyonlardan mı yoksa somatik semptomlardan mı kaynaklandığını açıklayabiliriz (20).

Bu modele göre hastayı biyolojik açıdan kronik hastalıkları, çoklu ilaç kullanımı, yürüme yardımcısı kullanımı, düşme yaşayıp yaşamadığı, işitme cihazı, gözlük kullanımı, uykusuzluk problemi, idrar inkontinansı varlığı, nutrisyonel açıdan sorguladık. Bilişsel yönden eğitilmişler ve eğitimsizler için de uygulanabilen Standardize Mini Mental Test Ölçeği ile değerlendirdik. Ruhsal yönden Eser ve arkadaşlarının geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Geriatrik Depresyon Skalası ile ve sosyal katılımı ölçmek için de boş zaman aktiviteleri formunu kullandık. Yaşam kalitesini Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe testi ile değerlendirdik.

Birçok çalışmada boş zaman aktiviteleri farklı başlıklar ile değerlendirilmiştir. Gautam vd. (2007) boş zaman aktivitelerini sosyal aktiviteler, yalnız başına yapılan aktiviteler ve dini aktiviteler olarak 3 bölüme ayırmıştır (21).

Leung ise 2011 de Hong Kong 'da yaptığı çalışmada yaşam tarzına göre fiziksel, sosyal, rekreasyonel ve entelektüel olarak 4 bölüme ayırmıştır (22). Türkiye de ise geriatric hasta grubunda sosyal katılımın incelenmesi başlığı altında Ülgen 2012 de 5 başlık altında incelemiştir. Bu çalışmayla benzer olarak bizim çalışmamızda da boş zaman aktiviteleri formu kullanıldı ve bu formda boş zamanlar entelektüel, sosyal, dini, rekreasyonel ve fiziksel aktiviteler başlıkları altında incelendi (17).

Çalışmamızda boş zaman aktivitelerini yaş gruplarına göre incelediğimizde geç yaşlılar olarak adlandırdığımız 76 yaş ve üzeri yaşlılar rekreasyonel aktivite yönünden daha erken yaşlılara göre daha zayıf bulundu. Yaş ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar belirginleşmektedir (24). Dodge yaş ortalaması 76,1 olan 301 yaşlı hasta ile yaptığı çalışmada fiziksel hobi ve sosyal katılımın 65-74 yaşları arasındakilerin 85 yaş ve üzerinelere göre daha sık olduğunu belirtmiştir (25). Yaşla birlikte sağlık ve sosyal alanda oluşan değişiklikler ile yaşlıların aktivitelere ilgileri ve bu aktiviteleri yapma becerileri azalır (16). Geç yaşlılar yaşlanma sürecinden büyük ölçüde etkilenmiştir ve Thomopoulou (2009)'ya göre, diğer yaşlılara göre fiziksel kısıtlılıklar, özerklikte azalma, rekreasyonel aktiviteleri etkiler (26). Rekreasyonel aktiviteler başlığı altında TV izleme, alışveriş yapma, bitki yetiştirme ve hayvan besleme, örgü örme, yemek yapmak gibi aktiviteler bulunmaktadır. Bu zaviyeden bakınca Türkiye'nin sosyokültürel yapısı gereği yemek yapmak, örgü örmek, hayvan beslemek ve bitkilerle ilgilenmek gibi ev içi veya evle ilgili gündelik işlerin daha çok kadınların üstlendiği düşünülürse rekreasyonel aktivitelerde kadın cinsiyet hâkimiyeti beklenmektedir. Bizim çalışmamızda da cinsiyetler arasında rekreasyonel açıdan kadınların ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Ülgen (2012)'in çalışmasında da toplam boş zaman aktiviteleri katılımında cinsiyetler arası fark gözlenmemişken, bizim çalışmamızda farklı olarak kadınların rekreasyonel aktivite katılımı yüksektir. Yin (2008) ise Hong Kong'daki yaptığı çalışmasında erkeklerin boş zaman aktivitelerine katılımını yüksek bulmuştur (27). Bu bize toplumların yaşam tarzlarının ve cinsiyetlere

yükledikleri rollere göre aktivitelerin değişebileceğini ve bu kültürel farkların göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda kasaba ve köylerde yaşayanların dini aktiviteleri büyük şehirlerde yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Buna göre kentleşen kesimlerde dini yaşayışın daha geri planda kaldığı, seküler hayat tarzının daha hâkim olduğu ve kırsalda dini yaşantının günlük yaşamın daha çok içinde olduğu söylenebilir. Şehir yaşamında aktivite çeşitliliğinin olmasının ve spiritüel ritüellere ayrılacak vaktin daralmasının ve hızlı yaşam kültürünün etkin olmasının da bu sonuçta etkili olabileceği kanaatindeyiz. Ülgen (2012) çalışmasında büyük şehirlerde yaşayanlarda kasaba ve köylerde yaşayanlara göre toplam boş zaman aktivitelerine entelektüel, sosyal ve rekreasyonel aktiviteler katılımlarını yüksek bulmuştur. Dini aktivite ile ilgili bir fark gözlemlememiştir (17). Su vd. (2006) Çin’de köy ve kent yaşayanlarını boş zaman aktiviteleri yönünden karşılaştırdığında kırsalda yaşayanların günlük aktivitelerinin çocuk bakmak, ev işleri olduğu kentlerde yaşayanların ise eğitim seviyesi artmasıyla birlikte günlük aktivitelerin rekreasyonel yönde arttığını görmüşlerdir (28). Kırsal kesimde en sevilen faaliyet çocuklar ve torunlar ile oynamaları; kentte yaşayanların ise seyahat etmek olduğu; ayrıca kırsal kesimde yaşayanların kentte yaşayanlara göre arkadaşlarıyla daha sık görüştüğü bulunmuştur. Bu da kültürler arasındaki aktivite seçiminde olabilecek farklılıklar açısından iyi bir örnek olabilir.

Ward (1979) yaşlılarda aktivite seçiminin ve bu aktivitede yer almanın genellikle sağlık ve ekonomik durumla ilişkili olduğu üzerinde durmuştur (29). Reichert(2007) Brezilya’da yaptığı bir çalışmada yaşlıların boş zaman aktivitesi yapmalarına engel olan nedenlerinden biri olarak yeterli maddi imkân olmayışı olarak belirlemiştir (30). Bizim çalışmamızda sosyal güvenceye göre boş zaman aktiviteleri arasında fark bulunamamıştır. Türkiye’de uygulanan Genel Sağlık Sigortası politikası ile hemen hemen her vatandaşın sağlık sigortası kapsamında olduğu göz önünde bulundurulursa bu sonuç beklenebilir. Çalışmamızda beklenenin aksine kendi maaşı olan bireylerin rekreasyonel aktivitelerinin daha düşük olduğunu görmekteyiz. Fakat rekreasyonel aktivitelerde kadın cinsiyetin hâkim olduğu ve kendi maaşı olanların, kültürel faktörlerle ilişkili olarak, ev dışında para kazanma ve buradan emekli olma durumu sonucunda büyük çoğunluğunun erkek cinsiyet olması ile bu sonuç açıklanabilmektedir.

