T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

EDİRNE İL MERKEZİNDE YAŞLI BİREYLERİN AKTİF YAŞLANMA DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Mustafa Serhat UYSAL

EDİRNE – 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında gösterdiği tüm destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, anabilim dalı üyeleri Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili aileme, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, her daim yanımda olan eşim Gönül UYSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 2

- **TANIMLAR** 2
- **DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YAŞLANMA** 3
- **YAŞLILIK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ** 6
- **AKTİF YAŞLANMA** 9
- **YAŞAM KALİTESİ** 11
- **AKTİF YAŞLANMAYA YÖNELİK POLİTİKALAR** 12

GEREÇ VE YÖNTEMLER 16

BULGULAR 21

TARTIŞMA 45

SONUÇLAR 58

ÖZET 60

SUMMARY 62

KAYNAKLAR 64

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ASEAN: Association of Southeast Asian Nations (Güneydoğu Asya Ülkeleri Birliği)

ASM: Aile Sağlı Merkezi

AYÖ: Aktif Yaşlanma Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UN: United Nations (Birleşmiş Milletler)

UNECE: The United Nations Economic Commission for Europe

WHOQOL-OLD: Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde insan yaşam süresi dünya çapında artmıştır. Nüfusun yaşlanması olarak tanımlanan ülke nüfusunun dağılımında ileri yaşlara doğru kayma, yüksek gelirli ülkelerde başlamış olsa da şu anda en büyük değişim düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (1). Bu demografik dönüşüm süreci gelecek yıllarda özellikle sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında etkili olacaktır. Doğum oranlarının düşmesi, doğumda ve 60 yaşında beklenen yaşam sürelerinin uzaması ayrıca yaşlı nüfusun artması bu dönüşümün en önemli paydaşlarıdır (2).

İlerleyen yaşların, yaşamaya değer olmasını sağlamak için yaşlanma sırasında yaşamın olumlu yanlarını korumaya dikkat edilmelidir. Yaşlıların kendilerinin, ailelerinin ve diğer insanların refahına olan katkıları, yaşlı insanların fazla bulunduğu toplumlarda büyük öneme sahiptir (3).

Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere devletler, yaşlanan nüfusun topluma katkısını artırmak ve kişinin iyilik halinin artırılmasını sağlamak amacıyla politikalar geliştirmiş ve geliştirmeye de devam etmektedir. Yaşlı nüfus açısından ülkemizin de durumu pek farklı değildir. Yıllar içerisinde ortanca yaşın yükseldiği ve yaşlı nüfusun arttığı açık şekilde görülmektedir (4). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılara yönelik çalışmaların önem arz ettiği bu süreçte, bu çalışmayı yaparak Edirne il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeyini değerlendirmeyi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

TANIMLAR

İnsanın doğumundan, içinde bulunduğu zamana kadar olan geçen süreyi kapsayan döneme ‘kronolojik yaş’ denir. İnsan yaşamında okula gitmek, evlenebilmek, ehliyet almak, emekli olmak gibi aşamalar çoğu zaman kronolojik yaşa bağlıdır (2).

İlerleyen zamanla birlikte, her canlıda görülen hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde ortaya çıkan geri dönüşsüz yapısal ve fonksiyonel değişikliklere ise “yaşlanma” denir. Yaşlanma canlılara özgü olmakla birlikte, beden yapısı ve işlevindeki süregelen engellerin birikimi olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Yaşlanma, her ne kadar yıpranma ve bozulma gibi engellerin birikimi olsa da, onarım ve yeniden yapım gibi mekanizmalar da devam etmektedir (5). Yaşlanmanın kronolojik, biyolojik (anatomik ve fizyolojik değişiklerle), psikolojik, ekonomik, toplumsal ve sosyal boyutları vardır (2).

Kronolojik yaşlanma, doğumla başlayan ve insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı olan yaşlanmadır (2).

Biyolojik yaşlanma, döllenme ile başlayıp yaşın artmasıyla birlikte bireyin geçirdiği anatomik, fizyolojik ve morfolojik değişimleri ifade eder. Yaşlanan vücudun üretkenliği ve fizyolojik işlevselliği sürekli ve geri dönüşümsüz bir biçimde azalmaktadır (1,6). Ancak bu azalma doğru bir yaşam tarzı ile yavaşlatılabilir.

Psikolojik yaşlanma, artan yaşla birlikte bireyin zihinsel yetenek ve işlevlerindeki azalma sonucu davranış ve uyumda meydana gelen değişimi ifade eder (2).

Sosyal yaşlanma, artan yaşla birlikte bireylerin toplum içindeki konum, rol ve sosyal ilişkilerinde meydana gelen değişimi ifade eder (6).

Ekonomik yaşlanma, bireylerin artan yaşla birlikte biyolojik olarak fonksiyonel kapasitelerinin ve üretkenliklerinin azalması sonucu maddi gelir düzeyinin azalmasıyla birlikte bireyin yaşam koşullarında değişimi ifade eder (1,6)

"Yaşlılık" ise artmış yaşın etkilerini gösterme, yaşlı olma hali olarak tanımlanmaktadır ve bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Yaşlılığın tanımı için kronolojik yaş önemlidir ve 65 yaş yaşlılığın başlangıcı kabul edilir (5).

Gerontolojistler yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlı olarak sınıflamışlardır fakat bu değerlendirmenin kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Yaşlanmanın getirdiği zihinsel ve fiziksel kapasitede azalma, hareket yeteneğinde kısıtlanmalar görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir (5).

Biyolojik seviyede yaşlanma, zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücresel hasar birikiminin etkisinden kaynaklanır. Bu, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya, artan hastalık riskine ve nihayetinde ölüme yol açar. Ancak bu değişiklikler artan yaşla ne doğrusal, ne de tutarlı bir ilişkiye sahiptir. Örneğin 70 yaşındaki bazı kişiler son derece iyi bir sağlık ve işlevselliğe sahipken, aynı yaşa sahip farklı kişiler ise sağlık ve işlevsellik olarak zayıf ve önemli ölçüde yardıma muhtaç olabilirler. Yaşlanmaya karşı halk sağlığı stratejileri geliştirilirken, sadece yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpları yerine koymaya çalışan yaklaşımları değil; aynı zamanda iyileşme, adaptasyon ve psikososyal büyümeyi güçlendirebilecek yaklaşımları da dikkate almak gerekir (1).

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YAŞLANMA

Günümüzde insan yaşam süresi dünya çapında artmaktadır. Nüfusun yaşlanma hızı da geçmişe göre çok daha hızlı seyretmektedir. DSÖ'ye göre; 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş ve üzeri dünya nüfusunun, 2050 yılına kadar 2 milyara ulaşması beklenmektedir. 2015 ve 2050 arasında, dünyadaki 60 yaş üstü nüfus oranının %12'den %22'ye, yani hemen hemen iki katına çıkması beklenmektedir. 2018 yılında dünya çapında 125 milyon insan 80 yaş ve üzerinde olup, 2050 yılına kadar bu sayının 434 milyona ulaşacağı öngörülmektedir ve ayrıca 2050'de yaşlıların %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı belirtilmektedir. Bu

verilere bakarak tüm ülkelerin, sağlık ve sosyal sistemlerini bu demografik değişime en iyi şekilde hazırlanmasını sağlamak için büyük zorluklarla karşı karşıya olduğu görülmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü 2019 verilerine göre, dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi 73,31 yıl olarak belirtilmiştir. Bu süre kadınlarda 75,87 erkeklerde 70,85'tir. DSÖ'nün ülkelerdeki doğumda beklenen yaşam sürelerine göre yaptığı sıralamada, ilk üçte sırasıyla Japonya (84,26 yıl), İsviçre (83,45 yıl) ve Güney Kore (83,30 yıl) yer almaktadır (7). 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranına göre, en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler ise sırasıyla Japonya (%28), İtalya (%23) ve Portekiz (%23) olmuştur (8).

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de benzer şekilde insan yaşam süresi ve yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma, sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, refah düzeyinin artması gibi sebeplerle nüfusun yaş yapısının değiştiği görülmektedir. Bu değişimde çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların oranı artış göstermiştir (4,9).

Türkiye'de yaşlı olarak tanımladığımız 65 yaş ve üzeri nüfusa baktığımızda, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 yılı verilerine göre; toplamda 83 milyon 614 bin 362 olan Türkiye nüfusunda, 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 7 milyon 953 bin 555 tir ve bu sayı toplam nüfusun %9,5'ini oluşturmaktadır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri kişilerin cinsiyete göre, yaklaşık olarak %44,2'sinin erkek ve %55,8'inin kadın olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üstü birey sayısının yaş aralıklarına göre dağılımı ise şu şekildedir (9,10):

- 65-74 yaş aralığında 5 milyon 70 bin 420 kişi (%63,8),
- 75-84 yaş aralığında 2 milyon 216 bin 545 kişi (%27,9),
- 85 yaş ve üzeri 666 bin 590 kişi (%8,4) bulunmaktadır.

2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi olan yaşlı nüfusun, toplam nüfusa oranı ise %8,2'dir. Bu verilere göre, 2020 yılı yaşlı nüfusunun önceki beş yılda %22,5 arttığı görülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun oranının Türkiye'de 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (9,10).

Yine Türkiye verilerine baktığımızda, nüfusun yaşlanması ile ilgili bilgi verici göstergelerden biri olan "ortanca yaş", 2015 yılında 31,0 yıl iken 2020 yılında 32,7 yıl olmuştur. 2020 yılında ortanca yaş erkeklerde 32,1 iken kadınlarda 33,4 olarak ölçülmüştür. Nüfus

projeksiyonlarına göre, ortanca yaşın 2025 yılında 34,1, 2030 yılında 35,6, 2040 yılında 38,5, 2060 yılında 42,3 ve 2080 yılında 45,0 olacağı öngörülmüştür (9).

Türkiye'de, "doğuşta beklenen yaşam süresi" 2013-2015 döneminde 78 yıl olarak saptanmışken, 2017-2019 döneminde bu değer 78,6 yıla yükselmiştir. 2017-2019 döneminde cinsiyete göre doğuşta beklenen yaşam süresine bakacak olursak, erkeklerde 75,9 yıl, kadınlarda ise 81,3 yıl olduğu görülecektir. Yine 2017-2019 dönemi hayat tabloları verilerine göre Türkiye'de, 65 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 18 yıl olarak hesaplanmıştır. Bu süre erkekler için 16,3 yıl iken kadınlarda ise 19,6 yıldır (11).

Günümüzde çoğu insanın yaşam beklentisi altmışlı yaşlar ve üstü düzeyine ulaşmıştır. Bu durum ölümcül çocukluk hastalıkları, anne ölümleri ve ileri yaşlardaki ölümler ile başa çıkmadaki başarıların sonucudur. Doğurganlık oranlarındaki belirgin düşüşlerle birleştiğinde, yaşam beklentisindeki bu artışlar nüfus yapısında önemli değişikliklere yani nüfus yaşlanmasına yol açmaktadır. Daha uzun yaşamlar, hem birey hem de toplum açısından inanılmaz derecede değerli bir kaynaktır. Yaşlı insanlar, birçok yönden topluma katılır ve katkıda bulunurlar. Yaşlı insanların bu sosyal katılımı, kendileri üzerinde sağlıklarını ve esenliklerini arttırıcı etkide bulunur (12).

Yaşlı nüfusun sağlığı, artan yaşam sürelerinin getirdiği fırsatların derecesinde anahtar rol oynayacaktır. İnsanlar, bu ekstra yılları sağlıklı yaşıyorlarsa ve destekleyici bir çevreye sahiplerse, değer verdikleri şeyleri yapmalarının önünde çok az engel olacaktır. Eğer, bu eklenen yıllara fiziksel ve zihinsel kapasitedeki hızlı düşüşler hakimse, bu durumun yaşlı insanlar ve toplum üzerindeki etkileri çok daha olumsuz olacaktır. Bu nedenle, sürdürülebilir bir kalkınma için, ileri yaşlarda mümkün olan en iyi sağlık durumunu sağlamak çok önemlidir (12).

Yaşlanma hem zorluklar hem de fırsatlar sunmaktadır. Toplumlarda artan yaşlanma ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerine ve uzun süreli bakıma olan talep artacak, daha fazla ve daha iyi eğitimli işgücü gereksinimi olacak, ayrıca fiziksel ve sosyal ortamların daha yaşlı dostu hale getirilmesi ihtiyacı artacaktır. Değişen bu demografiye uyum sağlayan ve sağlıklı yaşlanmaya yatırım yapan toplumlar, bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşamalarını sağlayabilir ve bunun meyvelerini toplayabilirler (13).

YAŞLILIK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Biyolojik yaşlanmayla birlikte morfolojik, fizyolojik ve anatomik değişimin getirdiği kas gücünde azalma, duruş bozuklukları, saçlarda beyazlama, ciltte kırışıklık gibi bulgular ilk akla gelen yaşlılık döneminin özelliklerinden bazılarıdır (2).

Genç ve sağlıklı bireylerde organların işlevsel kapasiteleri, yaşamı idame ettirebilecek seviyenin 4-10 katı kadardır, fakat ilerleyen yaşla birlikte özellikle 30 yaşından itibaren bu kapasitede azalma meydana gelir. Bunun sonucunda ise geriatrik yaş grubunda, organların işlevselliğinin ve rezerv kapasitelerinin azalmış olduğunu görürüz. Vücut bütününde; kardiyovasküler, solunum, sindirim, iskelet-kas, ürogenital, endokrin ve sinir sistemi gibi hemen hemen bütün bileşenlerin kapasitelerinde azalma olur, bu azalmış rezerv kapasitesi içinde geriatrik yaş grubunda sistemler fizyolojik şartlarda çalışmaktadır. Bu fizyolojik değişimlerin bilinmesi önemlidir, çünkü hastalıkların karakteristiği olan değişimlerden ayırt edebilmek gerekir. Bu ayırımı yapabilmek, yaşlılıkta tanı ve tedavi açısından yol gösterici olacaktır (10).

Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Yaşlanmakla birlikte solunum sisteminde yapısal ve fonksiyonel değişimler ortaya çıkar. Yaşlanmanın kendi etkisi dışında, geçen süre boyunca maruz kalınan çevresel etmenlerin de (hava kirliliği, meslek, sigara kullanımı vb) bu değişime katkısı vardır (14).

Kardiyovasküler Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Yaşamın ilk dekatından başlayıp yıllar boyunca artarak devam eder ve kalp, koroner arter ve diğer tüm damarlardaki değişimleri kapsar. Yıllar içinde birikerek ilerleyen bu değişimler sonucu hem morbidite hem mortalitede artış görülmektedir (15).

Gastrointestinal Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Yaşlanma ile diş sayısında azalma, diş protezi sorunları, ağız hijyeninin bozulması gibi durumlarla ilişkili olarak tat alma duyusunda da azalma olabilir. Ayrıca gastroözofajial reflü artmıştır. Hem bazal hem de uyarılmış gastrik asit sekresyonu azalmıştır. Gastrik motilitede

azalma meydana gelir ve bu azalma ilaç farmakokinetiğini etkiler. İnce barsak villuslarında kısalma ve villus yüzeyinde azalma meydana gelir. Element ve vitamin emiliminde azalmalar olabilir. Konstipasyon sık rastlanan bir durumdur. Karaciğerin hacmi, hepatosit sayısı ve perfüzyonu azalır (14).

İskelet Kas Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Yaşlanmayla birlikte kemikte mineral yoğunluğunda azalma, kemik yapısında bozulma ve kemik dokunun kaybı meydana gelir. Kas liflerinin sayı ve büyüklüğündeki azalmaya bağlı olarak, iskelet kasının kütlesinde ve gücünde azalma olur. Eklemlerde bulunan kıkırdak yapısı incelir; kıkırdağın yapısında bulunan bazı maddeler esnekliğini kaybeder, sertleşir ve daha katı, kırılgan bir hal alır. Bağlar ve tendonlar daha kolay hasarlanır ve yırtılmaya müsait duruma gelir, oluşan hasar ve yırtıkların iyileşmesi zorlaşır. Omurgadaki bulunan disklerin sıvı içeriği azalır, beslenmesi bozulur, çatlaklar ve aşınmalar oluşur (16).

Ürogenital Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Böbrek fonksiyonu, nefronların kademeli olarak kaybına, tubuler hücrelerin enzimatik ve metabolik aktivitesinin azalmasına ve patolojik olaylara bağlı olarak 30'lu yaşlardan sonra azalmaya başlar; 60'lı yaşlarda yarıya kadar azalır. Yaşla birlikte kreatinin klirensi, glomeruler filtrasyon hızı ve renal plazma akımı azalır. Ayrıca böbreklerin su tutma kapasitesinde azalma ve kişinin susama hissinin önemli derecede zayıflamasıyla birlikte, özellikle yaşlılarda mortaliteyi artıran önemli sorunlardan biri olan dehidratasyon meydana gelebilir (17).

Sinir Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Beyni besleyen damarların yıllar içindeki harabiyetine bağlı olarak ve aterosklerozun etkisiyle inme riski artar. Beyin perfüzyonu azalır ve bunun sonucunda bilişsel fonksiyonlar azalabilir. Nöron sayısında ve beyin hacminde azalma meydana gelir. Beyin hacmindeki azalma 60'lı yaşlardan itibaren hızlanmaktadır. Yaşlılıkla beraber nörotransmitterler açısından da değişim olmaktadır. Monoaminerjik ve dopaminerjik transmisyonda gözlenen belirgin düşüş sonucunda, depresyon ve ekstrapiramidal yan etkilere yatkınlık artar. Yaşlanmanın getirdiği

bilişsel değişiklikler özellikle hafızada, plan yapmada, işlem yapma hızında ve öğrenme performansında azalma ile karakterizedir (18).

Deride Meydana Gelen Değişimler

Yıllar geçtikçe deride kollajen ve elastin gibi fibrin proteinlerin miktarı azalır. Epidermiste incelme oluşur. Deride gevşeme, katlanma, buruşma ve kırışmalar oluşur. Cilt altı dokusunun inceldiği yerlerde kırışıklığın artması ve soğuğa toleransın azalması görülür. Yaşlanmayla birlikte dokunma reseptörlerinin duyarlılığı azalmıştır (19).

Diğer Organlarda Meydana Gelen Değişimler

Yaşlanmayla birlikte işitme, görme, koku, dokunma ve tat alma gibi duyularda da değişimler görülmektedir. Gözlerde lensin esnekliği ve saydamlığının değişmesi nedeniyle yakın görme bulanıklaşır ve bu durum genellikle 40 yaşından sonra başlayarak giderek ilerler. Lenste görülen bir diğer değişiklik ise katarakt gelişimine neden olabilen opasitelerin oluşumudur. Yaşlanmayla birlikte gözyaşının azaldığı görülmektedir. Pupil kaslarının zayıflaması nedeniyle, pupiller yaşlandıkça ışık değişikliklerine daha yavaş cevap verir (19,20).

Kulakta ise kulak zarının esnekliğini yitirmesi, orta kulak kemikçiklerinde meydana gelen kalsifikasyon, kulağa giden damarların yeterince kanı taşıyamaz hale gelmeleri, beyindeki işitme merkezinin işlevindeki yetersizlik gibi değişikliklerle birlikte yaşlı bireylerde işitme duyusunda azalma ortaya çıkmaktadır (20).

Burunda ise yaşlanmayla birlikte üretilen mukusun miktarı azalırken, yoğunluğu artmaktadır. Bu durum yaşlı kişilerin bu mukusu atmakta zorlanmasına ve sıklıkla boğaz temizleme öksürüklerine neden olur (20).

