T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

YAŞLILARIN YAŞLILIK ALGISI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

MERVE YALINKILIÇ

DANIŞMAN
PROF. DR. NURAY ENÇ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 19.11.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Nuray ENÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Fakülte

Prof. Dr. Gülten KAPTAN
Beykoz Üniversitesi
Meslek Yüksekokulu

Dr.Öğr.Üyesi Hilal UYSAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve YALINKILIÇ



İTHAF

Oğlum Uzay'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim hayatıma başladığım andan itibaren beni destekleyen, akademik alanda bilgi ve deneyimlerini her zaman aktaran değerli danışmanım Prof. Dr. Nuray ENÇ'e,

Veri toplama sürecinde bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniği'nin tüm çalışanlarına,

Eğitim hayatım boyunca bana hep inanan ve güvenen aileme,

Çalışmamın her aşamasında beni hep destekleyen, motive eden hayat arkadaşım Kayhan'a ve oğlumuz Uzay'a,

Son olarak, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma 4
2.1.1. Yaşlı ve Yaşlılık Tanımı 4
2.1.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi 5
2.1.2.1. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi 5
2.1.2.2. Türkiye'de Yaşlılık Epidemiyolojisi 5
2.1.3. Yaşlanma Çeşitleri 6
2.1.3.1. Biyolojik Yaşlanma (Yaşlanmanın Fizyolojisi) 6
2.1.3.2. Psikolojik Yaşlanma 7
2.1.3.3. Fiziksel Yaşlanma (Yaşlanmanın Belirti ve Bulguları) 8
2.1.3.4. Sosyolojik Yaşlanma 13
2.1.4. Yaşlılık ve Hemşirelik 13
2.2. Yaşlıların Yaşlılık Algısı 14
2.3. Yaşlılık Algısı ve Hemşirelik 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 17
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı 17
3.3. Etik Konular 18
3.4. Verilerin Toplanması 18
3.5. Veri Toplama Araçları 18

3.5.1. Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü....19
3.5.2. Modifiye Barthel İndeksi 19
3.5.3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası 20
3.5.4. Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu 20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 20
4. BULGULAR....22
4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri 22
4.1.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri 22
4.1.2. Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri 23
4.2. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi....26
4.3. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi 27
4.4. Yaşlıların Yaşlılık Algıları....27
4.5. Yaşlıların Yaşlılık Algılarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu 28
4.5.1. Yaşlıların Yaşlılık Algılarının Tanımlayıcı Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu 28
4.5.1.1. AYTA Toplam Puanının Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu....28
4.5.1.2. Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu....30
4.5.1.3. Bedensel Değişim Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu....31
4.5.1.4. Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu....33
4.5.2. Yaşlılık Algısının Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu..34
4.5.2.1. AYTA Toplam Puanının Diğer Tanımlayıcı Verilere Göre Farklılaşma Durumu 34
4.5.2.2. Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özellikler Göre Farklılaşma Durumu....38
4.5.2.3. Bedensel Değişim Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu....41
4.5.2.4. Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu....45

4.6. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu 48
4.7. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu 50
5. TARTIŞMA 52
5.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri, Yaşlılık Algıları, Günlük Yaşam Aktivitesi Seviyesi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi Seviyesi 52
5.1.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri 52
5.1.2. Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri 54
5.1.3. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi.....55
5.1.4. Yaşlıların AYTA Toplam ve Alt Boyut Puanları 56
5.2. Yaşlıların Yaşlılık Algısını Etkileyen Faktörler 57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....62
KAYNAKLAR 63
FORMLAR 70
ETİK KURUL.....83
İZİNLER.....84
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....88
ÖZGEÇMİŞ 89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Yaşlılar İçin Rutin Yapılması Önerilen Aşılar ve Dozları 12
Tablo 3-1: Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi'nin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler 19
Tablo 4-1: Yaş Ortalaması 22
Tablo 4-2: Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri 23
Tablo 4-3: BKİ Ortalaması 24
Tablo 4-4: Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri 24
Tablo 4-5: Yaşlıların Tarama Testi Yaptırma Durumları 26
Tablo 4-6: Modifiye Barthel İndeksi 26
Tablo 4-7: Lawton-Broody Skalasına İlişkin Dağılımlar 27
Tablo 4-8: Kolmogorov Smirnov Normal Dağılım Testi 27
Tablo 4-9: AYTA Puan Ortalamaları 28
Tablo 4-10: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 28
Tablo 4-11: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 29
Tablo 4-12: Psikososyal Kayıp Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 30
Tablo 4-13: Psikososyal Kayıp Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 31
Tablo 4-14: Bedensel Değişim Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 32
Tablo 4-15: Bedensel Değişim Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 33
Tablo 4-16: Psikososyal Gelişme Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler 33
Tablo 4-17: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 35
Tablo 4-18: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 37

Tablo 4-19: Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 38
Tablo 4-20: Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 41
Tablo 4-21: Bedensel Değişim Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 42
Tablo 4-22: Bedensel Değişim Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 44
Tablo 4-23: Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 45
Tablo 4-24: Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler 48
Tablo 4-25: Modifiye Barthel İndeksi ile AYTA Puanlarının İlişkisi 49
Tablo 4-26: Modifiye Barthel İndeksi Bağımlılık Düzeylerine Göre AYTA Puanlarının Değerlendirmesi 49
Tablo 4-27: Lawton-Broody Skalası ile AYTA Puanlarının İlişkisi 51
Tablo 4-28: Lawton-Broody Skalası Bağımlılık Düzeylerine Göre AYTA Puanlarının Değerlendirmesi 51

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AYTA-TR: Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGYA: Enstürmental Günlük Yaşam Aktivitesi

GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

MBI: Modifiye Barthel Indeksi

ROS: Reactive Oxygen Spices

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Yalınkılıç, M. (2019). Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma yaşlıların yaşlılık algısı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda olan araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı polikliniğinde Eylül 2017- Mart 2018 tarihleri arasında araştırmaya katılma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden 125 yaşlı birey ile gerçekleştirildi. Yaşlılardan yazılı onam alınarak veri toplandı. Yaşlıların yaşlılık algısını belirlemek amacıyla dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü (AYTA-TR), Günlük Yaşam Aktivitesi (GYA) seviyesini belirlemek amacıyla Modifiye Barthel İndeksi (MBI), Enstürmental Günlük Yaşam Aktivitesi (EGYA) seviyesini belirlemek amacıyla da Lawton Broody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi Skalası, tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kolmogorov- Smirnov testi, t-testi, tek yönlü (one way) Anova testi, post-hoc analizi olarak Scheffe testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırma sonucunda yaşlının eğitim durumunun, gelir durumunun, yaşadığı bölgenin, kaç kişiyle yaşadığının, dinsel organizasyonlara gönüllü katılım durumunun, sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin, cinsel yaşam aktifliğinin, sürekli ilaç kullanma durumunun, son iki haftada ilgi azalması yaşamasının ve kendini üzgün hissetmesinin, tarama testi yaptırmasının, tarama testlerinden kolonoskopi ve görme testlerini yaptırmasının, günlük yaşam aktivitesi ve enstrümental günlük yaşam aktivitesi seviyesinin yaşlılık algısını etkilediği bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlılık algısını etkileyen faktörlere yönelik planlamalar ve girişimlerin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşlanma, Algı, Hemşirelik

ABSTRACT

Yalınkılıç, M. (2019). Old Age Perception of the Elderly and Affecting Factors. İstanbul University- Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Medical Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

This study was carried out to determine the old age perception of the elderly and the affecting factors. The descriptive research was carried out with 125 elderly individuals who met the criteria for participation in the study and accepted to participate in İstanbul University-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Internal Medicine, Department of Geriatrics, between September 2017 and March 2018. Data were collected by obtaining written informed consent from the elderly. The World Health Organization Europe Attitudes Of Aging Questionnaire (EAAQ) was used to determine the old age perception, Modified Barthel Index (MBI) was used to determine the Avtivities of Daily Living (ADL), Lawton-Broody Instrumental Activities of Daily Living Scale was used to determine the Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and data collection form which created by researcher by litetarure to determine the descriptive properties of the elderly. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0, number, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, t-test, one-way Anova test, Scheffe test as post-hoc analysis and Pearson correlation analysis were used in data analysis. As a result of the research, the educational status of the elderly, income level, the region where he/she lived, how many people he/she lived with, voluntary participation in religious organizations, health status, sexual life activity, continuous use of medication, decreased interest in the last two weeks and feeling himself / herself sad, colonoscopy and vision tests, levels of daily living activities and enstumental daily living activities were found to be factors affecting the perception of old age and sub-dimensions ($p<0,05$).
In line with these results, it may be suggested to make plans and interventions for the factors affecting the perception of old age.

Key Words: Aged, Aging, Perception, Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaş, canlıların doğdukları andan itibaren şimdiki zamana kadar geçirdikleri süreye denir (Kaptan 2013). Yaşlanma, döllenmeden itibaren başlayan, ölüme kadar devam eden, doğal ve kaçınılmaz bir değişim dönemidir. Biyolojik, fizyolojik, emosyonel ve fonksiyonel alanlarda yaşanan değişimler yaşlanmanın tek bir boyutunun olmadığını göstermektedir. Bu boyutlardaki etkenlerle birlikte bireysel farklılıkların da etkisiyle her birey yaşlanma sürecini farklı yaşar. Yaşlanma bir süreci ifade ederken yaşlılık dönemi bu sürecin son aşaması olarak kabul edilir (Akgün ve Erdal 2007; Kalınkara 2016).

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre yaşlı "Yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar (kimse)" ve "Uzun yılları geride bırakmış"dır (TDK 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, "Kişinin çevreye uyum kabiliyetinin azalması" olarak tanımlamıştır ve demografik olarak 65 yaş ve üzerini yaşlılık döneminin başlangıcı olarak kabul etmiştir. Yaşlılık ise TDK'ya göre "yaşlı olma durumu"dur. Yaşlı denildiğinde daha çok birey söz konusu iken, yaşlılık kelimesinin toplumu da içine alan anlamı vardır (Tuna ve Tenlik 2017; TDK 2018).

Antik dönemde 60 yaşın üzerindeki bireylerin %1 olan nüfus oranı günümüzde bir başarı öyküsü olarak %8,5'e yükselmiştir (National Institute on Aging 2007; Kalınkara 2016). Bu yükselmenin sebepleri; tıp alanında yaşanan gelişmelerle birlikte yaşam süresinin uzamış olması sonucu dünya nüfusu artması ve doğum oranlarının düşmesi sonucu yaşlı nüfus oranının artması, akut ve enfektif hastalıkların azalıp, kronik ve dejeneratif hastalıkların artması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmasıdır (Köse ve ark. 2015). İnsanlık tarihinde ilk defa günümüzde 5 yaşın altındaki nüfus 65 yaşın üzerindeki nüfustan daha az olmuştur. 1950'lerde 131 milyon kişi ile %5 olan yaşlı nüfusu, günümüzde yaklaşık 617 milyona ulaşarak %8,5'e yükselmiştir. 2050 yılında bu rakamın 1.6 milyar kişiyle % 17'ye çıkması beklenmektedir (Population Reference Bureau 2011; Cire 2018). Türkiye'de 1935 yılı nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı 628 bin yaşlı ile %3,88'dir, bu oran 1985'te 2 milyon yaşlı ile %4,19'a, 2000'de yaklaşık 4 milyon yaşlı ile %5,69'a, 2018 yılında ise 7 milyon yaşlı ile %8,8' e yükselmiştir. 2050 yılında bu oranın 19,5 milyon yaşlıyla %20,2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (Bilir & Paksoy 2007; TÜİK 2019).