Minkler ve Fullere göre eşi ile birlikte yaşayan ya da yalnız yaşama yaşlıların mental durumlarında etkilidir. Yalnızlık kognitif beceriyi olumsuz yönde etkiler (31). Bosma vd. 830 Hollanda'lı kadın ve erkekler üzerinde yaptığı prospektif kohort çalışmasında 3 yıl boyunca izlemiş ve muayene raporlarında mental, sosyal ve fiziksel aktivitelerini raporlamış. Bu üç aktivite her fazda bilişsel fonksiyonlarla negatif ilişkili ölçülmüş. Evli olan hastaların boş zaman aktivitelerinin bilişsel işlemler ve aktivite değerlendirilmesinde eş zamanlı olumu etkilerinin olduğunu bulmuştur (32). Bizim çalışmamızda evli ve bekar olanların dul olan bireylere göre sosyal katılımlarının daha yüksek olduğu çıkmıştır. Bu durum bize eşini kaybetmiş olmanın sosyal izolasyon nedeni olabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda depresyonda da dul olmanın, erkek cinsiyette olmanın risk faktörleri olduğunu hatırlayacak olursak sosyal katılımı olumsuz etkileyebileceği beklenen bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda yaşlı kadın ve erkeklerde yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti açısından farklılıkların olduğu evli bayanların yalnız veya boşanmış bayanlara göre yüksek yaşam memnuniyetine sahip oldukları bulunmuştur (33).

Wu ve Chan (2011)'de yaptığı çalışmada yalnız başına ya da çocuklar ile birlikte yaşayanların sosyal izolasyon belirleyicisi oldukları bulunmuş ve apartmanda komşuluk çerçevesinde günlük yaşam aktivitelerine katılımın sosyal izolasyonu azalttığı belirlenmiştir (34). Çalışmamızda yalnız yaşayanların; eşiyle veya bakıcıyla yaşayanlara göre sosyal, entelektüel açıdan farklılık bulunmamakla birlikte rekreasyonel aktivitelerde artış gözlenmesi alışveriş yapma, yemek yapma gibi temel ihtiyaçlara yönelik aktivitelerin bu başlık altında irdelenmesi dolayısıyla olduğunu düşünmekteyiz. Gautam ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erkeklerde televizyon izleme, radyo dinleme, fiziksel aktivite katılımının; kadınlarda ise televizyon izleme ve radyo dinlemenin düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu bulmuştur (21). Bizim çalışmamızda ülkemizde de yaşlı erkekler günün büyük bölümünü kıraathane vb. yerlerde arkadaşları ile vakit geçirerek; kadınlar ise evde çocuklarına ev işlerinde yardım ederek, torun bakarak, TV izleyerek geçirmektedirler. Evde buldukları süre içinde yaşlıların televizyon izleme, müzik dinleme ve komşular ile vakit geçirme, kırsalda hayvan besleme ve bahçe işleri ile uğraşma, dini uğraşlar gibi aktiviteler yapmaktan hoşlanmakta olduklarını gözlemledik.

Çalışmamızda okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarının lise ve yükseköğretim mezunlarına göre entelektüel ve sosyal aktivite skorları düşük bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak Dodge fiziksel olmayan hobi aktiviteleri eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha sık bulunmuştur (25). Ülgen (2012) eğitim seviyesi yükseldikçe dini aktiviteler hariç diğer tüm aktivite alanlarında (sosyal, fiziksel entelektüel ve rekreasyonel) katılımın arttığını gözlemiştir (17). Droomers ise eğitim seviyesi düşük olan grupta boş zaman aktivitelerine katılımın azaldığını belirtmiştir (35). Joe Verghese 2003 te yaptığı çalışmasında eğitim seviyesinin kognitif fonksiyonlarını arttırarak entelektüel kapasitenin arttığını bulmuştur (36). Entelektüel düzey artışı ile sosyal katılımın artışının birlikteliğinin, hobi kursları ve çeşitli sosyal grupların bir araya gelmesinin maddi imkânlarla da ilgili olabileceğinden kaynaklandığı görüşündeyiz. Gelir düzeyine göre entelektüel ve sosyal alanda anlamlı fark çalışmamızda gözlenmemiştir fakat anlamlı düzeye yakınlık göstermektedir. Eğitim seviyesi artışına paralel olarak maddi imkanların artışı mümkündür ve yapılabilecek faaliyetlerin önündeki maddi engeller azalacaktır. Bu nedenle hasta sayısı artırılarak yapılacak başka çalışmalarda anlamlı sonuçlar bulunabilir. Ward 1979 da yaptığı çalışmada yaşlılardaki aktivite seçimi ve yer almanın sosyoekonomik durumla bağlantılı olduğunu söylemektedir. Yaşlıların entelektüel ve sosyal katılımlarını engelleyen birçok nedenden bir teori de yeterli maddi imkân olmayışıdır (30). Ülgen ise çalışmasında gelir düzeyi artışı ile dini aktiviteler arasındaki entelektüel, sosyal, fiziksel ve rekreasyonel olan tüm alanlarda artış olduğunu göstermiştir (17).

Literatürde çocukları ve eşiyile birlikte yaşayan yaşlıların fiziksel fonksiyonlarının ve yaşam rollerinin daha olumlu olduğunu belirten çalışmalara rastlanmıştır (37). Bazı çalışmalarda evli olanların veya yakını ile birlikte yaşayanların daha aktif yaşlanma sürecinde olduklarını göstermektedir (17). Bizim çalışmamızda evli olanların ve bekar olanların dullara nispeten rekreasyonel aktivitelerinin düşük olduğu; diğer parametrelerde anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Dulların yaşam için gerekli olan yemek yapmak, alışveriş yapmak gibi aktivitelerini kendilerinin yapmak durumunda kalmaları, ayrıca yalnız başına yapılabilecek sedanter en kolay aktivite olan TV izleme ve radyo dinleme gibi aktivitelerinin bu başlıkta olması dolayısıyla artışın olması öngörülebilir bir sonuçtur. Ülgen çalışmasında eşi ile yaşayanların; çocukları ya da bakıcı ile yaşayanlara göre boş zaman aktivitelerine katılımlarının arttığını görmüştür

(17). Yalnız yaşayanların bizim çalışmamızla paralel olarak rekreasyonel aktivitelerinde artış gözlenmiştir. Fakat bizim çalışmamızda toplam boş zaman aktivitelerinde artış saptanmıştır.

Hastalarımızın ailesiyle görüşme sıklığı ile boş zaman aktiviteleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun ailesiyle her gün görüşenlerin oranının haftada ya da ayda bir görüşenlere göre dramatik olarak fazla olması ve Türk aile yapısında yaşlıların aile içinden tecrit edilmemesi, aile hayatının içinde olması ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda ailesiyle her gün görüşenlerin yüzdesi 90,1 iken, komşu arkadaşları ile her gün görüşme yüzdesi de 71,8'tir. Arkadaşlarla görüşme sıklığının yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda yaşam memnuniyetini açık bir biçimde söyleyemez (Tseng ve Wang 2001)(38). Ancak modern literatürde arkadaş ya da ailesiyle görüşme imkanının sunduğu destek gözden kaçırılmayacak derecede önemlidir (39). Çalışmamızda komşu ve arkadaşlarla görüşme sıklığı her gün olanların diğerlerine göre sosyal aktivite skorları yüksek çıkmıştır. Komşu ve arkadaşlarla sık görüşmek yaşlılar için yakın bağlar kurarak sosyal ilişkilerin sürdürülmesi açısından önemli bir göstergedir. Bu durumda, sosyal ilişkiler söz konusu olduğunda geleneğin, aile ve komşularla olan sosyal dayanışmanın üstlendiği toplumsal ve kültürel işlevlerin Türkiye için daha fazla önem kazandığı söylenebilir.