Olfaktör nöronların atrofisi ile koku duyusu azalır. Yaşlanmayla birlikte yiyeceklerin tadının algılanması da güçleşir. Bunun asıl nedeni koku duyusunun azalması olsa da; dilde papillalarda azalma, ağız hijyeni bozukluğu, çinko eksikliği gibi sorunlar da tat duyusunun azalmasında rol oynar (14,20).

AKTİF YAŞLANMA

“Aktif yaşlanma” terimi, 1990'ların sonlarında DSÖ tarafından kabul edilmiştir. Aktif yaşlanma kavramındaki “aktif” kelimesi, yalnızca fiziksel olarak aktif olma veya işgücüne katılma becerisini değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik, kültürel, manevi ve yurttaşlık işlerine sürekli katılımı ifade etmektedir. Aktif yaşlanma; kırılgan, engelli ve bakıma muhtaç olanlar da dahil olmak üzere tüm insanlar için sağlıklı yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini uzatmayı amaçlar. Aktif bir yaşlanma çerçevesinde zihinsel sağlığı ve sosyal bağlantıları geliştiren politika ve programlar, fiziksel sağlık durumunu iyileştirenler kadar önemlidir. Aktif yaşlanma, insanların yaşamları boyunca fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlık potansiyellerini gerçekleştirmelerine ve yardıma ihtiyaç duyduklarında onlara yeterli koruma, güvenlik ve bakım sağlarken ihtiyaçlarına, isteklerine ve kapasitelerine göre topluma katılmalarına olanak tanır. Emekliler ve hasta veya engelli olarak yaşayan yaşlılar ailelerine, akranlarına, topluluklarına ve uluslarına aktif katkıda bulunmaya devam edebilirler. Yaşlandıkça özerkliği ve bağımsızlığı korumak, hem bireyler hem de politika yapıcılar için temel bir hedeftir (21).

Dünya Sağlık Örgütü, aktif yaşlanma kavramı ile başarılı yaşlanma, sağlıklı yaşlanma veya üretken yaşlanma gibi diğer ilgili terimlerden daha kapsamlı bir mesaj iletmeyi amaçlamaktadır. Sağlıklı veya başarılı yaşlanma, klinik ve tıbbi ölçütlerin yerine getirilmesine öncelik verirken, üretken yaşlanma refah veya sağlıktan bağımsız olarak öncelikle mal ve hizmet üretimine odaklanır. Aktif yaşlanma ise diğerlerinin aksine yalnızca bireysel eylemleri değil, aynı zamanda örgütsel ve sosyal düzeyde eylemleri de içerir (22).

Dünya Sağlık Örgütü, 2002 yılında aktif yaşlanma politika hedefini şu şekilde tanımlamıştır: “Aktif yaşlanma, insanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını optimize etme sürecidir”. Aynı belgede ayrıca "bu politikalar ve programlar, yaşlıların haklarına, ihtiyaçlarına, tercihlerine ve kapasitelerine dayanmalıdır" şeklinde belirtilir (21). Yaşlanmanın toplumsal düzeyde değerlendirmesi ise, ülkeleri yaşlıların işgücüne katılımı veya yaşam beklentisi gibi farklı toplumsal göstergelere göre sıralayan “Aktif Yaşlanma İndeksi (Active Ageing Index)” ile sağlanabilir (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün aktif yaşlanma tanımı; sosyal güvenlik programları, çevresel ve kentsel planlama, sağlık hizmetleri, sivil toplum ve mevzuat gibi araçlar aracılığıyla yaşlı bireylerin değerli faaliyetlere katılımını sağlamaya teşvik etmeyi amaçlayan toplumlar için bir hedeftir. DSÖ’nün yapmış olduğu tanım, aktif yaşlanmayı bir sağlık durumu veya bireylerin iyi yaşam kalitesi olarak ifade etmez. Bu tanım, bireylere veya birey gruplarına uygulanabilecek

fenotipik bir tanım değildir. Bu yüzden bireylerin aktif yaşlanmasını değerlendirmek için öncelikle bireyi merkez alan bir tanıma ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla "Jyvaskyla Üniversitesi Aktif Yaşlanma Ölçeği'ni (University of Jyvaskyla Active Aging Scale)" geliştirenler tarafından önerilen tanım şu şekildedir. Bir kişinin hedefleri, işlevsel kapasiteleri ve fırsatlarıyla ilgili aktiviteler aracılığıyla iyilik hali unsurları için çaba göstermektir. Bu tanım, bireylerin aktif yaşlanmasında dört bölümü kapsamaktadır: amaçlar (ne yapmak istedikleri), fonksiyonel kapasite (yapabilecekleri), fırsatlar (faaliyetleri yapmak için algılanan fırsatlar) ve aktiviteler (gerçekte ne yaptıkları) (3).

Bireyler yaşlandıkça, dünyanın tüm bölgelerinde kronik hastalıklar önde gelen hastalık, sakatlık ve ölüm nedenleri haline gelmektedir. Esasen ilerlemiş yaşla birlikte görülen kronik hastalıklar; bireylere, ailelere ve kamu bütçesine oldukça maliyetlidir; ancak birçok kronik hastalık önlenebilir, ötelenebilir veya yönetilebilir. Kronik hastalıkları uygun şekilde önleyememek veya yönetememek, diğer yaş gruplarının sağlık sorunlarını ele almak için kullanılabilecek orantısız miktarda kaynağı emecek muazzam insani ve sosyal maliyetlerle sonuçlanacaktır (21).

Politika ve program geliştirmeye yönelik aktif bir yaşlanma yaklaşımı, hem bireysel hem de nüfus yaşlanmasının birçok sorununu çözme potansiyeline sahiptir. Sağlık, işgücü, istihdam, eğitim ve sosyal politikalar aktif yaşlanmayı desteklediğinde potansiyel olarak ortaya çıkacak sonuçlar şu şekilde özetlenebilir (21):

•Yaşamın son derece üretken aşamalarında daha az erken ölüm

•İleri yaşlarda kronik hastalıklarla ilişkili daha az engel

•Yaşlandıkça daha fazla insanın olumlu bir yaşam kalitesine sahip olması

•Yaşlandıkça toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve politik yönlerine, ücretli ve ücretsiz rollere, ayrıca ev, aile ve toplum yaşamına aktif olarak katılan daha fazla insan olması

•Tıbbi tedavi ve bakım hizmetleriyle ilgili daha düşük maliyetler.

Bu gibi sebeplerden ötürü aktif yaşlanma, ulusal ve uluslararası politikalarda merkezi bir tema haline gelmiştir. 2012 yılı, "Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Üzerine Avrupa Yılı" olarak ilan edilmiştir. Giderek artan sayıda ülke kendi ulusal aktif yaşlanma politikasını geliştirmektedir. Aktif yaşlanma üzerine araştırmalar genişlemekte ve bilimsel literatürün miktarı hızla artmaktadır (23).

YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması ile değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halinin varlığı olarak tanımladığı 1948 yılından bu yana, yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında giderek daha önemli hale gelmiştir (24). Yaşam kalitesinin artan önemi ile birlikte yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ilgi ve gereklilik de artmaktadır (25).

Yaşam kalitesinin, günümüzde tüm bilimler açısından kabul görecek tek bir tanımı bulunmamakla birlikte araştırmacının disiplinine göre değiştiği görülmektedir (26). Bu yüzden yayınlanmış birçok yaşam kalitesi ölçümü olmakla birlikte, tanımı konusunda araştırmacılar arasında hala fikir birliği yoktur (27). DSÖ, 1993 yılında yaşam kalitesini, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler çerçevesinde; kişinin amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak, yaşamdaki konumuna ilişkin algıları olarak tanımlamıştır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresi ile ilişkileri bu kavramın içini dolduran unsurlardır (28).

Günümüzde yaşam kalitesi tıp, psikoloji, sosyal ve kamu politikası alanlarında önem kazanmıştır. Çoğu insan yaşam kalitesinin neyi içerdiğini bildiğini hissetse de, hem nesnel hem de öznel yönler yaşam kalitesini etkilediği için kavramı tanımlamak zordur. Yaşam kalitesinin içerdiği boyutların sayısı ve türü hakkında bir tartışma olsa da bu konu fiziksel, psikolojik ve diğer bileşenleri içeren çok boyutlu bir kavramdır. Ayrıca dinamiktir, çünkü anlamı bireyler arasında ve yaşamları boyunca bireyler içinde farklılık gösterecektir. Ek olarak, yaşam kalitesi bir yanda insanlar üzerindeki toplumsal etkileri, diğer yanda bireysel yorumları ve algıları yansıtır (23).

Dünyada nüfusun hızla yaşlanması ile birlikte, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı kişilerin esenliği ve yaşam kalitesi ön plana çıkmıştır. Yaşlı nüfus artmaya devam ederken, ileri yaşlarda yüksek bir yaşam kalitesi seviyesinin sağlanıp sağlanamayacağı konusu da büyüyen bir sağlık endişesi haline gelmektedir. Bu nedenle sosyal ve sıhhi önlemlerin alınması için, olumsuz sağlık sonuçları açısından daha riskli bireyleri belirleme ihtiyacı doğmuştur. Olumsuz sağlık sonuçları senaryosu içinde yaşam kalitesinin zayıf olması çifte öneme sahiptir. Bunlardan ilki düşük yaşam kalitesinin kendi başına olumsuz bir sağlık sonucu olması iken, diğeri ise olumsuz sağlık sonuçlarını tahmin edebilme yeteneğinin olmasıdır (29).

Yaşam kalitesini değerlendirme aracı geliştirmeye yönelik, saha araştırmacıları ile birlikte danışmanlar heyetinden oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu

(WHOQOL Group), insanların hayatlarının önemli yönlerinden ne kadar memnun olduklarını veya rahatsız olduklarını bilmenin elzem olduğu görüşündedir (27).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve mutlu olmalarında büyük önem taşımaktadır. Yaşlıların refahının sağlanmasında yaşam kalitesinin iyileştirilmesi geniş kapsamlı bir yaklaşım olarak dikkati çekmektedir. Yaşlılar için yaşamın uzunluğundan çok kalitesinin önemli olduğu unutulmamalıdır. Yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler arasında sağlık, fonksiyonel durum ve sosyal destek (özellikle aile ve arkadaş desteği) ve sosyal ilişkiler yer almaktadır. Ayrıca yeterli ekonomik kaynaklar, kişisel evler ve uygun fiziksel çevre, yaşam kalitesini etkileyen diğer faktörlerdir (30,31).

AKTİF YAŞLANMAYA YÖNELİK POLİTİKALAR

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002 yılında "Aktif Yaşlanmaya İlişkin Politika Çerçevesi (Active Ageing: A Policy Framework)" isimli belge yayınlanmıştır. Burada aktif yaşlanmaya yönelik politika önerileri, aktif yaşlanmanın üç temel direğini ele almak üzere tasarlanmıştır: sağlık, katılım ve güvenlik (21). Herkesin hem uzun hem de sağlıklı bir yaşama fırsatına sahip olmasını sağlamak adına yapılması gerekenler için siyasi bir yetki sağlayan "Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji ve Eylem Planı (Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health)" da 2016 yılında kabul edilmiştir. Stratejinin vizyonu, herkesin uzun ve sağlıklı bir yaşam sürebileceği bir dünya olarak belirtilmiştir.

Bu stratejide beş ana hedef üzerinde durulmuştur (12):

- Ülkelere eyleme geçme çağrısı
- Yaşlı dostu ortamlar geliştirmek
- Sağlık sistemlerini yaşlı nüfusların ihtiyaçlarına uygun hale getirmek
- Sürdürülebilir eşitlikçi uzun süreli bakım sistemleri geliştirmek
- Ölçüm, izlem ve araştırmaların iyileştirilmesi.

Eylem planının 2016–2020 hedefleri ise (12):

- İşlevsel yeteneği en üst düzeye çıkarmak için beş yıllık kanıta dayalı eylem
- 2020'den 2030'a kadar olan "Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı (Decade of Healthy Ageing)" için 2020'ye kadar gerekli kanıtları ve ortaklıkları belirlemektir.

2020 yılında, “Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı 2021-2030 (UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030)” ilan edilmiştir. Sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, içsel kapasiteyi sürdürmek ve işlevsel yeteneği etkinleştirmek amacıyla “Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı (Decade of Healthy Ageing)”, birden fazla düzeyde ve sektörde dört eylem alanına işaret eder. Bu eylem alanları şunlardır (32):

- Yaşa ve yaşlanmaya karşı düşüncelerimizi, hislerimizi ve davranışlarımızı değiştirmek;
- Toplum tarafından yaşlı insanların yeteneklerinin teşvik etmesini sağlamak;
- Yaşlı insanların ihtiyaçlarına cevap veren kişi merkezli entegre bakım ve temel sağlık hizmetleri sunmak;
- İhtiyacı olan yaşlı insanlar için uzun süreli bakıma erişim sağlamak.

Avrupa Birliği tarafından 2012 yılı, “Avrupa Aktif Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma Yılı” olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamda “Sosyal Koruma Kurulu (Social Protection Committee)” ve “İstihdam Kurulu (Employment Committee)” tarafından aktif yaşlanmaya yönelik yol gösterici ilkeler geliştirilmiştir. Ülkeler arasında aktif ve sağlıklı yaşlanma için yaşlıların potansiyelini ölçmek adına “Aktif Yaşlanma İndeksi” geliştirilmiştir. Aktif Yaşlanma İndeksi yaşlıların bağımsız yaşamlarını sürdürebilme durumlarını, ücretli istihdama ve sosyal faaliyetlere katılma düzeyini ve aktif olarak yaşlanma kapasitelerini ölçer. Yıllarca iyi bir şekilde test edilmiş ve uygulanmış olan bu indeks bir politika reformu aracı haline gelmiştir. Çeşitli veri kaynakları kullanılarak her Avrupa Birliği ülkesindeki kadınlar ve erkekler için hesaplanan bu indeks, göstergeleri tartar ve tek bir puanla özetler. Bu indeks, yaşlanmanın nerelerde daha olası bir sorun olduğu ve nerede aktif yaşlı insanların arttığı konusunda hızlı bir bilgi sağlar. Bunun ardından, indeks değerlerinin arkasında ne olduğuna bakmak, sorunlu bileşenleri ve belirleyicilerini saptamak ve durumu iyileştirmek için atılacak adımlar üzerinde anlaşmaya varmak, ülkedeki politika yapıcılara ve paydaşlara kalmıştır. Aktif Yaşlanma İndeksi’ne, kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla gibi diğer göstergelerle birlikte bakılabilir. İkisi arasında yakın bir ilişki vardır: Refah düzeyi yüksek ülkeler Aktif Yaşlanma İndeksi’nde daha yüksek puan alma eğilimindedir. Aktif Yaşlanma İndeksi'nin 55 yaşın üzerindekiler arasında yaşam memnuniyeti ile güçlü ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu görmek de ilginçtir. Bu nedenle, yaşlılıkta aktif kalmak sadece toplum ve ekonomi için değil, görünüşe göre yaşlıların kendileri için de iyidir. Aktif Yaşlanma İndeksi'nin ilginç bir özelliği de kadın ve erkekler için ayrı ayrı hesaplanabilmesidir. Aktif Yaşlanma İndeksi, “Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu (UNECE)” ve “Avrupa Komisyonu'nun İstihdam,

Sosyal İşler ve Eşitlik Genel Müdürlüğü (European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion)" tarafından geliştirilmiştir (33,34).

Dünyanın en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan Japonya, yaşlanan toplum için politika ve mevzuat uyarlama konusunda önemli bir geçmişe sahiptir. Japonya hükümeti "Yaşlı Topluma Yönelik Tedbirler Temel Kanunu" gereğince, toplumsal yaşlanma durumunu göz önünde bulundurarak alınması gereken önlemleri ve politikaları açıklayan Yaşlanan Toplum Üzerine Yıllık Rapor'u ulusal rejime her yıl sunmaktadır. Bu raporda; yaşlanan nüfusun durumu, bir önceki yılda yaşlanan topluma yönelik değerlendirmelerin uygulanma durumu ve içinde bulunulan yılın yaşlanan toplum için değerlendirmesi ana başlıkları vardır (35).

Japonya 2016 yılında Ise-Shima'da G7 zirvesine ev sahipliği yapmıştır. Bu zirvede, içinde sağlıklı ve aktif yaşlanmaya yönelik bölümün de yer aldığı "G7 Ise-Shima Küresel Sağlık Vizyonu" onaylanmıştır (36). Japonya, yaşlanma konusundaki uluslararası işbirliğinde "Güneydoğu Asya Ülkeleri Birliği (ASEAN)" bölgesine odaklanmıştır. Bu kapsamda "Japonya-ASEAN Sağlık Girişimi", "Japonya-ASEAN Evrensel Sağlık Kapsamı Girişimi" ve "ASEAN-Japonya Aktif Yaşlanma Konferansı" gerçekleştirilmiştir. 2014 yılında, Japonya Sağlık ve Çalışma Bakanlığı tarafından "Japonya'nın Aktif Yaşlanmaya Uluslararası Katkısı Çalışma Grubu Raporu" yayınlanmıştır. Raporu hazırlayan çalışma grubu, bu raporun ASEAN ülkeleri için değerli bir referans olduğuna inanmaktadır. Yaşlıların bağımsız ve aktif olarak yaşama kapasitesi hem Japonya hem de ASEAN ülkeleri için anahtar konu olduğundan, aktif yaşlanma kavramı ana tema olarak alınmıştır. Çalışma Grubu, ASEAN ülkelerindeki yaşlanma sürecine yanıt vermek için mevcut durumu, zorlukları ve ihtiyaçları net bir şekilde ortaya koymuştur. Ardından tüm ASEAN bölgesinin genel bir değerlendirmesini yapıp, Japonya'nın bölgedeki ve ASEAN'daki her ülkeye yönelik deneyim ve bilgisine dayalı olarak işbirliği için özel tavsiyeler tanımlamıştır (37).

Tüm dünyanın adapte olmaya çalıştığı ve buna yönelik politikaları uygulamaya koyulduğu süreçte, Türkiye'de ne olup bitmektedir? Ülkemizde 2007 yılında, "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" kabul edilmiştir. Raporda ülkemizdeki yaşlıların mevcut durumu ile ilgili bilgilerle birlikte; yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması, yaşlılıkta olanaklar sunan destekleyici ortamların sağlanması başlıklarına yönelik durum analizi ve önerilen eylemler yer almaktadır (38). 2011 yılında, yaşlılara yönelik politikalara ve hizmetlere yön vermek adına Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş olup; 2018 yılında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlanmıştır (39). 2014-2018 Kalkınma Planı çalışmaları kapsamında ilk kez Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu

oluşturulmuş ve bu komisyonun yürüttüğü tartışmalar sonucunda oluşturulan rapor yayımlanmıştır (40). 2019 yılında Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı himayelerinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından 1. Yaşlılık Şûrası gerçekleştirilmiştir. Yurt dışından ve yurt içinden bilim insanları, uzmanlar, sivil toplum kuruluşları ve kamu temsilcilerinin katılımlarıyla Aktif Yaşlanma, Bakım Ekonomisi, Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi, Yaşlı Hakları, Yaşlılık Ekonomisi başlıkları altında belirlenen komisyonlarda çalışmalar yürütülmüştür (41). Yaşlılara yönelik bu tür politikaların yerele yansıması ve uygulamaların yaygınlaşması son derece önemlidir. Bu bağlamda, Edirne'de 2015 yılında Trakya Üniversitesi ve Trakya Kalkınma Ajansı'nın ortaklaşa gerçekleştirdiği proje kapsamında Aktif Yaşlanma Merkezi'nin açılmış olması ve sağlanan hizmetin Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ile koordineli şekilde yürütülmesi bizim için umut ve mutluluk verici olmuştur (42,43).