Toplumda yaşlı insanların olgun ve bilge oldukları düşüncesinden ziyade kırılgan ve zayıf oldukları düşüncesi daha yaygındır. Buna sebep olarak yaşlıların yaşamış olduğu kayıplar ve bu kayıpların doğurduğu sonuçlar gösterilebilir. Toplum olarak yaşlılara olan bu algının karşısında yaşlı bireyler kendi yaşlanmaları karşısında, duygusal ve sağlıklı olarak aynı seviyede kalmaları koşuluyla, tahmin edilenden daha pozitif bir algıya sahip olmaktadırlar. Yaşlanma kronolojik yaş ile tanımlanmaz, daha çok kişisel yaşlanma deneyimiyle belirlenebilir. Yaşlılık bir durumdan çok insanların yaşlılığı nasıl deneyimlediği ile ilgili bir süreçtir. Bu nedenle daha genç olan bireylerin yaşlılar ve yaşlılık hakkındaki modası geçmiş görüşlerinden ziyade, yaşlı bireylerin kendi yaşlanmalarıyla ilgili algı ve tutumlarınının doğrulanmış ölçeklerde değerlendirilmesi daha önemlidir (Shenkin ve ark. 2014; Tülek 2017).

Yaşlılık algısının negatif ya da pozitif olmasının doğurmuş olduğu bazı sonuçlar vardır. Yaşlıların yaşlılık algısını etkileyen faktörlerin bilinmesi bu sonuçları da etkileyecektir. Olumsuz yaşlılık algısının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir risk oluşturduğu yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (Moser ve ark. 2011). Yaşlılarda, algılanan sağlık ve yaşam kalitesi sosyoekonomik, hastalanma ve sağlık hizmetleri ile ilgili değişkenlerden etkilenir. Daha alt sosyal sınıfta olmak, sağlık hizmetlerine daha güç ulaşabilmek ve sürekli evde ve sağlık kurumunda bakım ve hizmet alamamak yaşlılık tutumu ve algısı ve algılanan sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkidedir (Yahyaoğlu 2013). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada kendi yaşlanmaları ile ilgili algıları olumlu olan bireylerin 7,5 yıl daha uzun yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaşlılığına yönelik tutumu, sağlıklı yaşlanma için en önemli belirleyicidir (Levy ve ark. 2002). Nitekim yaşlıların sağlıkla ilgili olumlu davranışlarındaki değişimin %22'sini, yaşlıların yaşlılığa yönelik tutumlarının açıklayabildiği gösterilmiştir (Moser ve ark. 2011).

Toplumun yaşlanmasıyla birlikte hemşireler daha çok yaşlı bireye bakım verir hale gelmişlerdir ve önümüzdeki yıllarda bunun artması beklenmektedir. Hemşirelerin sağlık hizmeti ve bakım sürecini planlarken yaşlıların yaşlılık algılarını ve etkileyen faktörleri bilmeleri ve bu faktörleri göz önünde bulundurarak bireyi değerlendirip gereksinimleri belirlemeleri gerekmektedir (Baysan 2008; Karadakovan 2014).

Literatür tarandığında genç yaştaki bireylerin, öğrenci hemşirelerin, hemşirelerin yaşlılara ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirleyen çalışmalar bulunmaktadır

(Ryan ve McCauley 2005, Gholamzadeh ve ark. 2018, Karaağaç ve ark. 2019) fakat yaşlı bireylerin yaşlılık ile ilgili algılarını belirleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. (Eser ve ark. 2011, Sözen 2014, Laidlaw ve ark. 2018). İstanbul Kalkınma Ajansı yaşlı hizmetleri ve yaşlıların mevcut durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılacak araştırmalarda yaşlıların yaşlılık algısını incelenmesi gereken bir başlık olarak belirtmiştir (Şentürk ve Ceylan 2015). Bu araştırmada yaşlı bireylerin yaşlılık algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

Yaşlanma genel işlevselliğin azalmasına neden olan kronik ve evrensel bir süreçtir (Aydıner Boylu ve Günay 2017). Yaşlanma demografisi çarpıcı bir biçimde değişmektedir ve yaşlı birey sayısı hızlıca artmaktadır (Darling 2016). Yaşlı nüfusun artmasında, insanların günümüzde enfeksiyon hastalığı ve akut gelişen hastalıklardan değil kronik hastalıklardan ve dejeneratif hastalıklardan muzdarip olmasının, düşen doğurganlık hızının, sağlık hizmetlerine kolay ulaşımın, gelişen tıbbın ve teknolojinin etkisi çok büyüktür (Köse ve ark. 2015).

Yaşama yıllar eklemek, yaşlı bireyin bağımsızlığının, iyi halinin ve sağlığının olması durumunda büyük bir başarıdır fakat insanların uzun ömürlülüğü, işlevsel bağımsızlığı azaltan ve aynı zamanda diğer kişilere bağımlılığı artıran sağlık sorunları ve bakıma ihtiyaç duyulması oranını da artırmaktadır (Tolson ve ark. 2011).