Hastalarımızın yaşadığı yere göre yaşlı bakımevi veya ev bakıldığında; boş zamanlarını değerlendirme yönünden bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda yaşlı bakım evinden gelen hasta sayısının çok az olmasının payı olabileceğinden birey sayısı artırılarak yapılacak çalışmalarda farklı sonuçların çıkması da muhtemeldir. Yaşlı bakımevlerinin de ayrı bir grup olarak ele alınması ve benzer çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

Bizim çalışmamızda geriatric hasta popülasyonunda boş zaman aktivitelerinin incelendiği diğer çalışmalardan farklı olarak geriatric sendromlar ile boş zaman aktivitelerinin ilişkisi incelenmiştir. Türkiye'de geriatric hasta popülasyonunun boş zaman aktiviteleri fiziksel hareketlilik durumları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır; ancak boş zamanların aktif değerlendirilmesi ile geriatric sendromların ilişkisi bizim literatürü taradığımız ve bulabildiğimiz kadarı ile incelenmemiştir. Çalışmamız bu alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olması nedeniyle değerlidir.

Yaşlı bireylerde geriatrik sendromların yaşam kalitesinin ve özellikle sosyal katılımlarının; dolaylı olarak da depresyona meyillerinin etkilenmesi beklenebilir. Kişinin özerkliğinin engellendiği bir takım durumlarda özellikle sosyal alanda olumsuz sonuçlar beklenebilir. Buradan yola çıkarak çalışmamızda geriatrik sendromlardan olan idrar inkontinansı, uykusuzluk, düşme yaşayıp yaşamadığı, çoklu ilaç kullanımı, gözlük ve işitme cihazı kullanımı gibi durumlar da sorgulanmıştır.

Amerika'da 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaklaşık %10 u görme bozukluğuna sahiptir ve bu durumun depresyon, sosyal izolasyon gibi sonuçları vardır (41). Bizim çalışmamızda %43 gibi yüksek oranda gözlük kullanımı, değerlendirme ve tedavi programında görme problemlerinin dikkate alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda görme problemleri ile boş zaman aktivitelerinin kısıtlanmasına yönelik bir sonuç çıkmamıştır, fakat çalışmamız nispeten bağımsız ve sağlıklı bir popülasyondan oluştuğu için sonuçlarımıza yansımamış olabileceğinden bu alanda ek çalışmalarla desteklenebilir yeni ve farklı sonuçlarla karşılaşılabilir. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz işitme cihazı ve yürüme yardımcısı kullanımının da boş zaman aktivitelerine etkisinin görülmemesi bu açıdan değerlendirilebilir.

Hatanın fiziksel kısıtlılıkları arasında düşme yaşamış olması idrar inkontinansı ve uykusuzluk ve sonuçları gibi problemler de sayılabilir. Yaşlıların ilerleyen yaşla beraber yapılan boş zaman aktivitelerinin daha pasif ve ev merkezli olduğu belirtilmektedir (41). Bunun olası nedenlerinden biri fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin düşme, idrar inkontinansı, idrar kaçırma korkusu, çoklu ilaç kullanımının çeşitli yan tesirleri ile azalmış olması olabilir. Geriatrik sendromlardan biri olan idrar inkontinansının sosyal ortamlardan kaçınma, evden çıkmaktan korkma, toplu taşıma araçlarının kullanımından çekinme gibi olası etkilerinden dolayı boş zaman aktivitelerinden sosyal alt başlığında negatif etkilenme beklenebilirdi; fakat çalışmamızda bir korelasyon görülmedi. Çalışmamızın hasta sayısı artırılarak ve bağımsızlık kriterleri eklenmeyerek yapılacak yeni çalışmalar için öncülük edebileceğini düşünmekteyiz.

Yaşlı hastalarda sık karşılaştığımız bir diğer problem üriner inkontinans oranı kadınlarda %17- 55 oranında değişkenlik göstermektedir (42,43). Bizim çalışmamızdaki oranlar %40,8 ile benzerlik göstermektedir. Fiziksel olarak ciltte maserasyon ve iritasyon bulgularından bası yaralarına kadar değişen lezyonların ciltte sorunlara yol

açabildiği gibi üriner sistem enfeksiyonlarına da yol açabilmektedir. Belki de en önemli sonuçları psikolojik ve sosyal alandaki komplikasyonlardır. Basit utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında kendine güvenin azalması sonucunda da sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyon yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Çalışmamızda sosyal boş zaman aktivitesi alt başlığına yansımaları saptamadık fakat önemli ölçüde sık görülen bir problem olduğunu ve hekimlerin yaşlı hastalarının öyküsünü alırken mutlaka sorgulanması gereken bir problem olduğunu düşünmekteyiz.

Geriatrik sendromlardan bir başkası da düşme korkusudur. Düşme risk ve korkusu yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olan bir sorundur (44). Yaşlılarda düşme prevalansı %13-% 55,6 arasında değişen değerlerde bulunmuştur (45). Çalışmamızda %32 bulunmuştur. Literatürde yaşlıların birçoğunun düşme korkusu yaşadıkları, bireyin duygu ve davranışlarında önemli farklılıklar yaratarak günlük yaşam aktivitelerini azalttığı, fiziksel aktiviteleri kısıtlayarak fonksiyonel gerilemelere, sosyal katılımı sınırlamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir (44). Bizim çalışmamızda düşme yaşamış olmasının boş zaman aktivitelerinin herhangi bir alt başlığında olumsuz etkisi saptanamamıştır. Düşme yaşamış olan hastalarda düşme korkusunun gelişmesi ve en az sosyal ve fiziksel alt başlıklarının etkilenmiş olması beklenirdi fakat biz bu sonucu saptayamadık. Hastaların bağımsızlık skorunun yüksek olanların çalışmaya dahil edilmesinin sonuçları etkileyebileceği, sınırlandırılma yapılmadan yeni çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Yaşlılar hekimlere sıklıkla uykusuzluk şikâyetinden yakınır. Yaşla birlikte uykuda fizyolojik değişimler ve günlük ritimde kaymalar gözlenir. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklara bağlı da gelişebilir. Yapılan çoğu çalışmada yaşlıların yaklaşık %40 ı uyku kalitesinden hoşnut değildir (46). Güneş vd. (2005) geriatrik iki grubun en az altı aydır egzersiz yapan ve yapmayanların dahil edildiği bir çalışmada altı ayın sonunda egzersiz yapan grubun uyku kalitesinin arttığını bulmuştur. Yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumun arttığını gözlemlemiştir (15). Çalışmamızda uykusuzluk çekenlerin boş zaman faaliyetlerinde düşük skor aldıkları bir alan olmamıştır.