Edirne ili merkez ilçesindeki yaşlıların aktif yaşlanma düzeylerinin tespit edilmesi, uygulanması gereken eylemler ve politikalar hakkında fikir verecektir. Bu sebeple çalışmamız, bu konu ile ilgilenen yetkililere ve yöneticilere yol gösterici olması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Edirne il merkezinde yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeylerinin değerlendirilmesi ve aktif yaşlanma düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma için veriler, Edirne il merkezinde, Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) kayıtlı 65 yaş ve üstü bireylerden 15 Haziran 2021-15 Ağustos 2021 tarihleri arasında elde edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini, Edirne il merkezindeki ASM'lere kayıtlı 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2020 verilerine göre Edirne ili merkez ilçede yaşayan 65 yaş ve üzeri 20 bin 664 kişi bulunmaktadır (10). Örneklem sayısının belirlenmesi için yapılan güç analizi çalışmasında Rantanen ve ark. (44) tarafından gerçekleştirilen çalışma referans alınarak etki büyüklüğü 0,60 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan etki büyüklüğü göz önüne alınarak %5 anlamlılık düzeyi ve %80 güçle çalışmaya en az 111 gözlemin dahil edilmesine karar verilmiştir.

DAHİL EDİLME VE HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ

Araştırmaya katılabilmek için 65 yaş ve üstünde olmak, anket sorularını anlamaya ve cevaplamaya engel herhangi bir zihinsel engele sahip olmamak, çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak, Edirne il merkezinde yaşıyor olmak koşulları aranmıştır. Bu şartların sağlanmadığı kişiler çalışma dışı tutulmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Edirne il merkezinde bulunan ASM'lere kayıtlı 65 yaş ve üstü bireylere sosyodemografik veri formu, Aktif Yaşlanma Ölçeği (AYÖ) ve yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) yüz yüze görüşülerek uygulanmış ve formlar araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Edirne il merkezinde bulunan 22 ASM'de çalışma yürütülmüştür. Katılımcıların anket sorularını daha rahat anlayabilmeleri ve en uygun cevabı verebilmeleri adına, iletişimin dış faktörlerden en az etkileneceği şekilde uygun ortamlarda görüşmeler yapılmıştır. Maske, mesafe ve temizlik kurallarına dikkatle uyulup yeterli havalandırma sağlanarak yapılan görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, kronik hastalıkları gibi özelliklerinin yer aldığı 24 soruluk bu kısım, araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD), yaşlı yetişkinlerde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü'ne (WHOQOL) ek olarak, Türkiye'nin de içinde yer aldığı çok merkezli bir proje ile geliştirilmiştir. Bu modülün Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Eser ve ark. (45) tarafından yapılmıştır. Genel ölçek yapısı için Cronbach Alfa değeri 0,85 olarak elde edilmiştir. Türkçe sürümün psikometrik özellikleri, genel olarak iyi ve kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

WHOQOL-OLD modülü, beşli likert tipi 24 sorudan oluşmaktadır ve 6 alt boyuta sahiptir. Bu alt boyutlar, "Duyusal İşlevler", "Özerklik", "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri", "Sosyal Katılım", "Ölüm ve Ölmek" ve "Yakınlık" şeklindedir (45).

Her bir soru için olası en düşük puan 1 en yüksek puan 5'tir. Her boyutta dört soru bulunduğu için olası boyut puanları 4-20 aralığındadır. Ayrıca her bir tekil puanın toplanmasıyla 'toplam puan' elde edilir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir (45).

Aktif Yaşlanma Ölçeği

Rantanen ve ark. (3) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erbil ve Hazer (46) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının test-tekrar test güvenirlik katsayısı ile Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerleri 0,90'ın üzerinde bulunmuştur. Bu ölçek, Türkiye'de 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeyini belirlemek için kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak belirlenmiştir.

Aktif Yaşlanma Ölçeği, bireylerin aktif yaşlanmasını ölçmek için hazırlanan 17 aktivite sorusundan oluşmaktadır. Bu sorular farklı açılardan 4 (dört) alt ölçekte sorulmuştur.

Bu dört alt ölçek ve her bir aktivite için soru biçimi şunlardır:

1) Amaçlar (yapma isteği): "yaşamınızdaki son 1 ayı dikkate aldığınızda bu faaliyeti ne derecede yapmak istediniz?"

2) Fonksiyonel kapasite (yapabilme): "yaşamınızdaki son 1 ayı dikkate aldığınızda bu faaliyeti yaparken zorlandınız mı? "

3) Fırsatlar (yapma fırsatı): "yaşamınızdaki son 1 ayı dikkate aldığınızda bu faaliyeti yapma fırsatı buldunuz mu?"

4) Aktiviteler (yapma sıklığı): "yaşamınızdaki son 1 ayı dikkate aldığınızda bu faaliyeti ne sıklıkta yaptınız?"

Anketteki her ifade, orijinalinde olduğu gibi, beşli likert tipi ölçekte, 0'dan (en düşük, örneğin en az aktif) 4'e (en yüksek, örneğin en aktif) puanlanmıştır. Tüm alt ölçekler için en küçük puan 0 ve en yüksek 68'dir. Toplam puan için karşılık gelen limitler ise sırasıyla 0 ve 272'dir. Böylece toplam puan 0-272 arasında değişmektedir ve daha yüksek puanlar daha aktif yaşlanmayı gösterir (46).

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun (TÜTF-BAEK) 01.03.2021 tarihli 05/18 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1). Uygulama izni Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden 04.05.2021 tarihli 2021/3 sayılı karar ile alınmıştır (Ek-2).

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package For the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) programı kullanılmıştır.

Katılımcıların, ölçeklerden elde ettikleri puanların normal dağılıma sahip olup olmadığı Shapiro Wilk Testi ve Histogram grafikleri kullanılarak test edilmiştir. Tablo 1'de ölçek puanlarının Shapiro Wilk Testi ile normallik dağılımı sonuçları yer almaktadır.

Tablo 1. Ölçek puanlarının Shapiro Wilk Testi ile normallik dağılımı sonuçları

		p
Aktif Yaşlanma Ölçeği Toplam Puanı		**0,190**
	Amaçlar	**0,487**
	Fonksiyonel Kapasite	<0,001
	Fırsatlar	**0,433**
	Aktiviteler	0,006
WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü Toplam Puanı		**0,374**

Öncelikle tüm katılımcılardan (n=124) elde edilen "WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarına" ve "Aktif Yaşlanma Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına" normallik testi uygulanmıştır. Aktif Yaşlanma Ölçeği alt boyutlarından olan "fonksiyonel kapasite" ve "aktiviteler" boyut puanlarının normal dağılıma uymadığı tespit edilerek, gruplar arasındaki farklılığın incelenmesinde non-parametrik testler kullanılmıştır. "Aktif Yaşlanma Ölçeği toplam puanı", "amaçlar" boyut puanı, "fırsatlar" boyut puanı ve "WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanı" verilerinin gruplar arası karşılaştırmalarında, karşılaştırılacak tüm gruplar normal dağılıma uyuyorsa parametrik testler kullanılmış olup, bu şartı sağlamayan durumlarda yine non-parametrik testler kullanılmıştır.

İki grubun sürekli veriler açısından karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann-Whitney U, parametrik testlerden ise Bağımsız Örneklem t testi (Student t-testi) kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında parametrik testlerden ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) kullanılmış olup, anlamlılık tespit edilen durumlarda Bonferroni düzeltmesi sonrası ileri analiz olarak Tukey testi yapılmıştır. Yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları ve aktif yaşlanma ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İlişkinin derecesi ve yönü korelasyon katsayısına (r) göre belirlenmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi "$p<0,05$" olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiş ve saptanan bulgular bu bölümde sunulmuştur.

Bulgular sırasıyla;

-Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

-Araştırmaya katılanların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam ve alt boyut puanları

- Araştırmaya katılanların, özelliklere göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanları

-Araştırmaya katılanların AYÖ toplam ve alt boyut puanları

- Araştırma katılanların, özelliklere göre AYÖ toplam ve alt boyut puanları

- Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi ve aktif yaşlanma durumlarının ilişkisi

ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Çalışma 124 kişi ile tamamlanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	70	56,5
Erkek	54	43,5
Yaş Grubu		
65-74	78	62,9
75-84	35	28,2
85 ve üzeri	11	8,9
Medeni Durum		
Bekar, hiç evlenmemiş	2	1,6
Evli	78	62,9
Eşi vefat etmiş	39	31,5
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	5	4
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	10	8,1
Okuryazar, ilkokul bitmemiş	11	8.8
İlkokul	64	51,6
Ortaokul	10	8,1
Lise	16	12,9
Üniversite ve Üzeri	13	10,5

Yaşlıların 70'i (%56,5) kadın, 54'ü (%43,5) erkekti. Yaş gruplarına göre katılımcıların 78'i (%62,9) 65-74 yaş aralığında, 35'i (%28,2) 75-84 yaş aralığında ve 11'i (%8,9) 85 yaş ve üzerinde bulunmaktaydı. Evli olanların sayısı 78 (%62,9), eşi vefat edenlerin sayısı 39 (%31,5), boşanmış/ayrı yaşayan sayısı 5 (%4) ve bekar/hiç evlenmemiş kişi sayısı 2 (%1,6) idi. Eğitim düzeylerine baktığımızda 64 kişi (%51,6) ile çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma ve sosyal güvence durumlarının dağılımı Tablo 3'de belirtilmiştir.

Tablo 3. Çalışma ve sosyal güvence durumlarının dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	116	93,6
Düzenli bir işte çalışıyor	6	4,8
Diğer	2	1,6
Emeklilik Durumu		
Emekli değil	39	31,5
Emekli	85	68,5

Tablo 3 (Devam). Çalışma ve sosyal güvence durumlarının dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendine Ait Gelir Varlığı		
Yok	21	16,9
Var	103	83,1
Gelir Düzeyi		
Geçimine yetmiyor	26	21,0
Geçimine ancak yetiyor	72	58,0
Geçimini rahat sağlıyor	26	21,0
Sosyal Güvence Varlığı		
Yok	5	4
Var	119	96

Buna göre 116 kişi (%93,6) çalışmadığını, 6 kişi (%4,8) ise düzenli bir işte çalıştığını ifade etmiştir. Katılımcılardan 1 kişi (%0,8) çocuğunun işyerine gidip serbest şekilde çalıştığını ifade etmiş olup, diğer 1 kişi (%0,8) ise ara ara paraya ihtiyacı olduğu zamanlar çalıştığını belirtmiştir. Bu 2 kişi Tablo 3'te diğer başlığı altında birleştirilmiştir. Emekli olanların sayısı 85 (%68,5) tir. Sosyal güvencesi olanların sayısı 119 (%96) idi. 103 katılımcının (%83,1) kendine ait geliri olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi sorgulandığında, 26 kişinin (%21) gelir düzeyinin geçimine yetmediği, 72 kişinin (%58) geçimine ancak yettiği, 26 kişinin (%21) ise geçimini rahat sağladığı görülmüştür.

Katılımcıların yaşadıkları yere ait özelliklerin dağılımı Tablo 4'de belirtilmiştir.

Tablo 4. Yaşadıkları yere ait özelliklerin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evin Tipi		
Müstakil	49	39,5
Apartman Dairesi	75	60,5
Evin Mülkiyeti		
Kendi Evi	91	73,4
Çocukların Evi	26	21,0
Akrabaların Evi	3	2,4
Kiracı	4	3,2
Evde Bulunan Toplam Kişi Sayısı		
1 Kişi	16	12,9
2 Kişi	66	53,2
3-4 Kişi	34	27,4
5 ve üzeri	8	6,5

Buna göre müstakil evde oturanların sayısı 49 (%39,5), apartman dairesinde oturanların sayısı 75 (%60,5) olarak bulunmuştur. Katılımcılar arasında kendi evinde oturanların sayısı 91 (%73,4) olup, evin mülkiyeti grupları arasında çoğunluğu oluşturmaktaydı. Evde bulunan toplam kişi sayısı değerlendirildiğinde ise 16 kişi (%12,9) yalnız yaşamaktaydı.

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 5'de belirtilmiştir.

Tablo 5. Sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öznel Sağlık Değerlendirmesi		
Kötü	14	11,3
Orta	66	53,2
İyi	44	35,5
Kronik Hastalık Varlığı		
Hayır	11	8,9
Evet	113	91,1
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Hayır	18	14,5
Evet	106	85,5
Kronik Hastalıkların Sıklığı*		
Hipertansiyon	80	64,5
Diabetes Mellitus	43	34,7
Kalp Hastalıkları	43	34,7
Hiperlipidemi	31	25,0
Akciğer Hastalıkları	20	16,1
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	52	41,9
Nörolojik Hastalıklar	14	11,3
Düzenli Uyku		
Hayır	54	43,5
Evet	70	56,5
2 km yürüyebilme		
Hiçbir şekilde yürüyemem	22	17,7
Yardımla ancak yürüyebilirim	16	13,0
Yardımsız zorlanarak yürüyebilirim	34	27,4
Rahat yürüyebilirim	52	41,9

*Birden çok seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

Kişilere kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda 14'ü (%11,3) kötü, 66'sı (%53,2) orta ve 44'ü (%35,5) iyi yanıtlarını vermiştir. Katılımcıların 113'ünde (%91,1) en az bir kronik hastalık vardı. Ayrıca katılımcıların 106'sının (%85,5) düzenli kullanmakta olduğu ilacı vardı. Katılımcılara mevcut kronik hastalıkları sorulduğunda bazı hastalıkların

sıklığı şu şekilde saptanmıştır. Hipertansiyon 80 (%64,5), diabetes mellitus 43 (%34,7), kalp hastalıkları 43 (%34,7), hiperlipidemi 31 (%25), akciğer hastalıkları 20 (%16,1), kas-iskelet sistemi hastalıkları 52 (%41,9), nörolojik hastalıklar 14 (%11,3). Uyku düzeni açısından 70 (%56,5) kişi uykusunun düzenli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 52'si (%41,9) 2 km yürüyebilme kapasiteleri hakkında yöneltilen soruya 'rahat yürüyebilirim' şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcıların zararlı alışkanlık durumlarının dağılımı Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6. Zararlı alışkanlık durumlarının dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Hayır	82	66,1
Evet	17	13,7
İçiyordum Bıraktım	25	20,2
Alkol Kullanımı		
Hayır	110	88,7
Evet	14	11,3

Elde edilen sonuçlara göre aktif olarak sigara içenlerin sayısı 17 (%13,7), alkol kullananların sayısı 14 (%11,3) tür.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN WHOQOL-OLD YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARININ DEĞERLENDİRMESİ

Tüm katılımcıların (n=124) WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü sonuçlarına göre; alt boyut ve toplam puan değerlendirmesi Tablo 7'de belirtilmiştir. Bu tabloda duyusal işlevler, özerklik, geçmiş-bugün-gelecek, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alt boyutları ve ölçekten elde edilen toplam puan sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7. Araştırma grubunun (n=124), WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam ve alt boyut puanları

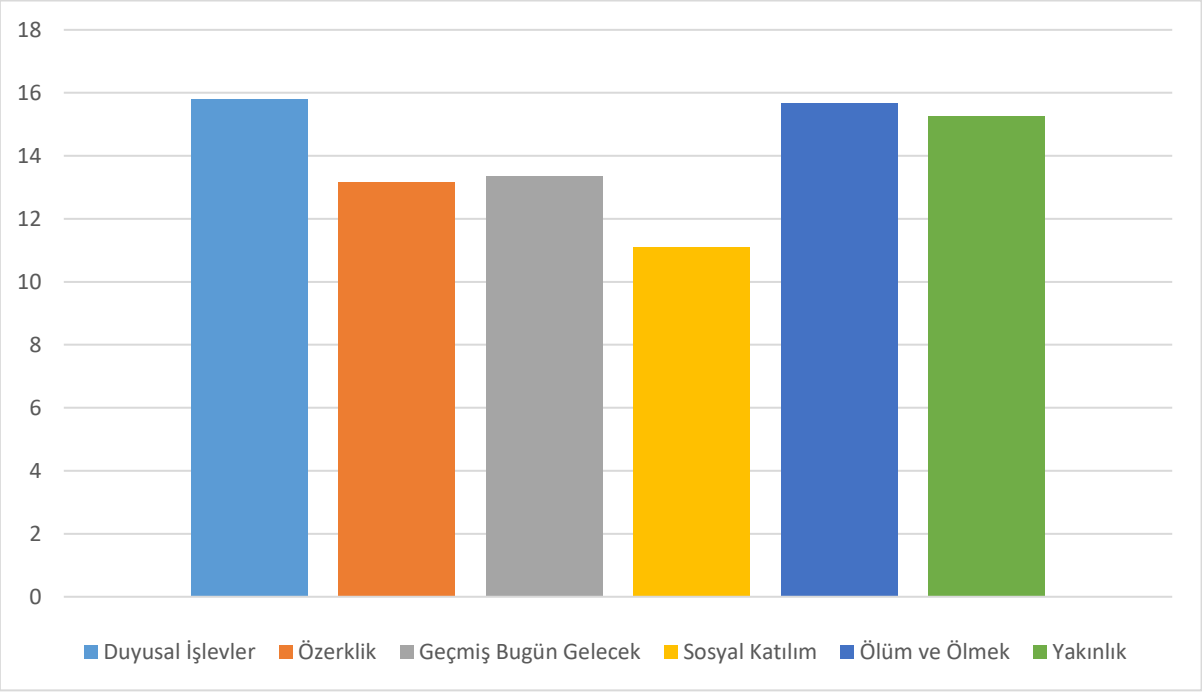
	Ortanca (min-max)	Ortlama±SS
Duyusal İşlevler	17 (5-20)	15,81±3,375
Özerklik	13 (7-18)	13,17±2,422
Geçmiş Bugün Gelecek	13 (6-18)	13,35±2,355

Tablo 7 (Devam). Araştırma grubunun (n=124), WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam ve alt boyut puanları

	Ortanca (min-max)	Ortlama±SS
Sosyal Katılım	11 (5-18)	11,08±2,692
Ölüm ve Ölmek	17 (6-20)	15,67±3,225
Yakınlık	15 (8-20)	15,27±2,406
Toplam Puan	84 (60-107)	84,35±10,570

Katılımcıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puan ortalamaları 84,35±10,57 olarak saptanmıştır. Alt boyutların puan ortalamaları ise, "duyusal işlevler" 15,81±3,37; "özerklik" 13,17±2,42; "geçmiş bugün gelecek" 13,35±2,35; "sosyal katılım" 11,08±2,69; "ölüm ve ölmek" 15,67±3,22; "yakınlık" 15,27±2,40 şeklindedir.

WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü alt boyut puan ortalamalarının grafik üzerinde karşılaştırması Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma grubunun (n=124), WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü alt boyut puan ortalamaları

Bu sonuçlara göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü alt boyutları arasında en yüksek puan ortalaması "duyusal işlevler" boyutuna aitken en düşük puan ortalaması "sosyal katılım" boyutuna aittir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN, ÖZELLİKLERE GÖRE WHOQOL-OLD YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ TOPLAM PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının sonuçları Tablo 8'de belirtilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik özelliklere göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	**WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS**
Cinsiyet		
Kadın	70	82,59±9,69
Erkek	54	86,63±11,29
p		**0,034***
Yaş Grubu		
65-74	78	86,78±10,393 (c)
75-84	35	82,97±8,736 (c)
85 ve üzeri	11	71,45±6,876 (a,b)
p		**<0,001****
Medeni Durum		
Bekar, hiç evlenmemiş	2	82,00±1,414
Evli	78	85,97±10,732
Eşi vefat etmiş	39	80,90±10,039
Boşanmış/ayrı yaşıyor	5	86,80±9,094
p		0,156***
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	10	74,00±9,58 (e,f)
Okur-yazar	11	79,27±10,051 (f)
İlkokul	64	82,88±8,988 (f)
Ortaokul	10	82,70±7,875
Lise	16	86,63±10,595 (a)
Üniversite ve üzeri	13	96,00±8,728 (a,b,c)
p		**<0,001****

*Student t-testi; **One-way ANOVA; ***Kruskal Wallis.

Cinsiyete göre, erkeklerin yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,034).

Yaş gruplarına göre, 85 yaş ve üzeri olan grubun 65-74 ve 75-84 yaş gruplarına göre puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuş olup (sırasıyla p<0,001; p=0,002), 65-74 ve 75-84 yaş gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,134).

Medeni durum gruplarına göre, yaşam kalitesi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,156).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre, grupların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,001). En yüksek puan

ortalamasına sahip grup 96,00±8,728 ile üniversite ve üzeri eğitim alan grup iken, en düşük puan ortalamasına sahip grup ise 74,00±9,58 okur yazar olmayan gruptur.

Katılımcıların çalışma, gelir ve sosyal güvence durumlarına göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının sonuçları Tablo 9'da belirtilmiştir.

Tablo 9. Çalışma, gelir ve sosyal güvence durumlarına göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	**WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS**
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	116	83,59±10,291 (b)
Düzenli bir işte çalışıyor	6	95,00±10,178 (a)
Diğer	2	96,50±0,707
p		**0,009*****
Emeklilik Durumu		
Emekli değil	39	79,49±10,797
Emekli	85	86,58±9,740
p		**<0,001***
Kendine Ait Gelir Varlığı		
Yok	21	81,67±8,685
Var	103	84,89±10,870
p		0,204*
Gelir Düzeyi		
Geçimine yetmiyor	26	80,15±9,439 (c)
Geçimine ancak yetiyor	72	83,51±10,058 (c)
Geçimini rahat sağlıyor	26	90,85±10,445 (a,b)
p		**0,001****
Sosyal Güvence Varlığı		
Yok	5	78,20±15,271
Var	119	84,61±10,339
p		0,185*

*Student t-testi; **One-way ANOVA; ***Kruskal Wallis.

Çalışma durumlarına göre, çalışmayanlar ile düzenli bir işte çalışanların yaşam kalitesi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,014).

Emekli olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının emekli olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0,001).

Kendine ait geliri olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,204).

Gelir düzeyine göre, gruplar arasında yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,001). Geçimini rahat sağlayan grubun diğer iki gruba göre puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla p=0,001; p=0,005).

Sosyal güvencenin varlığı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,185).

Katılımcıların yaşadıkları evin özelliklerine göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının sonuçları Tablo 10'da belirtilmiştir.

Tablo 10. Yaşanılan evin özelliklerine göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	**WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS**
Evin Tipi		
Müstakil	49	83,65±11,075
Apartman Dairesi	75	84,80±10,277
p		0,557*
Evin Mülkiyeti		
Kendi Evi	91	85,21±10,407
Çocukların Evi	26	80,38±11,024
Akrabaların Evi	3	92,00±7,810
Kiracı	4	84,75±7,805
p		0,178***
Evde BulunanToplam Kişi Sayısı		
1 Kişi	16	78,63±9,040
2 Kişi	66	86,00±10,284
3-4 Kişi	34	83,21±11,502
5 ve üzeri	8	87,00±8,211
p		0,064**

*Student t-testi; **One-way ANOVA; ***Kruskal Wallis.

Bu sonuçlara göre evin tipine, mülkiyetine ve evde bulunan toplam kişi sayısına göre yaşam kalitesi toplam puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p=0,557; p=0,178; p=0,064).

Katılımcıların sağlık durumu ve zararlı alışkanlıklara göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının sonuçları Tablo 11'de belirtilmiştir.

Tablo 11. Sağlık durumu ve zararlı alışkanlıklara göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	**WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS**
Öznel Sağlık Değerlendirmesi		
Kötü	14	70,79±7,992 (b,c)
Orta	66	82,35±9,036 (a,c)
İyi	44	91,66±7,492 (a,b)
p		**<0,001****

Tablo 11 (Devam). Sağlık durumu ve zararlı alışkanlıklara göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS
Kronik Hastalık Varlığı		
Hayır	11	92,18±8,060
Evet	113	83,58±10,501
p		**0,009***
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Hayır	18	87,72±10,948
Evet	106	83,77±10,449
p		0,144*
Düzenli Uyku		
Hayır	54	81,89±10,676
Evet	70	86,24±10,160
p		**0,022***
2 Km Yürüyebilme		
Hiçbir şekilde yürüyemem	22	76,77±8,955 (d)
Yardımla ancak yürüyebilirim	16	76,31±7,418 (d)
Yardımsız zorlanarak yürüyebilirim	34	84,03±10,137
Rahat yürüyebilirim	52	90,23±8,567 (a,b)
p		**<0,001****
Sigara Kullanımı		
Hayır	82	83,95±9,853
Evet	17	88,59±12,570
İçiyordum Bıraktım	25	82,76±11,122
p		0,182**
Alkol Kullanımı		
Hayır	110	87,73±10,266
Evet	14	89,21±12,027
p		0,67*

*Student t-testi; **One-way ANOVA.

Öznel sağlık değerlendirmesine göre, gruplar arasında yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık saptanmıştır (p<0,001). Buna göre en yüksek puan ortalaması, kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren grup olurken en düşük puan ortalaması kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren grup olmuştur.

Kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,009).

Düzenli kullanılan ilacın olup olmaması durumu ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,144).

Uykusu düzenli olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları uykusu düzenli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,022).

Katılımcıların 2 km yürüyebilme kapasitelerine göre, yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık saptanmıştır (p<0,001). 2 km mesafeyi "rahat yürüyebilirim" şeklinde belirten grubun; "hiçbir şekilde yürüyemem" ve "yardımla ancak yürüyebilirim" şeklinde belirten gruplara göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,001; p<0,001).

Sigara ve alkol kullanım durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,182; p=0,67).

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklara göre WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü toplam puanlarının sonuçları Tablo 12'de belirtilmiştir.

Tablo 12. Kronik hastalıklara göre yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Sayı (n)	**WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Ortlama±SS**
Hipertansiyon		
Hayır	44	85,11±11,930
Evet	80	83,93±9,796
p		0,551*
Diabetes Mellitus		
Hayır	81	84,19±10,276
Evet	43	84,65±11,220
p		0,816*
Kalp Hastalıkları		
Hayır	81	85,28±10,365
Evet	43	82,58±10,848
p		0,176*
Hiperlipidemi		
Hayır	93	84,56±10,185
Evet	31	83,71±11,807
p		0,700*
Akciğer Hastalıkları		
Hayır	104	85,29±10,772
Evet	20	79,45±8,010
p		**0,023***
Kas-İskelet Sis. Hast.		
Hayır	72	86,46±9,521
Evet	52	81,42±11,325
p		**0,008***
Nörolojik Hastalıklar		
Hayır	110	84,99±10,553
Evet	14	79,29±9,603
p		0,057*

*Student t-testi.

Katılımcılar arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalığı, hiperlipidemi, nörolojik hastalık durumunun olup olmaması ile yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Akciğer hastalığına sahip olanların olmayanlara göre ve kas-iskelet sistemi hastalığı olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,023; p=0,008).

ARAŞTIRMA GRUBUNUN AKTİF YAŞLANMA ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARININ DEĞERLENDİRMESİ

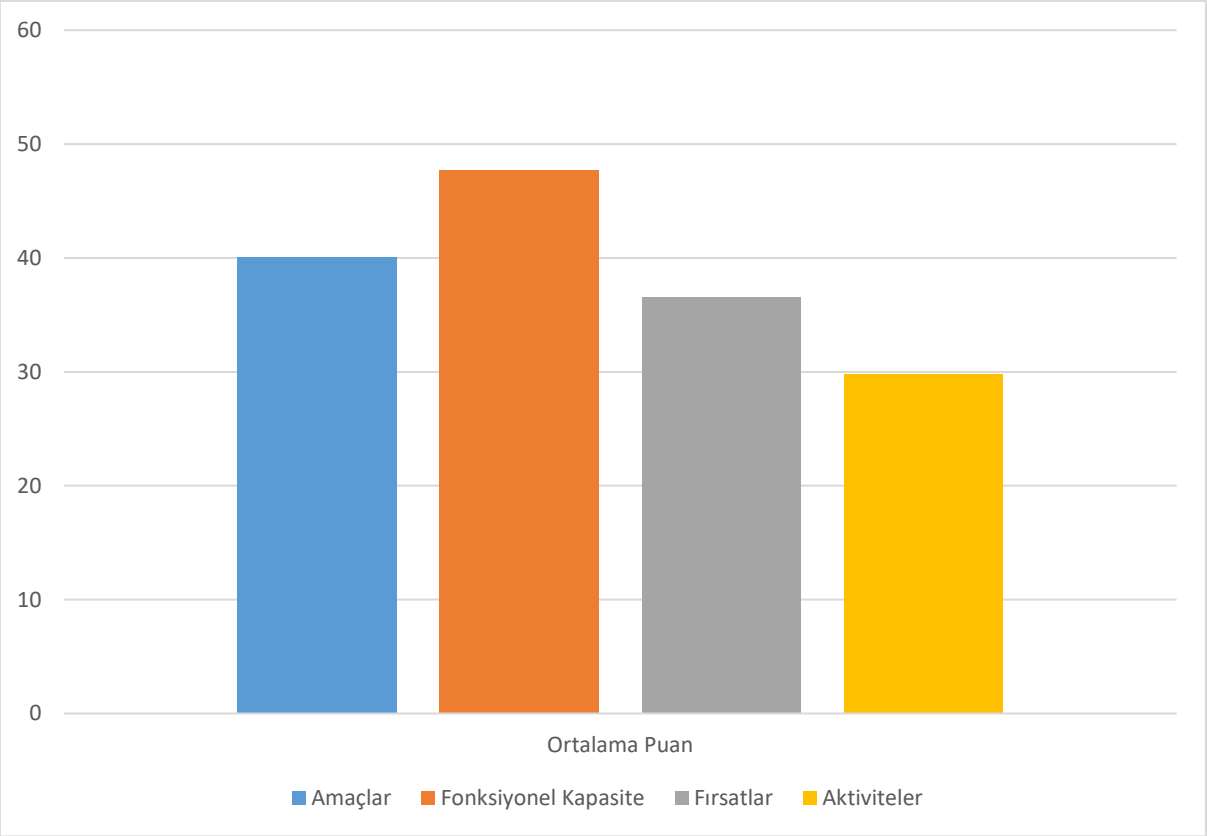
Tüm katılımcıların (n=124) AYÖ sonuçlarına göre; ölçeğin alt boyut ve toplam puan değerlendirmesi Tablo 13'de belirtilmiştir. Bu tabloda amaçlar, fonksiyonel kapasite, fırsatlar, aktiviteler alt boyutları ve ölçekten elde edilen toplam puan sonuçları yer almaktadır.

Tablo 13. Araştırma grubunun (n=124), Aktif Yaşlanma Ölçeği toplam ve alt boyut puanları

	Ortanca (min-max)	**Ortalama±SS**
Amaçlar	39,00 (11-64)	40,07±10,937
Fonksiyonel Kapasite	50,50 (16-68)	47,76±13,110
Fırsatlar	37,00 (13-66)	36,54±9,137
Aktiviteler	28,00 (10-55)	29,84±10,429
Toplam Puan	155,50 (67-250)	154,21±39,906

Katılımcıların Aktif Yaşlanma Ölçeği toplam puan ortalamaları 154,21±39,906 olarak saptanmıştır. Alt boyutların puan ortalamaları ise, "amaçlar" 40,07±10,93 "fonksiyonel kapasite" 47,74±13,11 "fırsatlar" 36,54±9,13 "aktiviteler" 29,84±10,42 şeklindedir.

Aktif Yaşlanma Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının grafik üzerinde karşılaştırması Şekil 2'de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırma grubunun (n=124), Aktif Yaşlanma Ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Bu sonuçlara göre AYÖ alt boyutları arasında en yüksek puan ortalaması "fonksiyonel kapasite" boyutuna aitken, bunu "amaçlar", "fırsatlar" ve "aktiviteler" boyutları takip etmektedir.

ARAŞTIRMA GRUBUNUN, ÖZELLİKLERE GÖRE AKTİF YAŞLANMA ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde katılımcıların sırasıyla; sosyodemografik özelliklerine, çalışma gelir ve sosyal güvence durumlarına, yaşanılan evin özelliklerine, sağlık durumlarına ve zararlı alışkanlıklarına, kronik hastalıklarına göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarına göre elde edilen bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının sonuçları Tablo 14'de belirtilmiştir.

Tablo 14. Sosyodemografik özelliklere göre Aktif Yaşlanma Ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aktif Yaşlanma Ölçeği				
	Sayı (n)	**Amaçlar**	**Fonksiyonel Kapasite**	**Fırsatlar**	**Aktiviteler**	**AYÖ Toplam Puan**
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Cinsiyet						
Kadın	70	38,73±11,255	44,71±12,841	34,67±9,308	28,33±10,287	146,44±39,97
Erkek	54	41,81±10,354	51,70±12,494	38,96±8,389	31,80±10,378	164,28±37,84
p		0,120*	**0,002****	**0,009***	0,073**	**0,013***
Yaş Grubu						
65-74	78	42,09±10,356 (c)	51,82±10,683 (c)	39,13±8,497 (b,c)	32,64±10,041 (c)	165,68±36,036 (c)
75-84	35	39,57±10,777 (c)	46,34±11,149 (c)	34,29±7,928 (a,c)	27,77±8,945 (c)	147,97±34,258 (c)
85 ve üzeri	11	27,36±6,345 (a,b)	23,45±5,222 (a,b)	25,36±7,061 (a,b)	16,55±4,321 (a,b)	92,73±16,650 (a,b)
p		**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****
Medeni Durum						
Bekar, hiç evlenmemiş	2	33,00±7,071	50,00±7,071	34,50±3,536	25,00±0,000	142,50±10,607
Evli	78	42,31±10,163 (c)	50,99±11,401 (c)	39,17±8,420 (c)	32,31±10,114 (c)	164,77±36,269 (c)
Eşi vefat etmiş	39	36,18±11,821 (b)	40,62±14,339 (b)	31,64±9,118 (b)	25,51±10,241 (b)	133,95±41,735 (b)
Boşanmış/ayrı yaşıyor	5	38,40±8,735	52,20±9,445	34,60±5,857	27,00±7,450	152,20±28,630
p		**0,029******	**0,003******	**0,001******	**0,007******	**0,003******
Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar değil	10	28,60±8,720 (d,e,f)	32,00±8,459 (d,e,f)	25,70±7,675 (d,e,f)	21,20±5,432 (d,e,f)	107,50±27,565 (d,e,f)
Okur-yazar	11	33,45±7,258 (e,f)	38,27±11,323 (d,e,f)	31,36±7,447 (f)	23,73±7,824 (d,f)	126,82±30,999 (d,e,f)
İlkokul	64	37,48±8,860 (e,f)	45,52±11,910 (e,f)	35,33±7,572 (f)	27,38±8,811 (d,f)	145,70±32,690 (e,f)
Ortaokul	10	46,10±9,410 (a)	57,30±6,977 (a,b)	41,60±7,720 (a)	38,10±8,373 (a,b,c)	183,10±26,543 (a,b)
Lise	16	47,25±8,660 (a,b,c)	57,06±8,858 (a,b,c)	40,50±7,248 (a)	34,75±9,630 (a)	179,56±29,093 (a,b,c)
Üniversite ve üzeri	13	53,77±8,064 (a,b,c)	60,15±6,926 (a,b,c)	46,46±8,647 (a,b,c)	41,38±10,162 (a,b,c)	201,77±29,335 (a,b,c)
p		**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****

*Student t-testi; **Mann-whitney U; ***One-way ANOVA; ****Kruskal Wallis.

Cinsiyete göre, erkeklerin AYÖ toplam puan ortalamaları 164,28±37,84 iken kadınların ise 146,44±39,97 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,013). Yine cinsiyete göre "fonksiyonel kapasite" ve "fırsatlar" alt boyut puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırmasında, erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir (p=0,002; p=0,009). "Amaçlar" ve "aktiviteler" alt boyut puanları için kadın erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,120; p=0,073).

Yaş gruplarına göre, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Grupların puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru sıralaması; 65-74 yaş grubu (165,68±36,036), 75-84 yaş grubu (147,97±34,258), 85 yaş ve üzeri yaş grubu (92,73±16,650) şeklindedir. AYÖ'nün her bir alt boyut puanının yaş grupları arası karşılaştırmasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve sıralama aynıdır (p<0,001). 85 yaş ve üzeri yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre, AYÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (p<0,001). "Amaçlar", "fonksiyonel kapasite", "aktiviteler" boyutlarında da, 85 ve üzeri yaş grubunun elde ettikleri puanlar diğer gruplara göre anlamlı olarak düşüktür. "Fırsatlar" boyutunda ise tüm yaş grupları arasındaki fark anlamlıdır (sırasıyla p=0,013; p<0,001; p=0,006).

Medeni durum gruplarına göre, AYÖ toplam puanları değerlendirildiğinde "evli" ve "eşi vefat etmiş" gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,003). Medeni durum gruplarına göre AYÖ'nün her bir alt boyut puanlarının değerlendirmesinde de sonuç benzerdir. "Evli" olanların "eşi vefat etmiş" olanlara göre toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumlarına göre, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). En yüksek puan ortalamasına sahip grup 201,77±29,335 ile üniversite ve üzeri eğitim alan grup iken, en düşük puan ortalamasına sahip grup ise 107,50±27,565 okur-yazar olmayan gruptur. Ortaokul, lise, üniversite ve üzeri grupların toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların çalışma, gelir ve sosyal güvence durumlarına göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının sonuçları Tablo 15'de belirtilmiştir

Tablo 15. Çalışma, gelir ve sosyal güvence durumlarına göre Aktif Yaşlanma Ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aktif Yaşlanma Ölçeği				
	Sayı (n)	**Amaçlar**	**Fonksiyonel Kapasite**	**Fırsatlar**	**Aktiviteler**	**AYÖ Toplam Puan**
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	116	39,57±10,768	46,83±12,999 (b)	35,81±8,687 (b)	29,03±9,973 (b)	151,23±38,769 (b)
Düzenli bir işte çalışıyor	6	47,17±13,556	61,17±5,307 (a)	47,50±10,559 (a)	41,83±12,090 (a)	197,67±37,345 (a)
Diğer	2	48,00±1,414	61,50±3,536	46,0±8,485	41,00±4,243	196,50±10,607
p		0,161****	**0,005****	**0,015****	**0,011****	**0,011****
Emeklilik Durumu						
Emekli değil	39	34,15±11,250	41,59±13,226	32,26±8,999	25,90±9,886	133,90±40,103
Emekli	85	42,79±9,704	50,59±12,115	38,51±8,555	31,65±10,223	163,53±36,398
p		**<0,001***	**<0,001****	**<0,001***	**0,004****	**<0,001***
Kendine Ait Gelir Varlığı						
Yok	21	34,90±8,461	42,95±10,423	32,48±5,446	25,90±6,355	136,24±26,167
Var	103	41,13±11,117	48,74±13,425	37,37±9,527	30,64±10,927	157,87±41,304
p		**0,017***	**0,028****	**0,002***	0,072**	**0,004***
Gelir Düzeyi						
Geçimine yetmiyor	26	36,46±10,435 (c)	45,19±12,681 (c)	34,12±9,030 (c)	28,35±9,972 (c)	144,12±38,298 (c)
Geçimine ancak yetiyor	72	38,78±9,762 (c)	45,74±13,050 (c)	34,89±7,734 (c)	27,57±8,846 (c)	146,97±35,496 (c)
Geçimini rahat sağlıyor	26	47,27±11,691 (a,b)	55,92±10,639 (a,b)	43,54±9,717 (a,b)	37,62±11,548 (a,b)	184,35±39,855 (a,b)
p		**<0,001****	**<0,001****	**<0,001****	**<0,001****	**<0,001****
Sosyal Güvence Varlığı						
Yok	5	36,60±6,804	38,80±14,940	31,80±6,340	25,20±8,643	132,40±34,012
Var	119	40,22±11,072	48,13±12,963	36,74±9,202	30,03±10,482	155,13±39,997
p		0,471*	0,124**	0,238*	0,280**	0,214*

*Student t-testi; **Mann-whitney U; ***One-way ANOVA; ****Kruskal Wallis.