2.1.1. Yaşlı ve Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık, tüm canlıların yaşadığı, yaşamın kaçınılmaz bir evresidir ve insan yaşantısının ilerleyen evrelerine yaşlılık denmektedir. Yaşlılığın bir çok boyutta farklı tanımları vardır. Sosyal anlamda yaşlılık, bağımlılık seviyesinin artmasıdır (Kaptan 2013, Hooyman ve ark. 2015). Kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı kabul edilmektedir. DSÖ 65-74 yaş arasını genç yaşlı, 75-84 yaş arasını yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak sınıflamıştır (Dünya Sağlık Örgütü 2016). Bu sınıflamanın 1800'lerde Alman İmparatorluğu Başbakanı Otto von Bismarc'ın insanların bu yaşa ulaşmadan öleceğini tahmin ederek Ulusal Emeklilik Planına katılım yaşını 65 olarak belirlemesine dayandığı söylenmektedir. Kronolojik yaş baz alarak yaşlı tanımladığında, bölgesel, sosyal ve tarihi çeşitlilikleri de hesaba katılmaktadır. Japonya'da hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan yaşlılar ile ilgili araştırmaları, yaşlıların bağımsızlık düzeylerini, klinik ve patolojik verilerini inceleyen uzun dönem araştırmaların ve toplum tutumlarını inceleyen araştırmaların kapsamlı analizi sonucunda yaşlılığın kronolojik olarak tanımlanmasında 65 yaş yerine 75 yaşın kullanılması önerilmiştir (Orimo ve ark. 2006). Ankara'da yapılan bir çalışmada yaşlı bireyler yaşlılığı "ihtiyarlık, hastalık, kemale ermek, saygı görmek, olgunluk, zenginlik, dinlenmek, rahat etmek" kelimeleriyle tanımlamışlardır (Bilir ve ark. 2002).

2.1.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

2.1.2.1. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi

Doğum oranındaki düşüş ve uzayan yaşam süresi yaşlı bireylerin toplumdaki oranını artırmaktadır. Dünya üzerinde 617 milyon yaşlı birey yaşamaktadır ve genel nüfusun %8.5'ini oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerin 1950'lerde 3 olan kadın başına canlı doğum sayısı 1970'lerde ikiye düşmüştür. Az gelişmiş ülkelerin kadın başına düşen canlı doğum sayısı sürpriz bir hızda düşüş göstermiş ve 1950'lerde 6 iken 2005'te ikiye ya da üçe düşmüştür. Gelişmiş ülkelerin değişen yaş yapılarına uyum sağlamaları on yıllar almıştır. Fransa'nın 65 yaş üzeri bireylerin toplumdaki oranını %7'den %16'ya çıkarması 100 yıldan uzun sürmüştür. Az gelişmiş ülkelerde bu değişim çok hızlı olmaktadır. Fransa'da 100 yıldan uzun süren bu değişim Brezilya'da 20 yılda gerçeklemiştir. 2050 yılında bu rakamın 1.6 milyara yükselmesi beklenmektedir. Bu sayısal dalgalanmalar Dünyanın en kalabalık iki ülkesi olan Çin ve Hindistan'da daha çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır. Çin'in 2005 yılında 110 milyon olan yaşlı birey sayısının 2050 yılında 330 milyona, Hindistandaki yaşlı birey sayısının ise 60 milyondan 257 milyona çıkması beklenmektedir. Bir asır öncesine kadar tüm evren üzerindeki yaşlı sayısının 14 milyon olduğu düşünüldüğünde bu rakamlar oldukça inanılmaz gelmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2011, Pew Research Center 2014, Granic ve ark. 2018).

2.1.2.2. Türkiye'de Yaşlılık Epidemiyolojisi

Cumhuriyet sonrası Türkiye'de doğurganlığı teşvik edici politika izlenmişse de 30 yıl süren bu politikadan 1950'lerden sonra vazgeçilmiştir (Mandıracıoğlu 2010). Türkiye yıllardır genç bir toplum olarak bilinmektedir. Bu gerçek yaşlı nüfusun anlamlı artışıyla birlikte değişmektedir. Türkiye'de 1935 yılı nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı 628 bin yaşlı ile %3.88'dir, bu oran 1985'te 2 milyon yaşlı ile %4.19'a, 2000'de yaklaşık 4 milyon yaşlı ile %5.69'a yükselmiştir. Türkiye'de yaşlı nüfus oranı 2014 yılında %8 iken, 2018 yılında %8,8'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2018 yılında %44,1'ini erkek nüfus, %55,9'unu kadın nüfus oluşturmaktadır. Türkiye yaşlı nüfus oranı açısından 167 ülke içinden 66. sıradadır (TÜİK 2019). Yaşlı nüfusun toplum içindeki oranı %7-10 arasında ise toplum yaşlı toplum olarak isimlendirilmektedir ve ülkemiz bu kategoriye girmektedir (Kaptan 2013).

Yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki oranının yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür. Yaşlı nüfus profilinin %62,2'sinin 65-74 yaş aralığında, %28,6'sının 75-84 yaş aralığında ve %9,2'sinin 85 ve üstü yaş grubu oluşturmaktadır (TÜİK 2019).

2.1.3. Yaşlanma Çeşitleri

Yaşlılık dönemi uluslararası bir çok kuruluş tarafından 65 yaşından itibaren başlayan dönem olarak kabul edilmektedir. Yaşlılık için genel anlamda kabul edilen böyle bir sınırlama mevcut olmasına rağmen yaşlılığın biyolojik (fizyolojisi), psikolojik, fiziksel (yaşlanmanın belirti ve bulguları) ve sosyolojik anlamda bir çok farklı bileşeni mevcuttur (Jung ve Siedlecki 2018).