Literatürde fiziksel aktivitelerin uyku düzenine ve kalitesine olumlu etkilerinin olduğu birçok çalışma mevcuttur (47). Ancak ülkemizde egzersizin günlük kısa yürüyüş dışında çok fazla yapılmıyor olmasından dolayı fiziksel egzersizin uyku ile ilişkisini çok fazla göremediğimiz kanısındayız (41). Yaşlıların fonksiyonel kapasiteleri de göz önünde bulundurularak haftada en az üç gün rahatlıkla spor yapabilecekleri merkezlerin oluşturulmasının, evlerine yakın her mahallede yürüyüş parkurları olmasının bunlara ulaşımın kolay hale getirilmesinin yaşlılarda ve tüm toplumda fiziksel aktivite kültürünün geliştirilmesi yönündeki engellerin kaldırılması bağlamında önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Guioz ve arkadaşları yaşlılarda malnutrisyonun prevalansının Mini Nutrisyonel assesment ile değerlendirildiği 21 çalışmanın verilerini meta analiz yaparak derlemişler. Toplum içinde herhangi bir bakım evi veya sağlık merkezine bağımlı olmadan yaşayan yaşlılarda malnutrisyon oranını %2; malnutrisyon riskini %24 olarak bulmuşlardır. Toplam 30.000 in üzerinde yaşlı hastayı içeren bu analiz göstermiştir ki malnutrisyon prevalansı toplumda yaşayan yaşlılarda %1, evde bakım olan hastalar %4, kendi evinde yaşayan alzheimerli hastalarda %5, hospitalize hastalarda %20, yaşlı bakımevindeki hastalarda %37 olarak bulunmuştur (48). MNA ile yapılan bir başka benzer çalışmada yine toplum içinde yaşayan yaşlıların %1-%5 inde malnutrisyon veya malnutrisyon riski tespit edilmiştir (49). Çalışmamızda ise malnutrisyonu olan %1,4 iken malnutrisyon riski % 28,2 bulunmuştur. Hastalarımızın büyük çoğunluğu evde yaşayan yaşlılar olmasına rağmen malnutrisyon riski yüksek çıkmıştır. Kahraman (2009) yaptığı çalışmada beslenme bozukluğunun kognitif fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve depresyon ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (50). Bizim çalışmamızda ise malnutrisyon riski yüksek bulunmuştur. Asıl incelediğimiz malnutrisyon veya riskinin boş zaman aktivitelerine etkisi olup olmadığıdır ve bununla ilgili pozitif bir bulgumuz olmamıştır. Malnutrisyon genellikle altta yatan sebep direk yaşlılığın kendisi değil, ileri yaşla birlikte vücutta ortaya çıkan bir takım değişikliklerdir. Bunlar tat ve koku duyusunda azalma, iştahta azalma, ağız hijyen bozukluğu ve dişlerde eksilmelere bağlı çiğneme kusurları, gastrointestinal sistem de ortaya çıkan değişiklikler endokrin değişikliklerdir (51). Organik değişikliklerin yanı sıra hareket kısıtlılığı, sosyal izolasyon ve entelektüel kısıtlılık gözlenebilir. Tüm bunlar yetersiz beslenme ve bir veya birden çok besin ögesinin eksikliğinden kaynaklanabilir. Bize göre malnutrisyon durumunun

çalışmamızda olduğu gibi, sosyal katılıma doğrudan etkisi olmadığı gibi dolaylı yollarla bazı boş zaman aktivitelerini etkileyebilir (fiziksel alt başlık gibi). Konunun daha ayrıntılı doğrudan ve dolaylı olarak incelenmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Depresif semptomların 65 yaş üzerinde görülme sıklığının çok değişken olduğu genel popülasyonda %15-20 gibi oranlar verilirken, yaşlı bakımevinde kalanlarda %40'a yükselmekte olup hastanede yatanlarda ise %50 civarında bildirilmiştir (41). Bu çalışmalara paralel olarak çalışmamızda %19,7 oranında depresyon görülmüştür. Bu da bize geriatrik popülasyonda depresyonun sık görülebildiğini ve geriatristlerce ve aile hekimlerince periyodik psikososyal tarama yapılması gereken bir durum olduğunu ortaya koymaktadır.

Blumental vd. 55 yaş üzeri 156 kişide depresyona egzersiz tedavisi, sadece ilaç alımı ve egzersiz ilaç birleşiminin etkinliğini araştırmışlar ve gruplar arası fark bulamamışlardır (52). Yücel ise çalışmasında aktivite öncesi ve sonrası duygu durum fonksiyonları karşılaştırıldığında huzurevi ve ev grubunun her ikisinde de depresyon skalası sonuçları olumlu yönde anlamlı değiştiğini göstermiştir (41). Biz ise çalışmamızda depresyon ile boş zaman aktivitelerinin sosyal alt alanının etkilendiğini bulduk. Sosyal olmayanların depresyon skalaları yüksek çıkabileceği gibi depresyonun bir sonucu olarak kişinin sosyal hayatı olumsuz etkilenmiş olabilir. Fakat literatürde daha sosyoaktif olmanın depresyonun gelişmesini yavaşlattığını gösteren çalışmalar bizim çalışmamızın da desteklediği gibi sosyal katılımın artırılmasının depresyonla mücadelede etkin olabileceğine ışık tutmaktadır. Bu bağlamda belediyelerin ücretsiz hobi kurslarının yaygınlaştırılmasının, spor ve sanatsal etkinliklerini bir toplulukla birlikte gerçekleştirmesinin, çeşitli kısa veya uzun mesafe gezilerinin yaygınlaştırılmasının, yaşlıların sosyalleşmesine olumlu katkıları olabileceğine, hafif depresyonda ilaç kullanımının azalacağına inanmaktayız. Ayrıca bu aktivitelerin yaygın olduğu ve olmadığı semtlerde yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılmasının yaşlılara yönelik politikalarda belirleyici bir altyapı çalışması olduğunu düşünmekteyiz.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada 50-74 yaş aralığındaki kişilerde dini toplantılara katılmanın iyi olma haline ve yaşam doyumuna önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (53). Bu çalışmaya benzer şekilde Ülgen, dini aktivitelerle katılım ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulmuştur (17). Çalışmamızda dini aktiviteler ile boş zaman

aktivitelerinin herhangi bir alt başlığı arasında ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular toplumumuzdaki bireysel ya da toplu ibadet konusundaki tercihleri, fiziksel kısıtlılıklarından ötürü her aktiviteyi düzenli ve periyodik yapamamaları, çok kültürlü ve farklı dini inanışların bir arada yaşadığı ülkemizde her inanç grubunun farklı ritüelleri olması gibi sosyolojik belirteçlerle açıklanmasının daha sağlıklı olduğu düşüncesindeyiz. Dini uğraşların yaşam kalitesi, kognitif fonksiyonlar ve depresyonla ilişkisinin çok boyutlu sosyolojik ve tıbbi çalışmaların birlikteliğiyle incelenmesini savunmaktayız.

Kanıtı dayalı çalışmalar boş zaman, hobi, sosyal aktivitelerin daha çok yapılmasının fiziksel problemlerden ziyade mental sağlık problemleri olan yaşlılarda daha çok kullanıldığını göstermiştir (54).

Demanslı hastalarda bir hemşire ve bir ergoterapist gözetiminde rekreasyonel aktivite tedavisinin uygulandığı bir çalışmada tedavi öncesi ve sonrasında uygulanan kognitif test sonuçlarının Alzheimer hastalığı olanlarda gelişme göstermediği ancak vasküler demansın yeni oluşumuna karşı koruyucu olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (55).

Çalışmalar yaşlılarda fiziksel aktivitelerin hem bedensel hem zihinsel sağlığa etkileri ile yaşam memnuniyetini arttırdığını göstermektedir (56). Fisher ve Lee haftada üç kez her bir seansı bir saatlik yürüyüşlerin yaşlıların yaşam kalitesini arttırdığını göstermişlerdir (57). Bizim çalışmamızda fiziksel aktiviteler ile yaşam kalitesi, depresyon ve demans arasında bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde kognitif fonksiyonlar açısından fiziksel aktivitelere katılımın sosyal ya da rekreatif aktivitelere katılım kadar etkili olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (19). Nitekim bizim çalışmamızda da sosyal katılımın ve entellektüelitenin demans ile negatif korelasyonu olduğu bulunmuştur. Sosyal izolasyon demansı tetikleyebileceği gibi; demansı olan hastalar da aktivitelere ve konuşmalara katılmadığı için veya uyum sağlayamadığı için kendisini toplumdan tecrit ediyor olabilir. Çalışmamıza dâhil edilme kriterlerinden biri de demans tanısı almamış veya herhangi bir demans ilacı almıyor olması nedeniyle bu çalışmada yeni başlangıçlı ya da tanı konulmamış hastaların değerlendirilmesi yapılabilmektedir.

İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kognitif bozuklukların önüne geçmesi açısından oryantasyon ve hafızaya yönelik aktiviteler önemlidir (41). Literatürde çok amaçlı aktivite tedavisinin vasküler demansı olan hastaların kognitif fonksiyonlarını arttırdığı yönünde çalışmalar göstermiştir (58). Çok yönlü aktivitelerin entelektüel kapasiteyi kullanarak işlevlendirerek ve sosyal ilişkilerin de kurulmasını sağladığı hesaba katılırsa, çalışmamızın da sunduğu verilere dayanarak, bu çok yönlü aktivitelerin demansın gelişimini engellediğini veya yavaşlattığını söyleyebiliriz.

Çalışmamız boş zaman aktiviteleri ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğundan farklı olarak biyopsikososyal yönden kapsamlı bir şekilde geriatrik popülasyonu değerlendirmiştir. Biyolojik yönden sağlık göstergeleri olarak Charlson Komorbidite İndeksi ve çoklu ilaç kullanımının boş zaman aktiviteleri ile ilişkisini de incelenmiştir. Charlson komorbidite İndexinin ve çoklu ilaç kullanımının herhangi bir alt başlıkla ilişkisi bulunamamıştır. Bu çalışma geriatrik sendromların incelenmesi çoklu ilaç kullanımının ve Charlson komorbidite indexinin aktivitelerle ilişkisinin incelenmesi bakımından ilk yerli çalışma özelliğini taşımaktadır. Burada hasta seçiminde bağımsız ve nispeten sağlıklı hastaların seçiminin sonuçların anlamlı çıkmamasında bir etken olabileceğini ve demans, bağımsızlık dışlanması yapılmaksızın yeni çalışmalar planlanmalıdır. Hastaların antidiyabetik ilaçlar alması ile hipoglisemik semptomlar yaşayabilir ve baş dönmesi gibi etkiler gözlenebilir. Bu gibi etkilerle fiziksel ve sosyal aktivite alanlarının etkilenmesi beklenebilirdi. Ayrıca antihipertansiflerle de hipotansiyon neticesinde ,düşme korkusun sosyal izolasyon nedeni olabileceği akla gelebilir. Bu ve benzeri semptomlar ve komplikasyonlar akılda tutularak daha çeşitli ve spesifik yapılabilecek yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Avusturalya'da yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlardan mental yönden daha iyi fakat genel sağlık durumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (59). Çalışmamızın amacı boş zaman aktivitelerinin genel sağlığa etkisine bakmak olduğu için değerlendirmemiz cinsiyete göre yapılmamıştır.

Avusturalya'da yapılan bir başka anket çalışmasının sonuçlarına göre en çok yapılmak istenen aktiviteler: golf, yürüme, tenis ve yüzme olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da hastaların ek çok yürüme egzersizi tercih ettikleri gözlenmiştir. Yaşlıların bu aktiviteleri tercih amaçları ise sağlıklı kalmak, o aktiviteye ilgi duymak

fiziksel yorgunluğu arttırmak, eklem hareketliliğini korumak olarak sıralanmıştır (60). Amerika'da 196 yaşlı bireyin %80 den fazlasının arkadaş ziyareti yaparak, TV izlemek ve radyo dinleyerek boş zamanlarını değerlendirdiği görülmüştür (61). Bizim çalışmamızda yaşlıların en çok rekreasyonel aktivitelerle, daha sonra da entelektüel aktivitelerle zaman geçirdiğini görmekteyiz. Rekreasyonel alt başlıkta alışveriş yapmak, yemek yapmak, TV izlemek ve radyo dinlemek aktiviteleri değerlendirildiğinden literatürle uyumlu olduğunu görmekteyiz. Entellektüel başlık altında ise en çok yapılan aktivitenin gazete okumak ve bulmaca çözmek; özellikle erkek hastalarımızın kahvehanede arkadaşlarıyla dama, okey gibi oyunlar oynamak olduğunu söyleyebiliriz. Entelektüel aktivitelerin de literatürle korele olduğunu düşünmekle beraber anketimizde torun bakmak veya evdeki tadilatları yapmak gibi bazı aktivitelerin yer almadığını görmekteyiz. Mevcut boş zaman aktivitesi anketlerinin genişletilerek yeni bir ölçek çalışması gerekliliği olduğunu da söyleyebiliriz. Niti 2008 yılında 1635 yaşlı bireyin rekreasyonel, fiziksel ve sosyal boş zaman aktivitelerinin bilişsel fonksiyonlara etkisini incelemiştir. En anlamlı sonuç üretkenlik (rekreasyonel) ve kitap okumak vb. katılarak bulunmuştur (19). Başka bir çalışmada ise sosyal zayıflığın ve çocuklarla yetersiz iletişimin, demans veya kognitif sapma için büyük risk oluşturduğu gösterilmiştir. Buna göre sosyal bağlantılara, aktivitelere katılıma ek olarak evli olmak veya torun bakmak da kognitif fonksiyonları koruyabilir. Torun bakmanın kişinin kendine bakmasını güçleştirdiğine ve depresyon seviyesini arttırdığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (62). Çalışmamızda yalnız yaşayanların rekreasyonel aktiviteleri arttırdığı gözlenmiştir. Bunda yalnız yaşayan kişinin bütün temel ihtiyaçlarını kendisi yapmak zorunda olmasının (alışveriş yapmak, yemek yapmak gibi) ve tek başına yapılabilecek en basit aktivitelerden TV izlemek, radyo dinlemek olmasının rolü büyüktür.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri çok çeşitlidir (Dünya Sağlık Örgütü, Nottingham Sağlık Profili gibi). Bizim çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmek için DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi kullanılmıştır.

Çin'de 269 yaşlı ile yapılan bir araştırmada boş zaman aktiviteleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Entelektüel ve sosyal aktivitelere katılımın yaşam kalitesinde fiziksel ve zihinsel alanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu; rekreasyonel aktivitelere katılımın sosyal fonksiyonlarla, duygusal mod ve mental sağlık ile pozitif

yönde ilişkili olduğu; üretken aktivitelere katılımın ise genel sağlık ile pozitif ilişkili olmadığı bulunmuştur (17). Yine Yin ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışmada egzersizler ve thai-chainin boş zaman aktivitesi olarak yaptıklarında yaşam memnuniyetine katkıda bulunduğunu göstermişlerdir (27).

İsveç'te yapılan bir çalışmada boş zaman aktivitelerini, kültürel–eğlence, rekreasyonel kişisel gelişim aktiviteleri, fiziksel ve outdoor aktiviteler, grup içi aktiviteler ve resmi grup aktiviteleri olmak üzere ayırmışlardır. Bu çalışma 1981 ve 1992 yılları arasında boş zaman aktiviteleri- yaşam kalitesi ilişkisini incelemiştir ve boş zaman aktivitelerine katılımın özellikle dul, fonksiyonel bozukluğu olan ve ailesiyle iletişimi az olan bireylerde yaşam kalitesine pozitif yönde etkileri olduğu belirtilmiştir (13).