Çalışma durumlarına göre, düzenli işte çalışan grubun çalışmayanlara göre AYÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0,011). Ölçeğin "fonksiyonel kapasite", "fırsatlar" ve "aktiviteler" alt boyutları için de sonuç benzerdir (sırasıyla p=0,005; p=0,015; p=0,011); fakat "amaçlar" alt boyutu için düzenli işte çalışan grup ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,161).

Emekli olan yaşlıların AYÖ toplam puan ortalamalarının emekli olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0,001). Grupların puan ortalamaları, emekli olan yaşlılarda 163,53±36,398 iken, emekli olmayanlarda ise 133,90±40,103 şeklindedir. AYÖ alt boyutlarından elde edilen puanların da emekli olan grupta olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Kendine ait geliri olanlar ile olmayanların AYÖ toplam puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup kendine ait geliri olanlarda daha yüksektir (p=0,004). "Aktiviteler" alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmazken (p=0,072), "amaçlar", "fonksiyonel kapasite" ve "fırsatlar" boyutlarında sonuç toplam puanla benzerdir (her biri için p<0,05).

Gelir düzeyine göre bakıldığında, geçimini rahat sağlayan grupta diğer iki gruba göre AYÖ toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,05). Gelirinin geçimine yetmediğini belirten grup ile gelirinin geçimine ancak yettiğini belirten grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,939). Bu iki grubun AYÖ alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için p>0,05).

Sosyal güvencenin varlığına göre, AYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,214). Alt boyutlar için de sonuç benzerdir (her biri için p>0,05).

Katılımcıların yaşadığı evin tipine, mülkiyetine ve evde bulunan toplam kişi sayısına göre aktif yaşlanma düzeyleri değerlendirilmiştir. Toplam ve alt boyutlardan elde edilen puanlar, gruplar arasında karşılaştırılarak yaşanılan evin özelliklerinin aktif yaşlanma düzeyini nasıl etkilediği incelenmiştir.

Katılımcıların yaşanılan evin özelliklerine göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının sonuçları Tablo 16'da belirtilmiştir.

Tablo 16. Yaşanılan evin özelliklerine göre Aktif Yaşlanma Ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aktif Yaşlanma Ölçeği				
	Sayı (n)	**Amaçlar**	**Fonksiyonel Kapasite**	**Fırsatlar**	**Aktiviteler**	**AYÖ Toplam Puan**
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Evin Tipi						
Müstakil	49	37,94±10,796	46,00±13,277	36,14±8,583	29,16±9,040	149,24±38,210
Apartman Dairesi	75	41,47±10,873	48,91±12,960	36,80±9,539	30,28±11,281	157,45±40,901
p		0,079*	0,220**	0,697*	0,759**	0,264*
Evin Mülkiyeti						
Kendi Evi	91	41,88±10,801 (b)	50,59±11,402 (b)	38,01±9,004 (b)	31,63±10,072 (b)	162,11±37,339 (b)
Çocukların Evi	26	34,54±10,246 (a)	36,65±13,798 (a,c)	31,77±8,838 (a)	24,15±10,410 (a)	127,12±40,038 (a)
Akrabaların Evi	3	40,67±10,970	58,00±11,269 (b)	40,00±3,000	34,33±8,145	173,00±33,045
Kiracı	4	34,50±6,557	47,75±7,632	31,50±5,000	22,75±2,062	136,50±18,717
p		**0,013******	**<0,001****	**0,007****	**0,001****	**0,001****
Evde Bulunan Toplam Kişi Sayısı	16	38,13±10,972	42,81±12,760	30,88±8,253 (b)	26,69±8,187	138,50±37,463
1 Kişi	66	42,35±10,537	50,24±11,344	38,64±8,279 (a)	31,80±10,156	163,03±36,372
2 Kişi	34	37,71±10,507	45,44±15,884	35,06±9,667	28,26±11,464	146,47±43,978
3-4 Kişi	8	35,25±13,090	47,00±12,083	36,88±10,882	26,63±10,350	145,75±43,611
5 ve üzeri		0,087***	0,187****	**0,013****	0,182****	0,060***
p						

*Student t-testi; **Mann-whitney U; ***One-way ANOVA; ****Kruskal Wallis.

Evin tipine göre, müstakil evde yaşayanlar ile apartman dairesinde yaşayan grupların AYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,264). Alt boyutların değerlendirmesinde de bu iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (her biri için p>0,05).

Evin mülkiyetine göre, kendi evinde yaşayanlar ile çocuklarının evinde yaşayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,001). Alt boyutların değerlendirmesinde de bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05).

Kendisi dahil evde bulunan toplam kişi sayısına göre, AYÖ'nün "fırsatlar" alt boyut puanlarının değerlendirmesinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,013). "Fırsatlar" boyutunda, evde tek yaşayanların puan ortalaması 30,88±8,253 iken evde iki kişi yaşayanların puan ortalaması 38,64±8,279 saptanmıştır. AYÖ'nün "amaçlar", "fonksiyonel kapasite" ve "aktiviteler" boyutlarının ve toplam puanlarının değerlendirmesinde ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (her biri için p>0,05).

Katılımcılara, kendi sağlığını genel olarak nasıl değerlendirdikleri sorularak öznel sağlık değerlendirmesi yapılmıştır. Oluşturulan gruplar arasında AYÖ toplam ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Yine kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu ve düzenli uykuya sahip olma durumları ile aktif yaşlanma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Zararlı alışkanlıklar açısından sigara ve alkol kullanım durumu sorgulanmıştır. Mobilitenin aktif yaşlanma üzerindeki önemi üzerine, katılımcılara "2 km'lik bir mesafeyi yürümede zorluk çeker misiniz?" şeklinde sorularak gruplar oluşturulmuş ve AYÖ toplam ve boyut puanları karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların yaşanılan sağlık durumları ve zararlı alışkanlıklara göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının sonuçları Tablo 17'de belirtilmiştir.

Tablo 17. Sağlık durumu ve zararlı alışkanlıklara göre Aktif Yaşlanma Ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aktif Yaşlanma Ölçeği				
	Sayı (n)	**Amaçlar**	**Fonksiyonel Kapasite**	**Fırsatlar**	**Aktiviteler**	**AYÖ Toplam Puan**
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Öznel Sağlık Değerlendirmesi						
Kötü	14	32,00±8,458 (c)	29,57±9,205 (b,c)	26,79±6,784 (b,c)	20,43±7,562 (b,c)	108,79±29,470 (b,c)
Orta	66	38,88±10,968	47,58±11,843 (a,c)	36,55±8,939 (a)	29,21±10,349 (a)	152,21±38,133 (a,c)
İyi	44	44,43±9,789 (a)	53,82±10,426 (a,b)	39,64±7,957 (a)	33,77±9,308 (a)	171,66±33,243 (a,b)
p		**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****
Kronik Hastalık Varlığı						
Hayır	11	42,73±13,417	56,55±9,616	41,82±7,012	35,64±10,161	176,73±38,270
Evet	113	39,81±10,702	46,90±13,122	36,03±9,181	29,27±10,324	152,02±39,540
p		0,401*	**0,016****	0,044*	0,049**	**0,050***
Düzenli İlaç Kullanma Durumu						
Hayır	18	41,06±11,404	53,89±10,448	40,61±6,835	33,39±9,775	168,94±35,482
Evet	106	39,91±10,903	46,72±13,271	35,85±9,323	29,24±10,459	151,71±40,225
p		0,682*	**0,033****	**0,015***	0,092**	0,090*
Düzenli Uyku						
Hayır	54	38,70±10,675	43,44±13,296	34,07±10,150	27,57±10,770	143,80±41,709
Evet	70	41,13±11,095	51,09±12,033	38,44±7,827	31,59±9,883	162,24±36,772
p		0,222*	**0,002****	**0,010***	**0,010****	**0,010***
Sigara Kullanımı						
Hayır	82	39,49±11,099	46,10±13,154	35,46±9,041	28,52±9,890	149,57±39,680
Evet	17	42,47±10,978	52,76±13,264	38,88±8,069	33,18±10,649	167,29±38,705
İçiyordum Bıraktım	25	40,36±10,563	49,80±12,169	38,48±9,841	31,88±11,555	160,52±40,156
p		0,590***	0,073****	0,185***	0,188****	0,196***
Alkol Kullanımı						
Hayır	110	39,30±10,830	47,05±13,073	35,80±8,793	29,25±10,156	151,39±38,994
Evet	14	46,14±10,174	53,36±12,457	42,36±10,028	34,50±11,739	176,36±41,502
p		**0,027***	0,076**	**0,011***	0,123**	**0,027***
2 Km Yürüyebilme						
Hiçbir şekilde yürüyemem	22	32,33±10,542 (d)	31,68±10,340 (c,d)	28,77±6,279 (c,d)	19,77±6,399 (c,d)	113,45±28,925 (c,d)
Yardımla ancak yürüyebilirim	16	32,75±6,340 (d)	36,75±5,983 (c,d)	30,19±6,316 (d)	23,06±3,907 (c,d)	122,75±17,407 (c,d
Yardımsız zorlanarak yürüyebilirim	34	39,68±10,628	49,50±10,214 (a,b,d)	37,65±8,838 (a)	31,68±9,788 (a,b)	158,50±36,233 (a,b)
Rahat yürüyebilirim	52	45,48±9,531 (a,b)	56,81±7,575 (a,b,c)	41,06±7,907 (a,b)	34,98±9,572 (a,b)	178,33±30,417 (a,b)
p		**<0,001*****	**<0,001******	**<0,001*****	**<0,001*****	**<0,001*****

*Student t-testi; **Mann-whitney U; ***One-way ANOVA; ****Kruskal Wallis.

Öznel sağlık değerlendirmesine göre, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Çıkan sonuçta en yüksek puan ortalaması kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren grup iken, en düşük puan ortalaması kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren gruptur.

Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre, AYÖ toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan grupta anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,05).

Düzenli kullandığı ilacı olanların ve olmayanların, AYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,90). "Fonksiyonel kapasite" ve "fırsatlar" alt boyut puanlarına göre ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup düzenli kullandığı ilacı bulunan grupta daha düşüktür (sırasıyla p=0,033; p=0,015).

Düzenli uykuya sahip yaşlıların, uykusu düzenli olmayanlara göre AYÖ toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,010). Benzer sonuçlar "fonksiyonel kapasite", "fırsatlar", "aktiviteler" alt boyutları içinde geçerli olup (p<0,05), "amaçlar" alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,222).

Sigara kullanım durumuna göre, AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Alkol kullanım durumuna göre, AYÖ toplam puan ortalamaları alkol kullanan grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,027). "Amaçlar" ve "fırsatlar" alt boyutları için de sonuç benzerdir (sırasıyla p=0,027; p=0,011). "Fonksiyonel kapasite" ve "aktiviteler" alt boyut puanlarında, alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,076; p=0,123).

2 km yürüyebilme kapasitelerine göre, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır (p<0,001). 'Rahat yürüyebilirim' şeklinde belirten grubun puan ortalaması en yüksek iken, 'hiçbir şekilde yürüyemem' şeklinde belirten grup ise en düşüktür. 2 km yürüyebilme kapasitelerini, 'Hiçbir şekilde yürüyemem' ve 'yardımla ancak yürüyebilirim' şeklinde belirten gruplar arasında ise AYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,792).

Katılımcıların, kronik hastalıklara göre AYÖ toplam ve alt boyut puanlarının sonuçları Tablo 18'de belirtilmiştir.

Tablo 18. Kronik hastalıklara göre Aktif Yaşlanma Ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aktif Yaşlanma Ölçeği				
	Sayı (n)	Amaçlar	Fonksiyonel Kapasite	Fırsatlar	Aktiviteler	AYÖ Toplam Puan
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Hipertansiyon						
Hayır	44	40,50±11,533	50,36±12,185	38,43±8,652	32,07±10,546	161,36±40,113
Evet	80	39,84±10,662	46,33±13,451	35,50±9,282	28,61±10,222	150,28±39,489
p		0,748*	0,117**	0,087*	0,080**	0,139*
Diabetes Mellitus						
Hayır	81	40,30±10,647	48,72±12,821	36,40±8,408	29,70±9,847	155,11±38,014
Evet	43	39,65±11,580	45,95±13,607	36,81±10,475	30,09±11,563	152,51±43,665
p		0,756*	0,264**	0,809*	0,964**	0,731*
Kalp Hastalıkları						
Hayır	81	40,84±11,151	49,80±12,308	37,58±8,885	31,31±10,260	159,53±38,871
Evet	43	38,63±10,497	43,91±13,841	34,58±9,386	27,07±10,294	144,19±40,350
p		0,286*	**0,021****	0,082*	**0,021****	0,872*
Hiperlipidemi						
Hayır	93	40,29±10,706	48,14±12,755	36,11±8,608	29,19±9,666	153,73±38,045
Evet	31	39,42±11,761	46,61±14,282	37,84±10,618	31,77±12,417	155,65±45,689
p		0,703*	0,646**	0,363*	0,469**	0,818*
Akciğer Hastalıkları						
Hayır	104	40,09±11,460	48,53±13,253	37,08±9,394	30,32±10,779	156,01±41,088
Evet	20	40,00±7,901	43,75±11,845	33,75±7,232	27,35±8,152	144,85±32,364
p		0,886**	0,098**	0,137*	0,265**	0,254*
Kas-İskelet Sis. Hast.						
Hayır	72	41,46±11,078	51,01±11,791	37,72±8,474	30,74±9,963	160,93±36,957
Evet	52	38,15±10,543	43,25±13,612	34,90±9,832	28,60±11,017	144,90±42,275
p		0,097*	**0,002****	0,090*	0,219**	**0,027***
Nörolojik Hastalıklar						
Hayır	110	40,54±10,657	48,59±12,984	37,00±9,050	30,27±10,528	156,40±39,606
Evet	14	36,43±12,780	41,21±12,674	32,93±9,344	26,43±9,246	137,00±39,436
p		0,187*	**0,041****	0,117*	0,222**	0,087*

*Student t-testi; **Mann-whitney U.

Hipertansiyon hastalığına sahip olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,139). AYÖ alt boyutları için de hipertansiyon hastalığına sahip olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (her biri için p>0,05).

Diabetes mellitus hastalığına sahip olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,731). AYÖ alt boyutları için de hipertansiyon hastalığına sahip olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (her biri için p>0,05).

Kalp hastalıklarına sahip olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,872). "Fonksiyonel kapasite" ve "aktiviteler" alt boyutları için kalp hastalıklarına sahip olan ve olmayan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, kalp hastalığı olanlarda daha düşüktür (sırasıyla p=0,021; p=0,021).

Hiperlipidemisi olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,818). Alt boyut puanları açısından da, hiperlipidemisi olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için p>0,05).

Akciğer hastalığı olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,254). Alt boyut puanları açısından da, akciğer hastalığı olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için p>0,05).

Aktif Yaşlanma Ölçeği toplam puan ortalamaları, kas iskelet sistemi hastalığı olan grupta, olmayanlara göre anlamlı olarak düşüktür (p=0,027). "Fonksiyonel kapasite" alt boyutu için de durum benzerdir (p=0,002). Diğer alt boyutlar açısından kas iskelet sistemi hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (her biri için p>0,05).

Nörolojik hastalığı olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında, AYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,087). "Fonksiyonel kapasite" alt boyutu için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,041).

ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN YAŞAM KALİTESİ VE AKTİF YAŞLANMA DURUMLARININ İLİŞKİSİ

Araştırmaya katılan yaşlıların AYÖ ve WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 19'da belirtilmiştir. Katılımcıların aktif yaşlanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında aynı yönde yüksek ve anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,716; p<0,001).

Tablo 19. Katılımcıların AYÖ ile WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü puanları arasındaki ilişki

		WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü
AYÖ	Pearson r	0,716
	p	<0,001
	n	124

TARTIŞMA

YAŞLILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Türkiye İstatistik Kurumu 2020 yılı verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %9,5'i iken, Edirne ili merkez ilçesinde bu oran %11,4 tür. Birleşmiş Milletler raporuna göre 2020 yılında dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus %9,3 olarak belirtilmiştir. Bu veriler ışığında, Edirne ili merkez ilçede yaşlıların oranı Türkiye ve dünyadaki oranın üstündedir. Kadınlar, ortalama olarak erkeklerden daha uzun yaşadıkları için dünya genelinde yaşlıların çoğunluğunu oluşturmaktadırlar. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri kişilerin cinsiyete göre dağılımına baktığımızda yaklaşık olarak %44,2'sinin erkek ve %55,8 inin kadın olduğunu görmekteyiz, bu oran Edirne ili merkez ilçesinde benzer şekilde %45 erkek ve %55 kadın şeklindedir. Çalışmamızda katılımcıların %43,5'i erkek, %56,5'i kadındır. Türkiye genelinde 65 yaş ve üstü bireylerin %63,8'i 65-74, %27,9'u 75-84 ve %8,4'ü 85 yaş ve üzeri yaş aralığında yer almaktadır. Edirne ili merkez ilçede bu oranlar sırasıyla %67, %25 ve %8 şeklindedir, çalışmamızda ise oranları uygun olarak %62,9, %28,2 ve %8,9 olduğunu görmekteyiz (9,10,47).

Türkiye'de yaşlı nüfusun medeni duruma göre dağılımında %62,6'sının evli, %31,8'inin eşi vefat etmiş, %3,6'sının boşanmış ve %2,0'sinin hiç evlenmemiş olduğu görülmektedir. Ayrıca eşi ölmüş olanlar arasında, kadınların oranının erkeklerin yaklaşık 4 katı olması dikkat çekmektedir (9). Bu oranlar çalışmamızda %62,9, %31,5, %4,0 ve %1,6 şeklindedir ve benzerdir.