2.1.3.1. Biyolojik Yaşlanma (Yaşlanmanın Fizyolojisi)

Biyolojik olarak yaşlanma döllenmeden itibaren başlayan bir süreçtir (Kaptan 2013). Hücre ve dokuların yapısal ve fonksiyonel bozuklukları primer yaşlanma olarak isimlendirilirken, çevresel etkenler ve hastalıklar ile birlikte gelen yaşlanma sekonder yaşlanma olarak isimlendirilmektedir.Yaşlanmanın temel nedenleri 9 ana başlık altında incelenmektedir (Arıoğul 2006; Öksüzokyar ve ark. 2016):

- Telomer aktivitesi; Telomerler kromozom yapı ve işlevlerinden sorumludurlar. Her hücre bölünmesinde telomerlerin boyu kısalmaktadır ve kalan telomer boyu hücrenin ne kadar daha bölüneceğini belirlemektedir. İnsan ömrü telomer uzunluğuna bağlıdır.
- Oksidatif stres ve mitokondri hasarı; Mitokondri hücrede canlılığın devamı için gerekli olan enerjiyi üretmektedir. %90'ı mitokondride kullanılan hücre oksijeninin %2'lik kısmı serbest radikaller olan ROS (Reactive Oxygen Spices)'lara dönüşür. ROS yapılardaki moleküllere saldırıya geçer. Bu saldırı DNA hasarı, kontrolsüz hücre büyümesi, hücre membran hasarı ile aterosklerotik yapıların oluşması gibi sonuçlar doğurur. Yaşlanma ile birlikte özellikle 50 yaşından sonra ROS yapımının belirgin oranda artmakta, ROS'ları nötralize eden enzimlerin yapımı azalmaktadır. Mitokondride bulunan telomeri olmayan mtDNA kendini çoğaltırken ROS üretimin fazla olduğu ortamda bulunur ve bu mtDNA'lar girdikleri DNA dizilimlerinde hasara yol açmaktadırlar.

- Apoptozis; Hücrenin programlı olarak yıkıma uğraması yaşlanmayı da beraberinde getirmekdir.
- Yaşlanmada glikazilasyon teorisi; Glikazilasyon reaksionunda proteinlerin serbest aminoasit bölümleri ile bir şeker çapraz bağ yapar. Bu çapraz bağlanma sonucu oluşan büyük moleküller hücrenin normal işlevini engeller. Yaşlılıkta ileri glikalizasyon ürünleri armakta, damar duvarında ve kolajende birikmekte ve damar duvarında plak oluşumu artmaktadır.
- Protein sentezi; Protein yapma yeteneğinin azalması, kullanılan proteinlerin tekrar kullanılmasını sağlayan proteazların aktitivesinin azalması ve DNA onarım yeteneğinin azalması yaşlanmaya sebep olur. 80 yaşında bir birey DNA tamir kabiliyetinin %50'sini, protein sentezi kabiliyetinin ise %40-80'ini kaybetmektedir.
- Bellek oluşumu; Alınan duyular bellek şeklinde kaydoldukça nöronlar sentrozomlarını hücre dışına atarak bölünme kabiliyetini kaybeder ve böylece sinir sistemi yaşlanması ortaya çıkmaktadır.
- Fiziksel ve kimyasal yıkıcıların vücut hücrelerini yıpratması; Işık ve sıcaklık apoptozisi uyararak yaşlanmayı çabuklaştırır.
- Doğal ve yapay bazı maddelerle ortaya çıkan ölüm; Bireyin maruz kaldığı egsoz dumanı, besinlerdeki katkı maddeleri gibi zararlı kimyasal maddeler endoplazmik retikulum, çekirdek DNA'sı, mitokondri, hücre zarı yıpranmasına yol açarak yaşlanmayı ve ölümü hızlandırırlar.
- Tükenen genler; Evrim sürecinde biriktirilmiş olan yedek genlerin zaman ve çevrenin etkisiyle tükenmesidir.

2.1.3.2. Psikolojik Yaşlanma

Yaşlanmayla birlikte yaşlılar; iş kaybı yaşamaları, toplumdaki rollerinin kaybolması ya da azalması, gelir seviyelerinin azalması gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bunlarla beraber arkadaş ya da aile üyelerinin kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yaşanan aksaklıklar da yaşlı bireylerin karşılaştıkları önemli değişikliklerdendir. Yaşlı bireylerin genelde bu değişimlere ayak uydurduğu görülmüştür. Uyumun sağlanamadığı durumda yaşlılarda depresyon belirli bulguları görülmeye başlamaktadır. Ayrıca yaşlılıkla birlikte gelen nörolojik hastalıklar beyin

yapısında bozulmaya ve depresyona sebep olabilmktedir. Yaşamış olmasının kendisi için bir anlamı olan yaşlı bireylerin çoğu için ölüm korkusu üzerinde konuşulabilen bir konudur. Yaşlılarda depresyon ve kaygının; uyku örüntüsünde bozulma, artralji, seksüel disfonksiyon, iştah azalması gibi somatik belirtileri normal yaşlanma sürecinde de görülen belirtiler olduğu için çoğu kez gözden kaçmaktadır. Özkıyım bu süreçte görülen önemli sorunlardan biridir. 65 yaş üstü bireylerin intihar etme oranı diğer yaştaki bireylere göre düşük olmasına rağmen intiharın amacına ulaşma oranı 65 yaş üstü erkek bireylerde 25 yaş altı erkek bireylere göre 4 kat daha fazladır (Cangöz ve Uluç 2007; Eyüboğlu ve ark. 2012).

Yaşlılıkta yaşanan zeka, hafıza ve duyu kayıpları ile birlikte geçmişe duyulan özlem ve gerçekleştirilemeyen idealler ve başarısızlıklar ile gelecek konusunda yaşanan kaygılar psikolojik yaşlanmanın belirtileridir. Bu açıdan yaşlılığın kişinin kendisini yaşlı hissetmesi ve kabullenmesi ile yakından ilgili olduğu söylenebilir (Kaptan 2016).