Ülgen ise çalışmasında günlük yaşam aktivitelerine katılımın arttıkça bağımsızlık düzeyi arttığını; depresyon ile eğitim seviyesinin ters orantılı olduğunu; komşularla görüşme sıklığı arttıkça sosyal katılımın arttığını bulmuştur. Yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin ve sosyal katılımlarının yaşam kalitesini desteklediğini gözlemlemiştir (17). Bizim çalışmamızda da duyuşsal fonksiyonlardaki iyilik hali ve bununla kısmen ilişkili kişinin bağımsızlık ve özerkliği alanının, yakınlık kurabilme yetisi ve tüm yaşam faaliyetlerindeki etkinliğin sosyal katılımıla kuvvetli ilişkisi bulunmuştur. Buradan yola çıkarak kişilerin fiziksel bağımsızlığının artırılması yönünde egzersiz ve rehabilitasyon merkezlerinin oluşturulması ve sıklaştırılması önerilmektedir. Ayrıca hareketli yaşamın hayatın her devresinde teşvik edilmesinin yaşamımızın son devresinde yaşam doyumunun artırılmasına büyük hizmet edeceğini öngörmekteyiz. Buna ek olarak rekreasyonel ve sosyal aktiviteleri olan bireylerin geçmiş yaşamlarından ve bugünkü yaşamlarından memnuniyetlerinin yüksek olmasının, yaşlanma ve yaşlılık için geliştirilecek planlamalarda sosyal, kültürel, entellektüel ve kendini geliştirme faaliyetlerine ağırlık verilmesi gerekliliğinin de bu çalışmayla gösterildiğini düşünmekteyiz.

Yaşlıların entellektüel aktiviteleri arttıkça ölüm ölmekle ilgili kaygıların arttığını bulduk. Bu durumun, bilişsel durumu daha iyi olanların ölüm ve kendi gelecekleri hakkında algılamalarının daha iyi olmasından, farkındalıklarının yüksekliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Bu çalışma Geriatri polikliniğimize başvuran yaşlıların boş zaman aktiviteleri ile sosyodemografik özellikleri, demans, depresyon, nutrisyon durumu, yaşam kalitesi ve genel sağlık profilleri arasındaki ilişki olup olmadığının incelenmesidir. Boş zaman aktivitelerinde de entelektüel, sosyal, dini, rekreasyonel ve fiziksel uğraşlar olarak beş başlık altında irdelenmiştir. Buna göre sosyodemografik özelliklerden yaş grubuna göre, cinsiyete göre, şehir-köy yaşamına göre, yalnız ve eşiyile yaşayıp yaşamadığına göre, eğitim seviyesine göre ve her gün komşularıyla görüşme sıklığına göre, uykusuzluk problemi ne göre boş zaman aktiviteleri arasında anlamlı sonuçlar bulduk. Bunlar rekreasyonel uğraşların geç yaşlılarda düşük olması, kadın cinsiyette daha fazla olması, yalnız yaşayanlarda daha fazla olması ve uykusuzluk çekenlerde daha az olduğu sonuçlarıdır.

Entelektüel uğraşlar ile yaşam kalitesi, kognitif fonksiyonları güçlendirmesi, eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha fazla uğraşının olması arasında ilişki saptanmıştır.

Dini aktivitelerin köyde yaşayanlar için daha sık yapılan bir uğraşı olduğunu gördük.

Sosyal uğraşların demans görülme sıklığı ile negatif ilişkili olduğu, depresyon görülmesi ile ters orantılı olduğu; evli ve bekarların dullara göre daha çok sosyal uğraşlarının olduğunu komşuları ile daha sık görüştüğünü; dul olmanın sosyal izolasyon nedeni olabileceğini, saptadık. Ayrıca sosyalliğin yaşam kalitesine de olumlu etkisi olduğunu gördük.

Literatürün aksine fiziksel faaliyetler ile hiçbir sosyodemografik ya da demans, malnutrisyon, depresyon ve komorbidite puanı ile arasında ilişkili parametre saptanmamıştır. Bu durum Yücel'in de değindiği gibi Türkiye'de fiziksel aktivitenin azlığından kaynaklandığı söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar yaşlılarda depresyon düzeyinin azaltılması, demans gelişme riskinin azaltılması, fonksiyonel bağımsızlık ve özerkliğin sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılmasının, yaşlılarımızın boş zamanlarını efektif değerlendirilmesi ile yakın ilişkili olduğunu göstermektedir.

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

Yaşlıların boş zamanlarını aktif kullanmaları teşvik edilmelidir ve aktivitenin doğumdan yaşamın son demlerine kadar devam eden bir süreç olması sağlanmalı bu konuda kültür ve bilinç oluşturulmalıdır. Her bireyin ev içinde ve dışında fiziksel, mental ve sosyal rolleri üzerine kurulu düzenli aktiviteleri olmalıdır. Çalışmamızda nispeten sağlıklı ve bağımsız yaşlılar değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sağlıklı yaşlılarda ortaya koyduğu sonuçlar dikkate alınarak benzer çalışmaların mental, fiziksel, psikolojik sağlığı ile problemleri olan yaşlılarda da yapılması tavsiye edilmektedir.

Bu ve benzeri çalışmalar hayatın son devresinde dahi aktif olmanın sağlığa ne denli katkılarının olabileceğini göstermekle beraber toplumsal verimin artırılmasına(sağlığın olumsuz etkilenmesi dolayısıyla verimsizliğin önlenmesi yoluyla da) ışık tutabilecek türdendir. Bu aktivitelerin çeşitlendirilmesi, bu aktivitelere ulaşımın önündeki engellerin kaldırılması, ulaşılabilirliğin artırılması, yaşlıların aktivitelere olan ilgilerinin artırılması, bilincin oluşturulması için devletin geriatristler, aile hekimleri, fizyoterapistler ve psikologlarla iletişim halinde olarak bu ve benzeri çalışmalardan yola çıkarak bu faaliyetlerin güçlendirilmesi ve yeni projelerin üretiminin sağlanması amaçlanabilir.

Çalışmamızın geriatrik sendromlar ile sosyal katılımı incelenmesi yönünden yapılan ilk çalışmalardan olması ve aktif yaşamın hastalara olan etkisinin biyopsikososyal yönden yani sağlığın her yönüyle değerlendirilmesinin güçlü yanı olduğunu düşünmekteyiz. Zayıf yönü olarak ise hasta sayısının nispeten az olması ve sadece bağımsız hastaların değerlendirilmesi olarak söylenebilir.

Bu ve benzer çalışmaların artırılması ve sosyal politikalara yön vermesi yaşlılarımızın sağlığını ve dolayısıyla toplumsal sağlığımızı güçlendirecektir.