Türkiye'de yaşlı nüfusun eğitim durumuna göre dağılımında %16,9'unun okuma yazma bilmediği, %15,9'unun okuma yazma bildiği fakat ilkokulu bitirmediği, %45,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %7,3'ünün ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olduğu, %7,5'inin lise veya dengi okul mezunu olduğu ve %7,0'sinin yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir (9). Çalışmamızda ise katılımcıların eğitim durumu %8,1 okuryazar değil, %8,8 okuryazar fakat ilkokulu bitirmemiş, %51,6 ilkokul, %8,1 ortaokul, %12,9 lise, %10,5 üniversite ve üzeri şeklindedir. Edirne'de yaşlı nüfusun eğitim seviyesinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 yılı işgücü istatistiklerine bakıldığında yaşlı nüfusun istihdam oranı %11,6'dır ve bu çalışanların %64,7'sinin tarım, %28,1'inin hizmet, %5,3'ünün sanayi, %1,9'unun ise inşaat sektöründe yer aldığı görülmektedir (9). T.C Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün, 12 ilde kentsel alanda yaptığı araştırma sonucuna göre, araştırmaya katılan yaşlıların %14,6'sının çalışmakta olduğu belirtilmiştir (2). Çalışmamızda, düzenli bir işte çalıştığını belirten yaşlıların oranı %4,8'dir. Türkiye genelinde yaşlıların büyük çoğunluğunun tarım sektöründe çalıştığı bilinmektedir, bizim çalışmamız ise Edirne ili merkez ilçede uygulanmış olduğu için ve ayrıca anketimizde "düzenli bir işte çalışma" ifadesi nedeniyle bu oran diğer araştırma sonuçlarına göre düşük tespit edilmiştir.

Yaşlı yoksulluğunun önlenmesi amacıyla emeklilik sistemleri kurulmuştur. Türkiye'de emeklilik sistemleri 1946 yılında başlayıp, günümüze kadar da çeşitli değişikliklere uğramıştır. Sarıca (48) araştırmasında, yaşlıların aylık alma ve çalışma durumuna göre dağılımını şu şekilde bulmuştur. Sadece çalışanlar %2,5, maaş alanlar (emekli, dul-yetim, malul-sakat, 65 yaş) %76,6, aylık almayan ve çalışmayan %20,9 şeklindedir. Bizim çalışmamızda kendine ait geliri olan yaşlıların oranı %83,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 68,5'i emekli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda yaşlıların %60,5 inin apartman dairesinde yaşadığı görülmektedir, bu durumun en önemli nedeni çalışmanın merkez ilçede yapılmış olmasıdır. Evde yaşayan toplam kişilere göre çalışmamızda yalnız yaşayan yaşlıların oranı %12,9, iki kişi yaşayan yaşlıların oranı ise %53,2 olarak bulunmuştur. Özmete (2) tarafından yürütülen Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması'nda; yaşlı bireylerin %25'inde ailedeki birey sayısının iki olduğu, %15'inin ise yalnız yaşadığı görülmektedir. İki kişi yaşayan yaşlı oranının Türkiye geneli yapılan araştırmaya oranla bu denli yüksek olmasının ardında sosyokültürel farklılıklar ve çalışmanın kentsel örneklemde yapılması olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalıkların dağılımına baktığımızda en sık hipertansiyon (%64,5), ikinci sırada kas iskelet sistemi hastalıkları (%41,9) ve üçüncü sırada diyabetes mellitus (%34,7) ve kalp hastalıkları (%34,7) bulunmaktadır. Kılınç'ın (49) Burdur'da sistematik örnekleme ile oluşturulan 408 yaşlı ile yapmış olduğu tez çalışmasında; en sık hipertansiyon (%53,7), kalp hastalığı (%29,4) ve diyabet (%24,8) hastalıkları saptanmıştır. Sözen ve ark.'nın (50) çalışmasında araştırmanın yapıldığı aile polikliniğine başvuran 200 yaşlı bireyde hastalıkların dağılımında ilk üç sıra hipertansiyon (%60,5), kardiyovasküler hastalık (%27,5), ortopedik hastalık (%21,5) şeklindedir. Farklı çalışmalardaki bulguların da desteklediği üzere bizim çalışmamızda da yaşlılarda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Bu yüzden birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, yaşlı bireylerde hipertansiyon tanı tedavi sürecini en iyi şekilde yönetmesi toplum için elzemdir. Çalışmamızda, yaşlılarda hipertansiyon hastalığının aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği bulunmuş olup, bu durum hipertansiyonun işlevselliği daha az etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Artan yaşla birlikte, uykuda normal olarak değerlendirilen fizyolojik değişimler görülebildiği gibi ayrıca anormal olarak uyku bozuklukları görülebilir. Bu gibi sebeplerden ötürü yaşlı bireyler sıklıkla uyuyamama şikayetlerini dile getirirler (51). Çalışmamızda katılımcıların %56,5'i uykularının düzenli olduğunu belirtmekteydi. Kılınç'ın (49) çalışmasında ise uyku sorunu olmayan yaşlıların oranı %60 olarak saptanmıştır. Palteki ve ark.'nın (52) İstanbul'da bir yaşlı bakımevinde yaptığı uyku kalitesi ve depresyon durumlarının belirlenmesine yönelik çalışmada, katılımcılardan uyku kalitesi kötü olanların oranı %51,4 olarak bulunmuştur. Bu sonuçların benzerliği, uyku kalitesinin çevresel faktörlerden bağımsız, daha çok yaş ile belirlenen bir unsur olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre 2019 yılında yaşlı nüfus içinde her gün tütün mamülü kullananların oranı %10,5 olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre incelendiğinde ise erkeklerde %17,7 ve kadınlarda %4,9 şeklindedir (9). Özerdoğan ve ark. (53) Çanakkale ilinde gerçekleştirdiği çalışmada, tütün mamülü kullananların oranını %16 olarak saptamıştır. Bilici'nin (54) Edirne il merkezinde 65 yaş ve üzeri nüfusta gerçekleştirdiği tez çalışmasında, sigara kullanım durumuna katılımcıların %19'unun "içiyorum" şeklinde yanıt verdiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda Edirne il merkezinde sigara kullanmakta olan yaşlıların oranı %13,7 olarak bulunmuştur. Çalışmalar arasında sigara kullanım durumu ile ilgili farklılıklar bulunsa da bulduğumuz veriler diğer çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların, kalan yıllarını daha sağlıklı yaşayabilmeleri adına sigarayı bırakmaları tavsiye edilmeli ve gerekli danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Alkol kullanımı, yaşlılarda da bağımlılığa ve/veya önemli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yaşlı bireylerin, alkol kullandığını inkar etmesi veya kullandığı alkol miktarını normal olarak görmesi alkole bağlı sorunların ortaya çıkarılmasında engel teşkil etmektedir (55). Bilici'nin (54) çalışmasında, alkol kullanımına "içiyorum" şeklinde yanıt veren 65 yaş ve üstü olan katılımcıların oranı %12,8 olarak bulunmuştur. Bu orana yakın şekilde, çalışmamızda alkol kullandığını ifade eden yaşlıların oranı %11,3 olarak saptanmıştır. Edirne il merkezinde sigara kullanımında olduğu gibi alkol kullanım oranının düşürülmesi için yaşlılara alkol bırakmaları tavsiye edilmeli ve gerekli danışmanlık hizmeti verilmelidir. Ayrıca bağımlılık düzeyinde alkol kullanımı olanlar tespit edilip, ivedilikle ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir.

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

Çalışmamızda yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden elde ettikleri ortalama puan 84,35±10,57'dir. Çalışmamızda WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nde her bir soruya verilen cevaplardan (1, 2, 6, 7, 8, 9 ve 10 numaralı sorularda ters puanlama yapılmıştır) elde edilen puanların toplanması ile toplam puan elde edilmiştir. Diğer yapılan çalışmalara bakıldığında dönüştürülmüş toplam puan şeklinde sonuçların yazıldığı da görülmektedir. Dönüştürülmüş toplam puanda, özel bir formül ile puanlamanın 0-100 puan arasında değişecek şekilde dönüştürüldüğü görülmektedir. Bu yüzden diğer bazı çalışmalarda dönüştürülerek elde edilen puanlar ile bizim çalışmamızdaki puanlar arasında fark olması doğal bir sonuçtur. Bizim çalışmamızda katılımcıların dönüştürülmüş toplam puan ortalamaları 62,86±11,01 şeklindedir. Eser ve ark.'nın (45) WHOQOL-OLD'un Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliğini test ettiği çalışmasında toplam puan ortalaması 56,02±11,86 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, Edirne'de yaşlıların yaşam kalitesi düzeyinin daha iyi seviyede olduğu söylenebilir. Edirne'nin şehir yapısının veya burada yaşayan insanların sosyal etkileşiminin, yaşlıların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olabilir. Ayrıca, Edirne'de yaşlılardaki eğitim seviyesinin Türkiye geneline göre daha iyi seviyede olması yaşam kalitesini olumlu etkileyen bir faktördür.

Çalışmamızda alt boyut puanlarından elde edilen puan ortalamalarına baktığımızda en yüksek puan ortalaması "duyusal işlevler" alt boyutuna aitken bunu "ölüm ve ölmek"

sonrasında ise "yakınlık" boyutları takip etmektedir. En düşük puan ortalaması "sosyal katılım" alt boyutuna aittir. Sözen ve ark.'nın (50) çalışmasında en yüksek puan ortalaması "yakınlık" boyutuna aitken en düşük puan ortalaması "duyusal işlevler" boyutuna aittir. Kılınç'ın (49) çalışmasında, en yüksek puan ortalaması "ölüm ve ölmek" boyutuna aitken en düşük puan ortalaması "sosyal katılım" boyutuna aittir. Aydın ve Karaoğlu'nun (56), Gaziantep il merkezinde yapmış olduğu çalışmasında en yüksek puan ortalaması "ölüm ve ölmek", en düşük puan ortalaması "sosyal katılım" boyutunda görülmektedir. Bilgili ve Arpacı'nın (31) çalışmasında, "ölüm ve ölmek" boyutu en yüksek puan ortalamasına sahipken "duyusal işlevler" boyutu en düşük puan ortalamasına sahiptir. Eser ve ark.'nın (45) çalışmasında en yüksek puan ortalaması "yakınlık" en düşük puan ortalaması ise "ölüm ve ölmek" boyutlarına aittir. Görüldüğü üzere alt boyutlardan elde edilen puan ortalamaları çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Bunun nedeni olarak, çalışmaların yapıldığı yerlerin ve orada yaşayanların fiziksel, kültürel ve sosyal farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden elde ettikleri puanların cinsiyetler arası karşılaştırılmasında erkeklerin puan ortalamasının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde farklı çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılabildiğini görmekteyiz. Bizim çalışmamızda olduğu gibi WHOQOL-OLD ölçeği kullanılarak yaşlıların yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmalara bakacak olursak; Kılınç'ın (49) Burdur'da yaptığı çalışmasında, Baş'ın (57) Nazilli'de yaptığı çalışmasında, Aydın ve Karaoğlu'nun (56) Gaziantep il merkezinde yaptığı çalışmada, Şahin ve ark.nın (58) Kayseri'de yaptığı çalışmada erkeklerin ölçekten elde ettikleri puanların çalışmamızla tutarlı şekilde kadınlardan yüksek olduğu görülmektedir. Bilgili ve Arpacı'nın (31) çalışmasında, Altay ve ark.'nın (59) Samsun'da yapmış oldukları çalışmada cinsiyetler arasında yaşam kalitesi puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmalara bakacak olursak; Arpacı ve ark.'nın (60) çalışmasında kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha yüksek bulunmuş iken, Şahin ve ark.'nın (61) gerçekleştirdiği farklı bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Görüldüğü üzere birçok çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olması, kadınların bu açıdan ihmal ediliyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca ülkemizde, eski yıllarda kadınlara yönelik daha kısıtlayıcı tutumların olması kadınların yaşlılığında yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda, 85 yaş ve üzeri olan yaşlıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden elde ettikleri puan ortalamaları 65-74 yaş aralığı ve 75-84 yaş aralığına göre

anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 65-74 ve 75-84 yaş aralığındaki gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kılınç'ın (49) çalışmasında, 80 yaş ve üzeri grubun yaşam kalitesi puanı 80 yaş altındakilere göre daha düşük saptanmıştır. Aydın ve ark.'nın (56) çalışmasında 65-74 yaş grubundaki yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması 75 yaş ve üzeri kişilerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. İlerleyen yaşla birlikte insan vücudunda meydana gelen değişiklikler sonucu, sağlık olumsuz etkilenir ve kişinin fonksiyonel kapasitesi azalır. Özellikle 85 yaşından sonra bu sorunların daha belirgin hale gelmesi, yaşam kalitesinin düşmesinden sorumludur.

Çalışmamızda, katılımcıların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kılınç'ın (49) çalışmasında, evli olmayanların evli olanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Baş'ın (57) çalışmasında evlilerin yaşam kalitesinin bekar/dul olan gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aydın ve Karaoğlu'nun (56) çalışmasında, medeni durum grupları arasında en yüksek puan ortalaması "bekar" gruba aitken en düşük puan ortalaması "eşi ölmüş" gruba ait bulunmuş. Bilgili ve Arpacı'nın (31) çalışmasında, evli grubun bekar/dul olan gruba göre yaşam kalitesi puanı daha yüksek saptanmıştır. Literatürde genel olarak evli olmanın, yaşlılıkta yaşam kalitesini arttırdığına yönelik veriler bulunmasına rağmen, bizim çalışmamızda benzer sonuç elde edilmemiştir. Medeni durumdan ziyade sosyal ortam ve eğitim şekillerinin yaşam kalitesi üzerine daha fazla etki ettiği söylenebilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi puanları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması üniversite ve üzeri eğitimi olanlarda iken en düşük puan ortalaması ise okur-yazar olmayan gruba aittir. Bu sonuç diğer birçok çalışma ile uyumludur. Kılınç'ın (49) çalışmasında formal eğitim alan yaşlıların formal eğitim almayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Baş'ın (57) çalışmasında, okuryazar olmayan katılımcıların yaşam kalitesi puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük saptanmış olup en yüksek puana sahip olan grup eğitim durumunu üniversite olarak belirten gruba ait olduğu görülmektedir. Aydın ve Karaoğlu'nun (56) çalışmasında, ilkokul ve üzeri okul mezunu olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları, okur yazar olmayan ve okur yazar olup ilkokulu bitirmemiş yaşlılara göre daha yüksek bulunmuş olup, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Arpacı ve ark.'nın (60) çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça gruplar arası yaşam kalitesi puan ortalamaları artmaktadır. Çeşitli çalışmalardan ve bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre eğitim düzeyinin artışı ile yaşam kalitesi puanlarının arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyindeki artış ile kişilerin farkındalığının, sağlık okuryazarlığının

artması yaşam kalitesini arttırabilir. Ayrıca kişinin yapmak istediği eylemi gerçekleştirmek için uygun planlama yapabilmesi, o kişinin sağlık hizmetlerine ulaşımını ve faaliyetlere katılımını artıracaktır.

Çalışmamızda gelir düzeylerine göre geçimini rahat sağladığını belirten grubun yaşam kalitesi puan ortalamasının, gelir düzeyi geçimine ancak yeten ve yetmeyen gruba göre anlamlı olarak yüksek puana sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca düzenli bir işte çalışan katılımcıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Kılınç'ın (49) çalışmasında, haneye giren toplam geliri ihtiyaçlarına yeten katılımcıların yaşam kalitesi puanlarının yetmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine aynı çalışmada, halen çalışmayan yaşlıların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Baş'ın (57) çalışmasında aylık gelir düzeyi en düşük olan grubun yaşam kalitesi puanları diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Yılmaz ve Çağlayan'ın (62) çalışmasında aylık gelirin düşük olması, daha önce herhangi bir işte çalışmama gibi durumlar düşük yaşam kalitesi için risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Bilgili ve Arpacı'nın (31) çalışmasında, aşırı finansal zorluk çeken yaşlıların daha az zorluk çeken veya çekmeyenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Aydın ve Karaoğlu'nun (56) çalışmasında, halen çalışmakta olanların çalışmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir, bu sonuç bizim çalışmamızla da uyumlu olup yaşlı bireylerde çalışmanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisini gösterebilir.

Çalışmamızda evin tipine, mülkiyetine ve evde bulunan toplam kişi sayısına göre yaşam kalitesi toplam puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kılınç'ın (49) çalışmasında yaşlının oturduğu evin müstakil veya apartman dairesi olmasının ve evde yaşayan kişi sayısının yaşam kalitesine etkisi saptanmamış olup bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur. Müstakil ev ve apartman dairesinin yaşlılar açısından birbirine karşı güçlü ve zayıf oldukları yönler vardır, bu durum muhtemelen farklı tip evlerde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri arasında fark oluşmasını engellemektedir. Baş'ın (57) çalışmasında yalnız veya eşi ile yaşayan katılımcıların, kızı ile veya oğlu ile yaşayan katılımcılara göre yaşam kalitesinden elde ettikleri puan daha fazla bulunmuştur. Yılmaz ve Çağlayan'ın (62) çalışmasında ev sahibi olanların, kiracı/diğer gruba göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Bilgili ve Arpacı'nın (31) çalışmasında, katılımcıların birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesinin değerlendirmesinde gruplar arasında fark saptanmamıştır. Evde bulunan kişi sayısının ve yaşanılan kişinin yaşam kalitesi açısından fark yaratmaması evde bulunan diğer kişilerin özelliklerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerine göre gruplandırılmasında, yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre grupların yüksek puandan düşüğe doğru sıralaması iyi, orta, kötü şeklindedir. Baş'ın (57) çalışmasında kendisini sağlıklı hisseden grubun hasta hisseden gruba göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve Çağlayan'ın (62) çalışmasında, yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sıralama bizim çalışmamızda olduğu gibi genel sağlık durumu iyi, orta, kötü şeklindedir. Diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere, yaşlı bireyin kendisini sağlık açısından nasıl hissettiği, o kişinin yaşam kalitesi açısından bize fikir verebilir. Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan grubun yaşam kalitesi puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Aydın ve Karaoğlu'nun (56) çalışmasında da, yaşlıda herhangi bir kronik hastalığın olmaması yüksek yaşam kalitesine sahip olmada önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Gençlik yıllarından itibaren uygulanabilecek sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve zararlı alışkanlıklardan kurtulma gibi yöntemler ile birçok kronik hastalığın önüne geçilebilir. Kronik hastalığın olmaması, bizlere yaşlılıkta daha iyi bir yaşam kalitesi sunacaktır.

Çalışmamızda, uykusunu düzenli olarak belirten katılımcıların olmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksektir. Pekçetin ve Özgü'nün (63) çalışmasında, uyku kalitesi azaldıkça bireylerin yorgunluk düzeylerinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Özvurmaz ve ark.'nın (64) Aydın ilinde bakım gündüz evlerine gelen yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (SF-36) kullanılarak gerçekleştirdikleri çalışmada, yaşlıların büyük bir bölümünde uyku kalitesinin kötü olduğu ve uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar, ilerleyen yaşla beraber gelişen normal veya normal olmayan uyku değişikliklerinin uykunun yaşlılardaki önemini ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini daha da görünür hale getirmektedir. Uyku kalitesi arttıkça kişinin gün içerisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali artacak ve bu durumdan yaşam kalitesi de olumlu etkilenecektir.