2.1.3.3. Fiziksel Yaşlanma (Yaşlanmanın Belirti ve Bulguları)

Yaşlanma doğumla başlayan ve sonuçları artarak devam eden bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan değişimlerin patolojik mi yoksa fizyolojik mi olduğunu bilmek gerekmektedir. Yaşlılarda görülen fizyolojik değişiklikler aşağıda sıralanmıştır (Yıldırım Şimşir ve Akçiçek 2007).

Kardiyovasküler sistemde; kardiyak miyositlerin 20-80 yaş aralığında boyutları büyümektedir. Bu büyüme instaventriküler septum ve sol ventrikül duvarı kalınlığında artışa sebep olur ve kalp ağırlığında artış meydana gelir. Kardiyak hastalığı olan ya da spor yapanlarda bu artış daha fazla olmaktadır. Yaşlı kalpte dinlenme anında sistolde önemli bir değişiklik gözlenmez, diyastolde izovolümetrik gevşeme döneminin uzaması, maksimum ventrikül dolum hızı azalması gibi değişiklikler gözlenir. Ventrikül dolum hızı azalmasına rağmen sol atriyumun diyastol sonundaki kasılması sonucunda diyastol sonu ventrikül hacmi azalmaz. Atriyumun bu kasılması sonucu çoğu yaşlıda dördüncü kalp sesi oluşur.

Hipertrofi ve ventirkül bağ dokusunda yaşlanmayla birlikte oluşan sertleşme kalsiyum taşınmasını yavaşlattığı için kasılma ve gevşeme süreleri uzar. Ventrikül kasılması yavaşlamıştır fakat kasılma sonucu oluşan kuvvette önemli bir azalma söz konusu değildir. Ventrikül gevşemesi de geç olacağı için atriyoventriküler kapaklar beklenen emme kuvveti ile açılmaz ve diyastolik dolum yavaşlar. Diyastol sonu hacmi

atriyumlar belirleyeceğinden atriyum basınç artışı da gözlenmektedir. Yaşlı bireylerdeki kalp yetersizliği sebepleri büyük bir oranda diyastoldeki işlev anomalileriyle ilişkilidir. Yaşlanmayla birlikte vasküler hipertrofi ve serteşme sistemik hemodinamik yapıyı etkiler, Total periferik direnç, sistol ve nabız basıçlarında artma görülür. Bu artışlar hipertrofi ve sertleşme hızını artırır, bu yüzden durum kısır döngüye girmektedir.

Yaşlanma sonucu arterde intima kalınlaşması, vasküler düz kas hipertrofisi, internal elastik membran hasarı, kolajen miktarının ve kolajenler arası çapraz bağların artması görülmektedir. Sol ventrkül kalınlaşmasının en önemli sebepleri aorta sertleşmesi ve yansıyan basınç dalgalarının sebep olduğu basınç değişiklikleri nedeniyle sol ventrkül yükünün artmasıdır. 75 yaş itibariyle sinoatriyal düğümdeki pacemaker hücrelerin sadece %10'u kalmaktadır. Kalp iskelet sistemindeki kalsifikasyonlar kalp bloğına, mitral kapak geri kaçışlarasebep olmaktadır. Yaşlı ve genç kardiyovasküler sistemi en belirgin olarak stres durumunda farklılık göstermektedir. Yaşlılarda otonom sinir sistemi aktivitesinin azalmasıyla solunum sistemindeki aktiviteye bağlı kalp hızı artışı görülmez. Betaadrenarjik cevabın azalması ile birlikte akut kalp hızı artışında azalma görülmektedir (Dikmenoğlu 2007; Karadakovan 2014).

Yaşlılarda solunum solunum sisteminde; burun mukozası nemliliği azalır, kuruluk meydana gelir. Trakea kalsifikasyonları nedeniyle larinks yapısı bozulur ve öksürme refleksinde azalmalar görülür. Vokal kordlarda esneklik azalmasından dolayı ses kalınlaşır. Siliar hareket ve pulmoner sekresyon drenajı azalır. Oksijenizasyon bozulur pulmoner enfeksiyon riski artar. Solunum kaslarının ve diyafram kasının güç kaybetmesi ve göğüs kafesi hacminin azalması sonucunda akciğer vital kapasitesi azalır, rezidüel hacim artar, ventilasyon ve oksijenizasyon bozulur. Kosta kıkırdaklarında oluşan kalsifikasyonlar, Yaşlanmayla gelişen osteoporoz sonucu oluşan kifoz varlığı ve vertebralar arası disk aralıklarının daralması akciğer genişlemesini engelleyen faktörlerdendir. 75 yaşındaki bir bireyin göğüs kafesi hacmi 24 yaşındaki bireye göre %30 daha azdır. Hem göğüs duvarı hem de akciğer kapasitesi birlikte değerlendirildiğinde, tüm sistemin kapasitesi %20 daha düşük, harcanan enerji %20 daha fazladır. Yaşlanmayla birlikte alveol sayısı azalmaz fakat İnteralveolar duvar hasarı alveol kapasitesini azaltır, solunum yüzey alanı azalmaya başlar. İmmobilite, farmakolojik tedavi yan etkisi, mide sfinkter tonüsünün azalması yaşlılarda pulmoner enfeksiyonu riskini artıran faktörlerdendir (Janssens 2005; Karadakovan 2014)