7. KAYNAKLAR

1. Soyuer, F. and A. Soyuer, Yaşlılık ve fiziksel aktivite. 2008.
2. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları Raporu, 2014. Ankara.
3. Özkayar, N. and S. Arıoğul, Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler İç Hastalıkları Dergisi, 2007. 14(1): p. 18-26.
4. Soyuer, A., Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008.
5. Arslan, T., Farklı yerleşim bölgelerinde yaşayan sağlıklı yaşlılarda fiziksel fonksiyonun değerlendirilmesi. 2010, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
6. Iwao, S., et al., Effect of aging on the relationship between multiple risk factors and waist circumference. Journal of the American Geriatrics Society, 2000. 48(7): p. 788-794.
7. M.A, E., Yaşlı olgularda kognitif fonksiyon bozukluğunun anestezi ilaç gereksinimi ve derlenme üzerine etkileri, Uzmanlık Tezi,. 2008.
8. Cangöz B., Yaşlılıkta bilişsel ve psikolojik değişim Geriatri: yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşım (Kutsal, YG) Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara, 2009. 4: p. 99-104.
9. Buğrul, N., Beylikova'da 55 yaş üstü bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi. 2015.
10. Kahraman C., Hospitalize edilen geriatric hastalarda beslenme bozukluğunun kognitif fonksiyonlara, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2009.
11. Şener, A. and H. İktisadi, yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri.
12. Hsu, H., Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? Aging & mental health, 2007. 11(6): p. 699-707.
13. Silverstein, M. and M.G. Parker, Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. Research on aging, 2002. 24(5): p. 528-547.
14. Tufan, İ., Modernleşen Türkiye'de yaşlılık ve yaşlanmak: yaşlanmanın sosyolojisi. 2003: Anahtar Kitaplar.
15. Güneş, G., N. Demircioğlu, and L. Karaoğlu, Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi, 2005. 8(2): p. 78-83.

16. Yücel, H. and H. Kayıhan, Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda çok amaçlı aktivite eğitiminin kognitif fonksiyonlara etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2010. 30(1): p. 227-232.
17. Ülgen, S.Y., Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2012, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
18. Şener, A., Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-dergisi*, 2009: p. 1-18.
19. Niti, M., et al., Physical, social and productive leisure activities, cognitive decline and interaction with APOE-ε4 genotype in Chinese older adults. *International Psychogeriatrics*, 2008. 20(02): p. 237-251.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği 1. Aşama uyum eğitimi kurs notları. 2011.
21. Gautam, R., T. Saito, and I. Kai, Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. *BMC public health*, 2007. 7(1): p. 1.
22. Leung, G.T.Y., et al., Examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*, 2011. 26(1): p. 39-47.
23. Hall, W.H., et al., An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. *BMC cancer*, 2004. 4(1): p. 1.
24. Berberoğlu U., et al., Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri.
25. Dodge, H.H., et al., Healthy cognitive aging and leisure activities among the oldest old in Japan: Takashima study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2008. 63(11): p. 1193-1200.
26. Koutsouki, D., Ioanna Thomopoulou¹, Dimitra Thomopoulou² &. *Biology of exercise*, 2010. 6.
27. Yin, L., The perceived leisure constraints of retired elderly people in Aldrich Bay. An honours project submitted in partial fulfilment of the requirement for the degree of bachelor of arts in physical education and recreation management (honours). Hong Kong Baptist University, 2008.

28. Su, B., X. Shen, and W. Zhou, Leisure life in later years: Differences between rural and urban elderly residents in China. *Journal of Leisure Research*, 2006. 38(3): p. 381.
29. Ward, R.A., The meaning of voluntary association participation to older people. *Journal of Gerontology*, 1979. 34(3): p. 438-445.
30. Reichert, F.F., et al., The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *American journal of public health*, 2007. 97(3): p. 515-519.
31. Minkler, M., E. Fuller-Thomson, and J.M. Guralnik, Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2006. 355(7): p. 695-703.
32. Bosma, H., et al., Engaged lifestyle and cognitive function in middle and old-aged, non-demented persons: a reciprocal association? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2002. 35(6): p. 575-581.
33. Alexandre, T.d.S., R.C. Cordeiro, and L.R. Ramos, Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 2009. 43(4): p. 613-621.
34. Wu, T. and A. Chan, Families, friends, and the neighborhood of older adults: Evidence from public housing in Singapore. *Journal of aging research*, 2011. 2012.
35. Droomers, M., C.T.M. Schrijvers, and J. Mackenbach, Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *Journal of epidemiology and community health*, 2001. 55(8): p. 562-568.
36. Verghese, J., et al., Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 2003. 348(25): p. 2508-2516.
37. Freebairn, L. and M. Bourne, Maternal and Perinatal Health in the ACT 2000-2004. 2007: ACT Health.
38. Tseng, S.Z. and R.H. Wang, Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 2001. 18(5): p. 304-311.
39. Bowling, A. and S. Iliffe, Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 2006. 35(6): p. 607-614.

40. Arun, Ö., Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2008. 7(2): p. 313-330.
41. Yücel, H. and H. Kayıhan, Huzurevinde ve evde çok amaçlı aktivite eğitiminin geriatrik depresyona etkisi.
42. Silay, K., et al., Occult urinary incontinence in elderly women and its association with geriatric condition. European review for medical and pharmacological sciences, 2016. 20(3): p. 447-451.
43. Ateşkan, Ü., et al., Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Geriatri, 2000. 3(2): p. 45-50.
44. Atay, E. and M. Akdeniz, Yaşlılarda düşme, düşme korkusu ve bedensel etkinlik. GeroFam, 2011. 2(1).
45. Hawk, C., et al., Assessment of balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older. Chiropractic & osteopathy, 2006. 14(1): p. 1.
46. Maggi, S., et al., Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. Journal of the American Geriatrics Society, 1998. 46(2): p. 161-168.
47. King, A.C., et al., Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioral, and emotional responses to family caregiving a randomized controlled trial. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2002. 57(1): p. M26-M36.
48. Guigoz, Y., et al., The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature-What does it tell us?/Discussion. The journal of nutrition, health & aging, 2006. 10(6): p. 466.
49. Guigoz, Y., S. Lauque, and B.J. Vellas, Identifying the elderly at risk for malnutrition. Clinics in geriatric medicine, 2002. 18(4): p. 737-757.
50. Kahraman C., Hospitalize edilen geriatrik hastalarda beslenme bozukluğunun kognitif fonksiyonlar , depresyon, yaşam kalitesi üzerine etkisi. Fatih Sultan Mehmet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği uzmanlık tezi 2009.
51. Visvanathan, R., Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem! Journal of postgraduate medicine, 2003. 49(4): p. 352.

52. Blumenthal, J.A., et al., Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of internal medicine*, 1999. 159(19): p. 2349-2356.
53. Warr, P., V. Butcher, and I. Robertson, Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*, 2004. 8(2): p. 172-183.
54. Mountain, G.A., Occupational therapy with older people. 2004: Whurr.
55. Nagaya, M., et al., Recreational rehabilitation improved cognitive function in vascular dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. 53(5): p. 911-912.
56. McAuley, E., et al., Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. *Annals of behavioral Medicine*, 2006. 31(1): p. 99-103.
57. Fisher, K.J. and F. Li, A community-based walking trial to improve neighborhood quality of life in older adults: a multilevel analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004. 28(3): p. 186-194.
58. Hannemann, B.T., Creativity with dementia patients. *Gerontology*, 2006. 52(1): p. 59-65.
59. Maternal and perinatal health in the ACT www.health.act.gov.au
1. 2000-2004.
60. Kolt, G.S., R.P. Driver, and L.C. Giles, Why older Australians participate in exercise and sport. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2004. 12(2): p. 185-198.
61. Lee, R.E. and A.C. King, Discretionary time among older adults: How do physical activity promotion interventions affect sedentary and active behaviors? *Annals of Behavioral Medicine*, 2003. 25(2): p. 112-119.
62. Minkler, M. and D. Fuller-Thomson, Physical and mental health status of American grandparents providing extensive child care to their grandchildren. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, 2000. 56(4): p. 199-205.
63. Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimleri, AHUZEM

8. ÖZGEÇMİŞ

Esin (ÖZTÜRK) DOĞRU 1989 yılında Hanak/Ardahan doğdu. İlk, orta öğrenimini Hanak'ta, lise öğrenimini Kars Fen Lisesi'nde tamamladı. 2006 yılında başladığı Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Üniversitesinden 2013 yılında mezun oldu. 2013 yılı Ağustos-Aralık ayları arasında Hanak Toplum Sağlığı Merkezi'nde sorumlu hekim olarak çalıştı. 2014 yılından bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği Kliniğinde asistan hekim olarak görev yapmaktadır.