Çalışmamızda sigara kullanım durumu açısında gruplar arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hem Kılınç'ın (49) hem de Yılmaz ve Çağlayan'ın (62) çalışmasında da sigara içenler ve içmeyenler arasında yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yılmaz ve Çağlayan'ın (62) çalışmasında da aşırı alkol kullanımı olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bahar ve Başıbüyük'ün (65) 60 yaş üstü bireylerle gerçekleştirdiği çalışmasında, alkol kullanımı ve

sigara alışkanlığı ile yaşlı bireylerin iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda diğer çalışmalarla tutarlı şekilde, sigara ve/veya alkol kullanımının yaşam kalitesi düzeyine etki etmemesi, işlevselliği bozacak derecede bir maruziyet olmamasından kaynaklanabilir.

YAŞLILARDA AKTİF YAŞLANMA

Yaşlılarda aktif yaşlanma kavramının herkes tarafından kabul gören tek bir tanıma oturtulmamış olması, özellikle kişi ve kurumlarca açıklanan farklı tanımların varlığı aktif yaşlanmanın değerlendirilmesi ve ölçülmesi işleminde zorluğa ve karışıklığa neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra başarılı yaşlanma ve sağlıklı yaşlanma gibi, kısmen aktif yaşlanma ile örtüşen kavramların varlığı da aranan bilgi ve sonuca ulaşma konusunda hem yardımcı hem de zorlayıcı olabilmektedir.

Çalışmamızda, Jyvaskyla Üniversitesi'nde geliştirilen Aktif Yaşlanma Ölçeği'nin Türkçe sürümü kullanılmıştır. Katılımcıların alt boyutlardan elde ettikleri puan ortalamalarına bakacak olursak; "amaçlar" 40,07±10,93 "fonksiyonel kapasite" 47,74±13,11 "fırsatlar" 36,54±9,13 "aktiviteler" 29,84±10,42 şeklindedir. Toplam ölçek puan ortalaması ise 154,21±39,90 şeklindedir. Ülkemizde Erbil'in (66), Ankara ilinde pandemi koşullarında aynı ölçek ile yapmış olduğu tez çalışmasında yaşlıların puan ortalaması 176,93±51,36 olarak bulunmuştur. Boyutların puan ortalamaları ise; "amaçlar" 49,49 (±14,27), "fonksiyonel kapasite" 51,18 (±14,76), "fırsatlar" 38,81 (±13,29) ve "aktiviteler" 37,46 (±13,10) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada boyutların puan ortalamalarının sıralamasının çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir. Ölçeği geliştiren Rantanen ve ark.'nın (67) Finlandiya'da gerçekleştirdiği çift kör randomize kontrollü çalışmasında, çalışma öncesinde yaşlılardan elde edilen aktif yaşlanma ölçeği puan ortalamaları sırasıyla, müdahale grubunda 204,1±26,3 kontrol grubunda 207,9±25,3 şeklindedir. Alt boyutlar arasındaki puan ortalamaları sıralaması ise büyükten küçüğe doğru baktığımızda "fonksiyonel kapasite", "fırsatlar", "amaçlar" ve "aktiviteler" şeklindedir. Kültürel, sosyal ve ekonomik nedenlerin yanı sıra ayrıca pandeminin getirmiş olduğu kısıtlılıkların çalışmamızdaki yaşlıların aktif yaşlanma puanının bu çalışmaya göre düşük olmasını açıklayabilir. Ayrıca Rantanen ve ark.'nın (67) çalışmasında boyutlar arası puan sıralamasında "fırsatlar" boyutu ikinci sıradayken; bizim çalışmamızda ve Erbil'in (66) çalışmasında üçüncü sırada yer almaktadır. Bu da pandeminin getirmiş olduğu sosyal kısıtlılıkların sonucu olarak aktivitelerin yapılabilmesi için fırsatların azalması olarak

değerlendirilebilir. Yine Rantanen ve ark.'nın (44) Finlandiya'da Covid-19 karantinası döneminde yaptıkları ve elde edilen verilerin pandemi öncesi dönemle karşılaştırıldığı çalışmasında, katılımcıların yaşam alanı hareketliliği, aktif yaşlanma puanı ve yaşam kalitesi puanının iki yıl öncesine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Aktif yaşlanmaya cinsiyetler açısından bakacak olursak, çalışmamızda erkeklerin aktif yaşlanma düzeylerinin kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Erbil'in (66) çalışmasında erkeklerin aktif yaşlanma puan ortalamaları, çalışmamızla uyumlu şekilde kadınlardan yüksek bulunmuştur. Rantanen ve ark.nın (67) çalışmasında, aktif yaşlanma puanlarının cinsiyetler arasında birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ayrıca Rantanen ve ark.nın (68), fiziksel işlevselliğin aktif yaşlanma ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada erkeklerin puan ortalaması 198,5 iken kadınların puan ortalaması 202,0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, aktif yaşlanma düzeyinin cinsiyetlere göre değerlendirilmesinde ülkeler arasında farklı sonuçlar olabilmektedir. Ülkemizde, eski yıllarda kadınlara yönelik eğitim, sosyal ve iş alanlarında daha kısıtlayıcı tutumların olması kadınların yaşlılığında, aktif yaşlanma düzeyini olumsuz etkilemiş olabilir. Bu yüzden, kadınların aktif yaşlanma düzeylerinin artırılması adına, öncelikle bu konuda farkındalık yaratılmalı ve çeşitli yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca toplum olarak genç veya yaşlı tüm kadınların özgüvenini zedeleyecek davranışlardan kaçınılabilir ve ilerleyen yaşlarda daha aktif yaşlanmaları sağlanabilir.

Yaş gruplarının aktif yaşlanma puan ortalamalarına baktığımızda, gruplar arasında artan yaşla birlikte aktif yaşlanma düzeyinin düştüğünü görmekteyiz. Tabi bu yaşın ilerlemesi ile birlikte işlevselliğin azalması, kronik hastalıkların artması, yaşam kalitesinin azalması gibi sebeplerle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda medeni duruma göre, evli olanların aktif yaşlanma toplam ve boyut puanları, eşi vefat etmiş olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Katılımcıların evli ve bekar şeklinde iki gruba ayrılarak aktif yaşlanma puanlarının karşılaştırıldığı Erbil'in (66) çalışmasında, evli grubun puan ortalamasının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gençlik yıllarında evliliğin sosyal hayatı kısıtladığına dair bir algı vardır. Evlilik nedeniyle kişinin kendine zaman ayıramamasından, istediklerini yapamamasından şikayet ettiği sıkça karşılaşılan yakınmalardır. Çalışmamızda ise yaşlı bireylerde evli olmanın kişinin aktif yaşlanmasını olumlu etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile aktif yaşlanma puanları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması üniversite ve üzeri eğitimi olanlarda iken en düşük puan ortalaması ise okur-yazar olmayan gruba aittir. Erbil'in (66) çalışmasında eğitim düzeyi lise ve üzeri olanların aktif yaşlanma puan ortalamaları, ilköğretim olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Eğitimin artması ile sağlık bilincinin ve sağlık okuryazarlığının artması, aynı şekilde gelir düzeyinin artması da bunda etkili olmaktadır.

Çalışmamızda, düzenli bir işte çalışan yaşlıların çalışmayan gruba göre aktif yaşlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Erbil'in (66) çalışmasında, çalışan yaşlıların çalışmayanlara göre aktif yaşlanma puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmak, insanı fiziksel olarak aktif tutar ayrıca çalışma ortamında diğer kişilerle iletişim kurmaya olanak tanır. Çalışan birey, geri kalan zamanlarında ise değerli aktivitelere daha fazla yer ayırır. Bu gibi sebepler, sağlıkları elverdiği ölçüde çalışan yaşlıların daha aktif yaşlandığını bize gösterir. Gelir düzeyine göre bakacak olursak, çalışmamızda geliri geçimini rahat sağlayan grubun, geçimine ancak yeten ve yetmeyen gruba göre aktif yaşlanma düzeyi anlamlı derecede yüksektir. Erbil'in (66) çalışmasında gruplar arasında gelir düzeyi arttıkça aktif yaşlanma puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Yaşlının gelir düzeyinin artması, temel ihtiyaçların karşılanması sonrasında, ihtiyaçlar hiyerarşisinde üst basamaklara çıkabilmeyi ve çeşitli faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesini sağladığı için aktif yaşlanma düzeyini arttırmaktadır.

Çalışmamızda müstakil evde yaşayanlar ile apartman dairesinde yaşayan yaşlılar arasında aktif yaşlanma puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine evde yaşayan kişi sayısına göre, gruplar arasında aktif yaşlanma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur. "Fırsatlar" boyutunda ise evde tek yaşayanların, iki kişi yaşayanlara göre puan ortalamaları anlamlı derecede daha düşüktür. Bu durum yalnız yaşayanların bazı faaliyetleri gerçekleştirmesinde yalnızlığın bir engel olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda öznel sağlık değerlendirmesine göre aktif yaşlanma puan ortalama sıralaması küçükten büyüğe doğru kötü, orta ve iyi şeklindedir ve tüm gruplar arasındaki fark anlamlıdır. Erbil'in (66) çalışmasında sağlığını iyi olarak algılayan grubun aktif yaşlanma puan ortalamasının orta/kötü şeklinde algılayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Yukarıda yaşlılarda yaşam kalitesi üzerine konuştuğumuz üzere, kişinin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği hem aktif yaşlanma açısından hem yaşam kalitesi açısından fikir verebilir. Bir aile hekimi olarak, yaşlılara karşı soracağımız 'kendi sağlığını nasıl değerlendirirsin?" tarzında basit bir soru, karşımızdaki birey hakkında bize yol gösterebilir.

Bazı yönlendirme ve öneriler ile bulunarak yaşam kalitesi ve aktif yaşlanma düzeylerindeki değişim pozitif olarak yönetilebilir.

Çalışmamızda, kronik hastalık varlığına göre aktif yaşlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eronen ve ark.'nın (69) sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanmadaki rolünü araştırdıkları çalışmasında, kronik hastalık sayısı ne kadar düşükse aktif yaşlanma puanının o kadar yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve zararlı alışkanlıklardan kurtulma ile birçok kronik hastalığın önüne geçilerek daha sağlıklı bir yaşlanma gerçekleştirilebilir.

Çalışmamızda sigara kullanım durumuna göre gruplar arasında aktif yaşlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat alkol kullanan yaşlıların aktif yaşlanma puan ortalamaları alkol kullanmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Erbil'in (66) çalışmasında sigara kullanım durumuna göre saptanan sonuç çalışmamızla benzer olmakla birlikte, o çalışmada alkol kullananların kullanmayanlara göre aktif yaşlanma puan ortalamaları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ve bu bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Sigara kullanım durumunun, yaşam kalitesinde olduğu gibi aktif yaşlanma düzeyini etkilemiyor olması, henüz fonksiyonel kapasite kaybı yaşanmamış olmasından kaynaklanabilir.

Düzenli uykuya sahip yaşlıların aktif yaşlanma puan ortalamalarının uykusu düzenli olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştuk. Yine uykunun düzenli olması, aktif yaşlanmanın "fonksiyonel kapasite", "fırsatlar" ve "aktiviteler" boyutlarında da olumlu anlamda fark yaratmaktadır. Yaşam kalitesi açısından da uykunun olumlu sonuçları görülen çalışmamızda, aktif yaşlanma açısından da yaşlı bireylerin düzenli ve kaliteli uyku ihtiyacı görülebilmektedir.

Bireyin mobil olma durumunun aktif yaşlanma açısından önemini test etmek amaçlı, 2 km yürüyebilme durumunu sorgulayarak gruplara ayırdığımız katılımcıların, aktif yaşlanma puan ortalamaları arasında fark anlamlıydı. En düşük puan ortalaması hiçbir şekilde 2 km yürüyemeyeceğini belirten gruba aitken, en yüksek puan ortalaması bu mesafeyi rahat yürüyebileceğini ifade eden katılımcılara aitti. Rantanen ve ark. (44) genel olarak yürüme güçlüğü çeken kişilerin daha düşük aktif yaşlanma puanları aldığını belirtmektedir. Siltanen ve ark.'nın (70) Finlandiya'da yaşlı bireyler arasında yapmış olduğu çalışmada, tüm yaş gruplarında yürümekte güçlük çekme veya 2 km yürüyememe, daha düşük aktif yaşlanma puanları ile ilişkilendirilmiştir. Yaşlılık sürecinde yapmak istediklerimizi eyleme dönüştürebilmemiz için fonksiyonel yeterlilik oldukça önemlidir ve anketimizde sorduğumuz

2 km yürüyebilme durumu da fonksiyonel yeterliliğin bir parçasıdır. Bu yüzden çalışmamızda ve diğer çalışmalarda görüldüğü üzere yürüme güçlüğü olan yaşlıların daha düşük aktif yaşlanma düzeyine sahip olmaları şaşırtıcı değildir. Çalışmamızda yaşlılarda ikinci sıklıkta görülen kas-iskelet sistemi hastalıkları, yaşlıların rahat yürüyebilmesindeki en büyük engellerden biridir. Özellikle artmış vücut kitle indeksi, sedanter yaşam, düşme gibi sebepler kas-iskelet sistemi hastalıklarına neden olabilir veya var olan hastalığın şiddetini arttırabilir. O yüzden yaşlılarımızın özellikle fonksiyonel kapasitesini düşürecek kas iskelet sistemi hastalıklarından mümkün olduğunca korunmalıdır.

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ VE AKTİF YAŞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmamızda katılımcıların aktif yaşlanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında aynı yönde, yüksek ve anlamlı ilişki saptadık ($r=0,716$; $p<0,01$). Rantanen ve ark.nın (3) aktif yaşlanma ölçeğini geliştirdikleri çalışmasında, pilot veriler ışığında aktif yaşlanma puanı ne kadar yüksek olursa yaşam kalitesi puanının o kadar iyi olduğu gözlemlenmiştir. Yine Rantanen ve ark.'nın (44) Finlandiya'da yaşlılar için sosyal kısıtlamalar ve karantinaların aktif olduğu dönemde aynı kohorttan katılımcılarla yaptıkları çalışmada da, benzer şekilde daha iyi yaşam kalitesinin daha yüksek aktif yaşlanma puanlarıyla ilişkilendirildiği görülmüştür. Bahsedilen bu çalışmada aktif yaşlanma puanı ve yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişki yüksek olarak saptanmış ve ayrıca araştırmacılar sosyal mesafe ve kısıtlamaların bu ilişkiyi biraz daha güçlendirdiğini belirtmişlerdir (44).

Aktif yaşlanma düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki bu yüksek seviyedeki ilişki, aile hekiminin de hasta yönetim becerisi ile yaşlı bireylerimize geri kalan hayatlarını daha mutlu ve verimli geçirmeleri için fırsat yaratacaktır. İnsan sağlığında gerçekleşen pozitif geri bildirim mekanizmasına benzer şekilde, bir yaşlı bireyin yaşam kalitesi arttığında aktif yaşlanma düzeyi de artacak ve sonrasında yaşam kalitesini de olumlu olarak geri besleyecektir.

SONUÇLAR

Edirne il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin, aktif yaşlanma düzeyini değerlendirmeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Kadınlar ortalama olarak erkeklerden daha uzun yaşamaktadır ve bu yüzden dünya genelinde yaşlıların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu durum çalışmamıza da yansımış olup katılımcıların %56,5'inin kadın olduğu görülmektedir.

2. Edirne il merkezinde yaşayan yaşlılar arasında, okuma-yazma bilmeyenlerin oranı %8,1 olup, Türkiye geneline göre oldukça düşüktür. Ama yine de bu durum yaşlıların, teknoloji çağının getirdiği değişimlere ayak uydurabilmesi ve topluma katılımlarının artırılabilmesi için düzeltilmesi gereken önemli sorunlardan biridir.

3. Çalışmamızda yaşlılar arasında en sık rastlanan kronik hastalıklar; hipertansiyon (%64,5), kas iskelet sistemi hastalıkları (%41,9), diabetes mellitus (%34,7) ve kalp hastalıkları (%34,7) şeklindedir.

4. Katılımcıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden elde ettikleri puan ortalaması 84,35±10,57 olup, dönüştürülmüş puan ortalaması 62,86±11,01 şeklindedir.

5. Edirne il merkezinde, Türkiye'de yapılmış diğer birçok çalışmada olduğu gibi yaşlı erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha iyi durumdadır.

6. Çalışmamıza göre yaşlılar arasında; daha yüksek eğitim düzeyi, düzenli bir işte çalışmak, emekli olmak, geçimini rahat sağlayabilmek, kronik hastalığa sahip olmamak,

uykunun düzenli olması, rahat yürüyebilmek, yaşam kalitesini artıran faktörler olarak sayılabilir.

7. Evin tipine, mülkiyetine ve evde bulunan toplam kişi sayısına göre yaşam kalitesinin katılımcılar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur. Yine, kendine ait gelir varlığı ve sosyal güvence varlığı değişkenlerine ait gruplar arasında da yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

8. Katılımcıların Aktif Yaşlanma Ölçeği'nden elde ettikleri puan ortalaması 154,21±39,90'dır. Alt boyutların puan ortalamalarının sıralaması yüksekten düşüğe doğru "fonksiyonel kapasite", "amaçlar", "fırsatlar" ve "aktivite" şeklindedir.

9. Edirne il merkezinde, yaşlı erkeklerin aktif yaşlanma düzeylerinin kadınlara göre daha iyi durumda olduğu görülmektedir. Bu sonuç ülkemizde yapılan diğer bir çalışma ile uyumlu olup, Finlandiya'da yapılan çalışmalarda ise erkeklerin aktif yaşlanma açısından böyle bir üstünlüğünün olması toplumsal ve kültürel sebepleri akla getirmektedir.

10. Çalışmamıza göre yaşlılar arasında; daha yüksek eğitim düzeyi, düzenli bir işte çalışmak, emekli olmak, kendine ait gelirinin olması, geçimini rahat sağlayabilmek, kronik hastalığa sahip olmamak, uykunun düzenli olması, rahat yürüyebilmek aktif yaşlanma düzeyini arttıran faktörler olarak sayılabilir.

11. Evin tipine ve evde bulunan toplam kişi sayısına göre aktif yaşlanma düzeyinin katılımcılar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur, fakat çocuklarının evinde yaşayan yaşlıların aktif yaşlanma düzeyi kendi evinde yaşayanlara göre daha düşüktür.

12. Çalışmamızda sigara kullanım durumuna göre gruplar arasında, yaşlıların yaşam kalitesi ve aktif yaşlanma düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Alkol kullanan yaşlıların aktif yaşlanma düzeyinin kullanmayanlara göre yüksek bulunması ise bu çalışmanın şaşırtıcı sonuçlarından biridir.

13. Yaşlı bireyin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğine göre, o kişinin yaşam kalitesi ve aktif yaşlanması hakkında fikir sahibi olabiliriz. Kendi sağlığını "iyi" olarak tanımlayanların puan ortalaması en yüksekken, "kötü" olarak tanımlayanların puan ortalaması en düşüktür.

14. Katılımcıların aktif yaşlanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında aynı yönde, yüksek ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

ÖZET

Edirne il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeyinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı, 65 yaş ve üstü 124 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. İçerisinde sosyodemografik veri formu, Aktif Yaşlanma Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Modülü'nün yer aldığı 116 soruluk anket yardımıyla veriler toplanmıştır.

Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklem t testi, One-way ANOVA, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Çoklu grupların ileri analizinde için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U ve Tukey testleri uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi Pearson korelasyon analizi ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerde $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların %56,5'i kadın, %62,9'u 65-74 yaş aralığındaydı. En sık rastlanan kronik hastalık hipertansiyon (%64,5) olarak bulunmuştur. Katılımcıların WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Modülü'nden ve Aktif Yaşlanma Ölçeği'nden elde ettikleri puanların ortalaması sırasıyla 84,35±10,57 ve 154,21±39,90 şeklindedir. Katılımcılar arasında erkeklerin hem yaşam kalitesi hem de aktif yaşlanma düzeyleri kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,034$; $p=0,013$). Kas-iskelet sistemi hastalığı olanların, olmayanlara göre hem yaşam kalitesi hem de aktif yaşlanma düzeyleri anlamlı olarak düşüktür (sırasıyla $p=0,008$; $p= 0,027$). Kendi sağlığını "kötü", "orta" veya "iyi" şeklinde değerlendiren yaşlılar arasında hem yaşam kalitesi hem de aktif yaşlanma düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$;

p<0,001). Katılımcıların aktif yaşlanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında aynı yönde, yüksek ve anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,716; p<0,001).

Aile hekimleri yaşlı nüfus hakkında farkındalığını artırmalıdır. Yaşlılar yaşam kalitesi ve aktif yaşlanma açısından değerlendirerek, öneri ve müdahalelerde bulunulmalıdır.

Anahtar kelimeler: aktif yaşlanma, yaşam kalitesi, aile hekimliği

EVALUATION OF ACTIVE AGING LEVELS OF ELDERLY INDIVIDUALS IN EDİRNE PROVINCIAL CENTER

SUMMARY

This study, in which the active aging level of the elderly living in Edirne provincial center and its effects on quality of life were investigated, was carried out with 124 participants aged 65 and over who are registered registered to Family Health Centers. The data were collected by a questionnaire that consists of 116 questions. It includes a sociodemographic data form, Active Aging Scale and the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module.

In the analysis of data; descriptive statistics, Independent Samples t-test, One-way ANOVA, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used. For further analysis of multiple groups, Mann Whitney U and Tukey tests with Bonferroni correction were applied. Examination of the relationship between the scales was carried out with Pearson correlation analysis. $p<0.05$ was accepted as statistically significant.

It was seen that 56.5% of the participants were women and 62.9% were between the ages of 65-74. The most common chronic disease was hypertension (64.5%). The mean scores of the participants from the WHOQOL-OLD Module and Active Aging Scale were 84.35±10.57 and 154.21±39.90, respectively. Among the participants, both the quality of life and active aging levels of men were higher than women's ($p=0.034$; $p=0.013$). The quality of

life and active aging levels of those with musculoskeletal disease were significantly lower than those without (p=0.008; p= 0.027). There was a significant difference in terms of both quality of life and active aging levels among the elderly who evaluated their own health as “poor”, “moderate” or “good” (p<0.001; p<0.001 respectively). A high and positive significant correlation was found between the active aging scores of the participants and their quality of life scores (r=0.716; p<0.001).

Family physicians should increase the awareness about elderly population. They can also make suggestions and interventions by evaluating elderly in terms of quality of life and active aging.

Key words: active aging, quality of life, family medicine

KAYNAKLAR

1. Ageing and Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Özmete E. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması [internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2016 (Erişim tarihi 18.03.2021). http://yasam.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/259/2019/05/T%C3%9CRK%C4%B0YE-AKT%C4%B0F-VE-SA%C4%9ELIKLI-YA%C5%9ELANMA-ARA%C5%9ETIRMASI-kitap.pdf
3. Rantanen T, Portegijs E, Kokko K, Rantakokko M, Törmäkangas T, Saajanaho M. Developing an assessment method of active aging: University of Jyvaskyla active aging scale. Journal of aging and health 2019;31(6):1002-24.
4. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi 05.04.2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210
5. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012;25(3):1-3.
6. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;7(1):53-62.
7. Life expectancy at birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2021 July 8]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)
8. Population ages 65 and above [Internet]. NW Washington: The World Bank; 2020 [cited 2021 June 25]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2020&most_recent_value_desc=true&start=2020

9. İstatistiklerle yaşlılar, 2020 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi 13.05.2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227

10. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2020 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi 21.06.2021). https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr

11. Hayat tabloları, 2017-2019 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi 28.05.2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711

12. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 June 16]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500

13. Ageing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 June 13]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_2

14. Beğer T. Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye. 2011:1-3.

15. Çakan FÖ. İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(5):5-8.

16. Öztop P. Yaşlılıkta sık görülen kas-iskelet sistem hastalıkları [internet]. (Erişim tarihi 13.06.2021). https://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/9.pdf

17. Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Derg 2008;6(2):73-80.

18. Keskin A, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar D. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38 (Özel Sayı 1):75-82.

19. Karakaş S. Yaşlanmanın anatomisi. The Journal of Turkish Family Physician 2012;3(1):23-9.

20. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbırak G, editör. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019:1-15.

21. Active ageing: A policy framework [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2021 Jan 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WH0?sequence=1

22. Hijas-Gómez AI, Ayala A, Rodríguez-García M, Rodriguez-Blazquez C, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, et al. The WHO active ageing pillars and its association with survival: Findings from a population-based study in Spain. Archives of Gerontology and Geriatrics 2020;90:104114.

23. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. Ageing research reviews 2013;12(1):141-50.

24. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-40.

25. Bowling A, Hankins M, Windle G, Bilotta C, Grant R. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). Archives of Gerontology and Geriatrics 2013;56(1):181-7.

26. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, Lubben J, Rowe J, Deutchman D (Eds.). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Elsevier; 1991:3-27.

27. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of Life Research 2004;13(2):299-310.

28. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research 1993;2:153-9.

29. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, et al. Older people's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. Health and Quality of Life Outcomes 2011;9(1):1-10.

30. Türkoğlu N, Adıbelli D. Yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeğinin (CASP-19) Türk toplumuna adaptasyonu. Akad Geriatri 2014;6:98-105.

31. Bilgili N, Arpacı F. Quality of life of older adults in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2014;59(2):415-21.

32. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 March 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

33. Active ageing [Internet]. European Commission [cited 2021 June 23]. Available from: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1062.

34. Ready for the Demographic Revolution? Measuring Active Ageing [Internet]. European Commission; 2016 [cited 2021 June 23]. Available from: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1062&furtherNews=yes&newsId=2430.

35. Annual Report on the Ageing Society [Internet]. Japan: Cabinet Office; 2020 [cited 2021 April 28]. Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2020/pdf/2020.pdf

36. D'Ambrogio E. Japan's Ageing Society [Internet]. European Parliamentary Research Service; 2020 [cited 2021 july 4]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/659419/EPRS_BRI(2020)659419_EN.pdf

37. Report of the Study Group for Japan's International Contribution to 'Active Aging' [Internet]. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan; 2014 [cited 2021 July 2]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000-Daijinkanboukokusaika-Kokusaika/0000044929.pdf

38. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı; 2007. Yayın No DPT: 2741.

39. Kurum Hakkında Tarihçemiz [internet]. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Erişim tarihi 29.03.2022). https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kurumsal/kurum-hakkinda/

40. Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu. T.C. Kalkınma Bakanlığı; 2014. Yayın No: KB: 2900 - ÖİK: 740

41. Birinci Yaşlılık Şûrası Sonuç Bildirgesi. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2019.

42. Aktif Yaşlanma Merkezi Edirne'de açıldı [internet]. Trakya Kalkınma Ajansı (Erişim tarihi 06.02.2022). https://www.trakyaka.org.tr/tr/33944/Aktif-Yaslanma-Merkezi-Edirnede-Acildi

43. Edirne'de 'Aktif Yaşlanma Merkezi' açıldı [internet]. (Erişim tarihi 06.02.2022). https://www.hurriyet.com.tr/yerel-haberler/edirne/edirne-de-aktif-yaslanma-merkezi-acildi-37117400

44. Rantanen T, Eronen J, Kauppinen M, Kokko K, Sanaslahti S, Kajan N, et al. Life-space mobility and active aging as factors underlying quality of life among older people before and during COVID-19 lockdown in Finland—A longitudinal study. The Journals of Gerontology 2021;76(3):e60-e7.

45. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(1):37-48.

46. Erbil DD, Hazer O. University of Jyvaskyla Active Aging Scale: the study of validity and reliability. International Journal of Eurasia Social Sciences 2019;10(38):1157-75.

47. World Population Ageing 2020 Highlights [Internet]. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020 [cited August 2021 10]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf

48. Sarıca AO. Türkiye'de emeklilik sistemlerinin yaşlı yoksulluğu ve emekli yoksulluğu üzerine etkisi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2019;9(2):477-98.

49. Kılınç AS. Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumu ile İlişkili Etmenler (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

50. Sözen F, Ersoy K, Çolak MY. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. The Journal of Turkish Family Physician 2020;11(4):191-9.

51. Ali A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. Geriatrik Bilimler Dergisi 2020;3(2):75-80.

52. Palteki AS, Aykaç E, Yükselen N, Mammadova L, Çakrlı Y, Hayran O. Yaşlı bakımevinde konaklayan yaşlılarda uyku kalitesi ve depresyon. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2021;6(2):105-13.

53. Özerdoğan Ö, Yüksel B, Çelik M, Oymak S, Bakar C. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Turkish Journal of Public Health 2018;16(2):90-105.

54. Bilici Atik MN. Edirne İl Merkezindeki 65 Yaş Üstü Nüfusta Kronik Ağrı Sıklığı ve Etki Eden Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

55. Çavuşoğlu Ç, Demirkol ME. Yaşlılarda bağımlılık. Bağımlılık Dergisi 2018;19(3):59-69.

56. Özkan SA, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2012;15(4):424-33.

57. Baş SA. Evde Yaşayan Yaşlıların Aktif Yaşlanma ve Yaşam Kalitesi Yönünden Değerlendirilmesi: Nazilli Örneği (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.

58. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, İnanç N. Kayserı ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. Türk Geriatri Dergisi 2013;16(3):322-9.

59. Altay B, Çavusoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(3):181-9.

60. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015;8(1):1-11.

61. Şahin NE, Emiroğlu O. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(1):57-66.

62. Yilmaz F, Çağlayan Ç. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(4):129-40.

63. Pekçetin S, Özgü İ. Yaşlı bireylerde Uyku Kalitesinin Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;(4);604-8.

64. Özvurmaz S, Asgarpour H, Güneş Z. Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: kesitsel bir çalışma. Medical Sciences 2018;13(3):72-9.

65. Bahar NT, Başıbüyük HH. Alkol, sigara, medikal cihaz kullanımı ve yaşlılıkta iyilik hali. Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;5(8):61-6

66. Erbil DD. Yaşlıların Aktif Yaşlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2022.

67. Rantanen T, Hassandra M, Pynnönen K, Siltanen S, Kokko K, Karavirta L, et al. The effect of individualized, theory-based counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). Aging Clinical and Experimental Research 2020;32(10):2081-90.

68. Rantanen T, Siltanen S, Karavirta L, Saajanaho M, Rantakokko M, Portegijs E. Hand grip strength, lower extremity performance and active aging among 75-year-old people. Innovation in Aging 2018;2(Suppl 1):312.

69. Eronen J, Paakkari L, Portegijs E, Saajanaho M, Rantanen T. Health literacy supports active aging. Preventive Medicine 2021;143:106330.

70. Siltanen S, Tourunen A, Saajanaho M, Palmberg L, Portegijs E, Rantanen T. Psychological resilience and active aging among older people with mobility limitations. European journal of ageing 2021;18(1):65-74.

EKLER

EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/117	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde Yaşlı Bireylerin Aktif Yaşlanma Düzeylerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:05/18** **Tarih:01.03.2021**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mustafa Serhat UYSAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

EK 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2021/3

Karar: 2021/3

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 04.05.2021 tarih saat 13:30'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in yürütücüsü olduğu ve Arş. Gör. Mustafa Serhat UYSAL'ın uzmanlık tez çalışması olan **''Edirne İl Merkezinde Yaşlı Bireylerin Aktif Yaşlanma Düzeylerinin Değerlendirilmesi''** konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 3

Anket No:

EDİRNE İL MERKEZİNDE YAŞLI BİREYLERİN AKTİF YAŞLANMA DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Arş. Gör. Dr. Mustafa Serhat UYSAL
Danışman: Doktor Öğretim Üyesi Önder Sezer

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Edirne il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Lütfen çalışmaya katılımınız durumunda anket formundaki sorulara gerçeğe uygun şekilde cevap veriniz.

1. Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek
2. Boy: … **Kilo:** … **VKİ:** …
3. Yaşınız? …….
4. Medeni durumunuz nedir? ( )Bekar, hiç evlenmemiş ( ) Evli ( )Eşi vefat etmiş ( )Boşanmış /Ayrı yaşıyor
5. Çocuğunuz var mı? Sayı ve cinsiyet belirtiniz. Hayır ( ) Evet ( ) .....
6. Eğitim durumunuz nedir? ( )Okur- yazar değil ( )Ortaokul ( )Okur- yazar, ilkokulu bitirmemiş ( )Lise ( )İlkokul ( )Üniversite ve üzeri
7. Emeklilik durumunuz nedir? ( )emekli değilim ( )emekliyim
8. Çalışma durumunuz nedir? ( )Çalışmıyor ( )çiftçi ( )Düzenli bir işte çalışıyor ( ) Diğer …..
9. Kendinize ait geliriniz var mı? ( )Hayır ( )Evet
10. Sosyal güvenceniz var mı? (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz) ( )Hayır ( )Evet ……..
11. Evinize giren toplam gelir geçiminizi sağlamaya yetiyor mu? ( )geçimime yetmiyor ( )geçimime ancak yetiyor ( )Geçimimi rahat sağlıyor

12. Oturduğunuz evin tipi nedir?

( )Müstakil
( )Apartman Dairesi
( )Diğer ….

13. Oturduğunuz evin mülkiyeti kime ait?

( )Kendi evi ( )Çocukların evi ( )Akrabaların evi ( )Kiracı ( )Diğer……

14. Siz dahil evinizde kaç kişi yaşıyor?

…….

15. Evde kimlerle birlikte yaşamaktasınız?

( )Yalnız ( )Eşim ile birlikte ( )Çocuklarım ile ( )Diğer …

16. Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz ?

( )kötü ( )orta ( )iyi

17. Sigara kullanıyor musunuz?

( )Hayır ( )Evet …….. adet/gün ( )İçiyordum bıraktım

18. Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır ( ) Evet ( ) ……. miktar/hafta

19. Mevcut bir kronik hastalığınız var mı? (Varsa eğer lütfen süresini belirtiniz)

( )Hipertansiyon: ...../yıl
( )Diyabet: …../yıl
( )Kalp Hastalıkları: …../yıl
( )Hiperlipidemi: …../yıl
( )Akciğer Hastalıkları (Astım, KOAH vb): …../yıl
( )Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları (osteoartrit, osteoporoz vb): …../yıl
( )Böbrek Yetmezliği: …../yıl
( )Nörolojik Hastalıklar (inme, epilepsi vb) : …../yıl
( )Benign/Malign Tümör: ….. /yıl
( )Diğer : …..

20. Düzenli kullandığınız ilacınız var mı ?

Hayır ( ) Evet ( )

21.Cevabınız evet ise kaç çeşit ilaç kullandığınızı belirtiniz

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ve üzeri

22. 2 km'lik bir mesafeyi yürümede zorluk çeker misiniz?

( )hiçbir şekilde yürüyemem
( )yardımla ancak yürüyebilirim
( )yardımsız zorlanarak yürüyebilirim
( )rahat yürüyebilirim

23. Uykunuz düzenli mi?

Hayır ( ) Evet ( )

24. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?

Hayır ( ) Evet ( )

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YAŞLI MODÜLÜ (WHOQOL-OLD)

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 göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır.

		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
1	(F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2	(F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3	(F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4	(F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5	(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6	(F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7	(F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8	(F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9	(F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri <u>ne ölçüde tam olarak</u> yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır

		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
10	(F 25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11	(F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
12	(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

13	(F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14	(F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar <u>hoşnut</u>, <u>mutlu</u> ve <u>iyi</u> hissettiğiniz ile ilgilidir.

		Hiç hoşnut değilim	**Çok az hoşnutum**	**Ne hoşnutum, ne de değilim**	**Epeyce hoşnutum**	**Çok Hoşnutum**
15	(F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
16	(F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
17	(F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18	(F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
19	(F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
		Çok Kötü	**Biraz Kötü**	**Ne iyi, Ne kötü**	**Oldukça iyi**	**Çok İyi**
20	(F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

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

		Hiç	**Çok az**	**Orta Derecede**	**Çokça**	**Aşırı Derecede**
21	(F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
22	(F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
23	(F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
24	(F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

Aktif Yaşlanma Ölçeği **Açıklama:** Lütfen aşağıda yer alan 14 farklı aktiviteyi dört farklı bakış açısıyla değerlendiriniz. (Soruları cevaplarken, yaşamınızdaki son bir ayı dikkate alınız.)	**1.AMAÇLAR** (Yapma İsteği)	**2.FONKSİYONEL KAPASİTE** (Yapabilme)	**3.FIRSATLAR** (Yapma Fırsatı)	**4.AKTİVİTE** (Yapma Sıklığı)
	<u>Son bir ayda</u> aşağıda yer alan faaliyetleri <u>yapmayı ne kadar</u> istediniz? Çok Kuvvetli: **4** Kuvvetli: **3** Bir Dereceye Kadar: **2** Biraz: **1** Hiç: **0**	**Sağlık durumunuzu ve yapabilme kapasitenizi göz önünde bulundurduğunuzda, <u>son bir ayda</u> aşağıda yer alan faaliyetleri <u>yaparken zorlandınız mı?</u>** Hiç zorlanmadım: **4** Biraz zorlandım: **3** Çok zorlandım: **2** Birinden yardım almadan yapamadım: **1** Birinden yardım alsam bile yapamadım:**0**	**Hayatınıza genel olarak baktığınızda, <u>son bir ayda</u> aşağıda yer alan ifadeleri <u>ne derece yapabilme fırsatı buldunuz?</u>** Çok fazla: **4** Oldukça: **3** Orta: **2** Kısmen: **1** Hiç: **0**	Son bir ayda **aşağıda yer alan ifadeleri içerisinde <u>ne sıklıkta yaptınız?</u>** Her gün ya da neredeyse hergün:**4** Haftada 2-4 defa: **3** Yaklaşık haftada bir: **2** Haftada birden daha az: **1** Hiç: **0**
1. El işçiliği, tadilat, tamirat gibi el becerisi gerektiren işler				
2. Resim, müzik ya da müzik aleti çalmak veya yazmak ve diğer sanatsal meşguliyetler				
3. Çalışarak ya da kulüpler veya dernekler aracılığıyla çeşitli etkinliklerde ve aktivitelerde yer alma				
4. Dışarı çıkma ve doğanın keyfini çıkartma				
5. Fiziksel olarak formda kalmak için spor yapma				
6. Aklımı ya da hafızamı çalıştırmak için gayret gösterme				

7. Bilgisayar ya da tablet kullanma				
8. Bana yakın olan veya diğer insanlara yardım etme veya destek olma				
9. Sosyal ilişkilerimi sürdürmek için bir şeyler yapma				
10. Yeni kişilerle tanışmak için harekete geçme				
11. Kendi hayatımla ilgili ileriye yönelik işler için sorumluluk alma				
12. Toplumsal ya da kamusal olayları desteklemek için sorumluluk alma				
13. Günlerimi daha ilginç ve zevkli hale getirmek için bir şeyler yapma				
14. Evimin huzuru arttırma ve ya sürdürme				
15. Dış görünüşüme dikkat etme				
16. Mali işlerimin düzenli olmasını sağlama				
17. İnancım ve dünya görüşüme göre ileride olabilecek sorunlara karşı harekete geçme				