Kas iskelet sistemi incelendiğinde; yaşlanmayla birlikte kas ve kemik kütlesinde azalmalar meydana gelir. Bağ doku elastikiyeti kaybı ortaya çıkar. Kemiklerde dekalsifikasyonlar oluşur. Yaşlılıkta kas kitlesi her 10 yılda %3-8 arasında azalır. 80 yaşında kas lifleri yaklaşık %40 oranında azalmaktadır. Kas kuvveti de 30-80 yaş aralığında %30-40 azalmaktadır. Kas protein dengesinin negatif yönde değişmesi sarkopeniye yol açan önemli sebeplerden biridir. Sarkopeniyle birlikte zayıflayan denge kontrolü yetisiyle yaşlı hastalarda düşme riski artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte kemik dokudaki osteoblast sayısı ve aktivitesi azalır, kemik dokunun mineralizasyonu azalır.Yaşla birlikte D vitamini emilimi bozulması negatif kalsiyum dengesine sebep olur. Kadınlarda menopoz sonrası kemik dokusu kaybı hızlanır. Kemik yapısında 30-40 yaşlarından itibaren görülen değişikler diş kayıplarına, boy kısalmasına, kırık oluşma riskininin artmasına sebep olur. Göğüs kafesi omurlarında daralma ve disklerin yapısal bozukluğu kifoza neden olur. Özellikle yaşlı erkeklerde kıkırdak hasarına bağlı osteoartrit görülme oranı fazladır. Bağ doku elastikiyeti kaybı ile eklem hareketleri kısıtlılığı görülür. Yaşlı kaslarda myoglobin ve ATP depolarının azalması ve kasların gücünü kaybetmesinden dolayı güç oluşturmak için daha fazla kasılma eğilime girmesi yaşlılarda yorgunluğu artırmaktadır. (Brooks & Faulkner 1994; Karadakovan 2014)

Nörolojik sistemde yaşlanmayla birlikte; nöron sayısı azalır, dentrit kısalmaları ve hücre demiyelenizasyonu görülür, spinal kordda atrofi meydana gelir, dikkat, algı, bellek ve yönetici işlevlerde azalma meydana gelir. Bu süreç doğal yaşlanmanın bir sonucudur. 50-90 yaş aralığındaki süreçte 10'ar yıllık dönemlerde %3'lük beyin dokusu kaybı görülür. Nöronlarda oluşan deformiteler ve spinal kordaki hücre sayısı azalması duyu organlarını etkiler. Refleksler yavaşlar, uyku döngüsünün dördüncü evresi kısalır. Serotonin düzeyi artar, norepinefrin düzeyi azalır. Bu değişim motor aktivite hızını düşürmektedir. Serebrovasküler hastalıklar, ilerleyici beyin atrofisi, amiyotrofik lateral skleroz, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı ve demanslar yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan nörolojik hastalıklardır (Yılmaz 2005; Özdemir ve Akdemir 2006; Yıldırım ve ark. 2012; Karadakovan 2014).

Gastrointestinal sistemde yaşlıların; acıkma hissi ve yemek yeme davranışında azalma görülmekte, yemek sonrası doygunluk hissi daha uzamaktadır. Günlük kalori alımı 80'li yaşlarda %30 oranında azalmaktadır. Yaşlılarda yaşa, ilaç etkisine bağlı ya da hastalıklar sonucunda ağız kuruluğu görülmektedir. Yaşlılarda ağız mukozası

gençlere göre %40 oranında daha kurudur. Yaşlılarda ekşi ve şeker tadını alma duyusu sabit kalırken acı ve tuzlu tat duyusunda azalma meydana gelmektedir (Aydınlı ve Batman 2006). Büyük oranda nöromusküler olay olan yutmada yaşlılıkta azalmalar meydana gelmektedir. Yutma güçlüğü yatağa bağımlı hastaların %50-60'ında görülmektedir. Aspirasyon pnömonisi riski yaşlı hastalarda artmaktadır. Sindirim kanalında salgılanan sekresyon miktarı yaşla birlikte azalır. Anemi, mide mukozasın bozulması ve ülserasyon görülme riski artar. İnce barsak villuslarında kısalma meydana gelir ve bu kısalmanın kalsiyum ve demir gibi maddelerin emilimini azalttığı düşünülmektedir. Yağ ve karbonhidrat emilimi azalırken protein emiliminde değişiklik olmamaktadır. Yaşlılarda barsak hareketlerinin azalması distansiyon ve konstipasyon görülme oranını artırır. Barsak hareketlerindeki yavaşlamanın yaşlılıktan daha çok kullanılan ilaçlar ve hareketsizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Pankreasın endokrin işlevlerinde azalma meydana gelir, bireyi glikoz intoleransına yatkın hale getirir (Newton 2004; Aydınlı ve Batman 2006).

Yaşlanmayla üriner sistemde görülen değişiklikler özellikle böbrek korteks bölgesinde belirgindir. %30 oranında glomerul sklerozu meydana gelir. Mesanede 100 ml'ye kadar retansiyon gözlenmektedir ve toplam mesane hacmi yarı yarıya düşmektedir. Nefronlar ve toplayıcı sistemlerin antidiüretik hormon duyarlılıkları azalır, sodyum ve su emilimi azalır, potasyum kaybı artar ve idrar konsantre etme yeteneği azalır (Karadakovan 2014). Retansiyon ve düşen bağışıklık sistemi sebebiyle yaşlılarda idrar yolu enfeksiyonu görülme oranı yüksektir. Böbrek kan akımı azalmaktadır ve bunun sonucunda glomerüler filtrasyon hızı düşer. Üriner inkontinans yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir, patolojiktir. Ancak yaşla birlikte görülen prostat büyümesi, mesane hiperaktivitesi, kadınlarda östrojenin azalması etkisi, mesane ve üretra epiteli incelmesi gibi nedenlerde yatkınlık oranını artırmaktadır (Ülger ve Halil 2006; Dikmenoğlu 2007; Mihmanlı ve Temel Yüksel 2013).