9. EKLER

EK -1: Sosyodemografik Veri Formu

Adı-soyadı:**Yaş:**

- 65-70
- 71-75
- 76 ve üstü

Cinsiyet:

- Kadın
- Erkek

Telefon:**Adres:****Yaşadığı ortam:**

- Büyük şehir
- Şehir
- Kasaba/Koy

Sosyal güvence:

- Var
- Yok

Medeni durumu:

- Evli
- Bekar /Dul

Alkol Kullanımı:

- Var
- Yok

Sigara Kullanımı:

- Var
- Yok

Yaşadığı yer:

- Ev
- Yaşlı Bakım Evi

Yaşam düzeni:

- Yalnız
- Eşi ile beraber
- Yakınları/Bakıcı ile beraber

Kaldığı ev:

- Kira
- Kendine ait
- Ailesine ait

Eğitim durumu:

- Okur-yazar değil
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Yüksekokul mezunu

Çalışma durumu:

- Emekli
- Hali hazırda çalışan
- Hiç çalışmamış

Gelir düzeyi:

- 1500 TL'den daha az
- 1500 TL ve üstü

Mali durum:

- Maaşlı
- Maaşlı değil

Ailesi ile görüşme sıklığı:

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

Komşusu ile görüşme sıklığı:

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

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

- Anti Diabetik
- Anti hipertansif
- İkili ilaç kullanımı
- Üçlü ilaç kullanımı
- Dört veya daha fazla ilaç kullanımı

Yürüme yardımcısı kullanımı:

- Var
- Yok

Gözlük:

- Var
- Yok

İşitme cihazı:

- Var
- Yok

Kendine yardım aleti:

- Var
- Yok

Varsa:

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

Düşme yaşamış mı?

- Evet
- Hayır

**Uykusuzluk problemi çekiyor
mu?**

- Evet
- Hayır

**İdrar kaçırma problemi oluyor
mu?**

- Evet
- Hayır

EK-2: Boş Zaman Aktiviteleri Formu

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

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

EK-3: Standardize Mini Mental Test

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeyiz ()

- Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

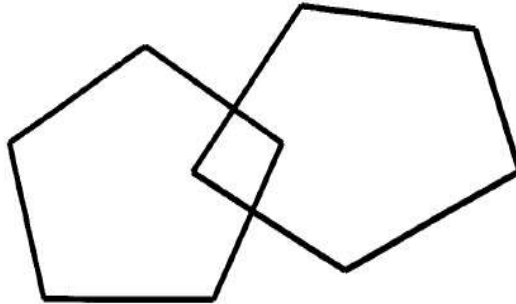
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanılır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınmazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirle nen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldı ğında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksi yonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanılır.

DİKKAT ve HESAP

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1) .
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli dir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

EK-4: Geriatrik Depresyon Skalası

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI KISA FORM

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

EK-5: Katz'ın Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

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

EK-6: Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

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

-Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
-Yolculuk yapamaz	(0)
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu	Puan
-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir	(0)
-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Mali işler	Puan
-Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
-Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.	(1)
-Mali işlerini takip edemez	(0)

WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü 2005

Yönerge

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

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

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

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımanız için teşekkür ederiz

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

1. (F 25.1) Duyularımızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamımızı ne ölçüde etkilemektedir?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. (F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımanız için teşekkür ederiz

EK-8: Mini Nutrisyonel Test

Soyad:		Ad:		
Cinsiyet:	Yaş:	Ağırlık, kg:	Boy, cm:	Tarih:

Aşağıdaki soruların kutularına uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirmeye devam edin.

Tamara		J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün	<input type="checkbox"/>
A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çığneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu? 0 = besin alımında şiddetli düşüş 1 = besin alımında orta derece düşüş 2 = besin alımında düşüş yok	<input type="checkbox"/>	K Protein alımı için seçilen besinler ▪ Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> ▪ Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> ▪ Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise	<input type="checkbox"/>
B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo kaybı yok	<input type="checkbox"/>	L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet	<input type="checkbox"/>
C Hareketlilik 0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor	<input type="checkbox"/>	M Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor? 0.0 = 3 bardaktan az 0.5 = 3-5 bardak 1.0 = 5 bardaktan fazla	<input type="checkbox"/>
D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? 0 = Evet 2 = Hayır	<input type="checkbox"/>	N Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yiyemiyor 1 = Güçle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor	<input type="checkbox"/>
E Nöropsikolojik problemler 0 = Ciddi bunama veya depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir psikolojik problem yok	<input type="checkbox"/>	O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor	<input type="checkbox"/>
F Vücut Kitle İndeksi (VKI) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre) ² 0 = VKI 18'den az (19 dahil değil) 1 = VKI 19'la 21 arası (21 dahil değil) 2 = VKI 21'le 23 arası (23 dahil değil) 3 = VKI 23 ve üzeri	<input type="checkbox"/>	P Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi	<input type="checkbox"/>
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan)	<input type="checkbox"/>	Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla	<input type="checkbox"/>
12-14 puan: Normal nutrisyonel durum 8-11 puan: Malnutrisyon riski altında 0-7 puan: Malnutrisyonlu		R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla	<input type="checkbox"/>
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız		Değerlendirme (en fazla 16 puan)	<input type="checkbox"/>
Değerlendirme		Tarama puanı	<input type="checkbox"/>
G Bağımsız yaşıyor (bakım evinde veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır	<input type="checkbox"/>	Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)	<input type="checkbox"/>
H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır	<input type="checkbox"/>		
I Bası yarası veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır	<input type="checkbox"/>		

Ref. Velas B, Villaro H, Abellan O, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2005; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/99 10M
Daha fazla bilgi için: www.mna-elderly.com

Malnutrisyon Gösterge Puanı

24 to 30 puan	<input type="checkbox"/>	Normal nutrisyonel durum
17 to 23.5 puan	<input type="checkbox"/>	Malnutrisyon riski altında
17 puandan aşağı	<input type="checkbox"/>	Malnutrisyonlu

EK-9: Charlson Komorbidite İndeksi

Charlson Komorbidite İndeksi	
1	Koroner arter hastalığı
	Konjestif kalp yetmezliği
	Kronik pulmoner hastalık
	Peptik ülser hastalığı
	Periferik damar hastalığı
	Serebrovasküler hastalık
	Diabetes mellitus
	Karaciğer hastalığı (hafif derecede)
	Konnektif doku hastalığı
	Demans
2	Diabetes mellitus (uç organ hasarının eşlik ettiği)
	Renal hastalık (orta veya ağır derecede)
	Hemipleji
	Nonmetastaik solid tümör
	Lösemi
	Lenfoma
	Multipl myeloma
3	Karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede)
6	Metastatik solid tümör
	AIDS
Not: 40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir.	

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. Bu kurallarda anılan ve tüm başvuru materyalinin gerektirdiği sorumluluk bana aittir. (14.01.2017)

Esin DOĞRU