Yaşlanma sürecinde erkek üreme sisteminde nitelik olarak azalmalar söz konusu olsa da çoğu zaman yaşam sonuna kadar cinsellik aktif kalmaktadır. Ejakülasyon hızı ve gücü düşer, ereksiyon süresi uzar, sperm sayısı yaklaşık %50 azalır. Testesteron seviyesi düşer, seminal mayi azalır, prostat bezi büyür, penis ve testis küçülür. Kadınlarda menapoz sonrası üreme organlarında atrofi gelişir. Laktobasil aktivitesi azalır, uterus pH'ı alkalileşir. Uterus enfeksiyona yatkın hale gelir. Vajen kısalır, daralır

ve esnekliğini kaybeder. Bu durum disparoniaya neden olur fakat cinsel istek ve doyumda azalmaya sebep olmaz. Pelvik taban kasları özellikle çok doğum yapmış kadınlarda zayıflar. Pelvik prolapsuslara sebep olabilir

(Mihmanlı ve Temel Yüksel 2013; Pehlivan ve Karadakovan 2013).

Yaşlı immün sisteminde; atrofiye olan timus bezi nedeniyle sistemdeki olgunlaşmamış T hücresi sayısı fazladır. T hücresi yapısal bozukluğu ve immünglobülin üretimi azalması sıvısal ve hücresel immüniteyi bozar. Derideki incelme ve dolaşım yavaşlaması immün yanıtı güçsüzleştirir. Yaşlılarda aşılamaya karşı antikor yanıt azalır. Hastalık belirti bulguları görülmesinde değişikler meydana gelir (Güleç 2015). Yaşlanmayla birlikte otoimmün aktivite artar. Dev hücreli artrit yaşlılarda daha sık görülen otoimmün hastalıklara bir örnektir. Aşılama yaşlılar için hospitalizasyon ve mortalite azalmasını sağlayan bir yöntemdir. Yaşlılar için rutin yapılması önerilen aşılar ve dozları şu şekilde listelenmektedir (Halil 2006; Koldaş 2017).

Tablo 2-1: Yaşlılar İçin Rutin Yapılması Önerilen Aşılar ve Dozları

Aşı	**Doz**
İnflenza	Her yıl bir doz
Tetanoz	Her 10 yılda bir rapel doz
Hepatit B	0., 3. ve 6. ay 3 doz, koruyuculuğa göre tekrar
Pnömokok	1 doz
Herpes Zoster	1 doz

Cilt değişiklikleri olarak yaşlılıkla birlikte derinin epidermis tabakasında deformiteler meydana gelir. Bundan dolayı deride kırışma, saçlarda beyazlama, özellikle güneş gören yerlerde melanosit artışı nedeniyle senil lentigo, seboreik keratoz, tırnak dokusunda kalınlaşma ve çizgiler görülür. Yağ dokusunda azalmaya bağlı olarak deride kaşıntı ve kuruluk görülür. Kuru ve gergin olan deri bası yarası riskini artırır. Terleme miktarında azalmadan dolayı sıcağa tolerans azalır (Chang ve ark. 2013).

Duyu organlarından göz yaşlılıktan en çok etkilenen organlardan biridir. Yaşlanmayla birlikte lenslerin ışığa uyum kapasitesi azalır, görme keskinliği azalır, derinlik algısı bozulur, göz yaşı salgısı azalacağı için gözde kuruluk meydana gelebilir. Göz kaslarında oluşan kuvvet kaybından dolayı kırma problemleri ortaya çıkabilir. Kornea tabakasında kalınlaşma görülür. Kulak destek dokularında atrofi ve kulak

zarındaki incelme nedeniyle özellikle düşük frekanslı seslerin işitilmesinde kayıplar meydana gelir (Özdemir ve Akdemir 2006; Panza ve ark. 2018).

2.1.3.4. Sosyolojik Yaşlanma

Gelişmiş ülkelerin toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı gelişmekte olan ülkelerinkinden fazladır. Demografik geçiş teorisinde toplumların demografik yapılarının; doğum ve ölüm oranının fazla olduğu toplum nüfus artış hızının yavaş olduğu ilk aşama, ölüm oranlarının düşük olduğu doğum oranlarının yüksek olduğu nüfus artış hızının yüksek olduğu ikinci aşama, ölüm ve doğum oranının düştüğü nüfus artış hızının yavaşladığı üçüncü aşama olmak üzere üç aşamada değiştiğinden bahsedilmektedir. Gelişmiş ülkeler üçüncü aşamaya geçmişlerdir ve gelişmekte olan ülkelerin toplum yapısı da bu adımları tamamlamaya doğru yol almaktadır. 65 yaşın üzerindeki nüfusun yoğunluğunun %10'un üzerine çıktığı durumlarda toplum sosyolojik anlamda yaşlı bir toplum olarak kabul edilmektedir (Yüceşahin 2011; Tuna ve Tenlik 2017). Yaşlılığın sosyolojik anlamda değerlendirilmesi sadece nüfus yüzdesini içermez, toplumun yaşlık algısı, yaşlıyı nasıl değerlendirdiği ve yaşlılara karşı davranış biçimleri sosyolojik yaşlılığın kapsamı içine girmektedir. Gençler ve yaşlıların iletişim ve işbirliği içinde olmaları, yaşlıların psikolojik ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması açısından toplumsal yaşlılığa yön veren önemli unsurlardandır (Seedsman 2017). Yaşlı bireyin toplum içindeki çalışma durumlarında ve sosyal ilişkilerinde meydana gelen değişiklikler sonucu topluma uyum sağlayamaması sosyolojik yaşlanmanın önemli sonucudur (Kaptan 2013).

2.1.4. Yaşlılık ve Hemşirelik

Yaşlılık sürecinde biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimler yaşanmakta ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalık oranınında artış görülmektedir. Hemşireler, sağlıklı olsun ya da olmasın geçmişe kıyasla daha fazla sayıda yaşlı bireylere bakım vermektedir. Yaşlı bireylerin bakımı hemşirelik girişimlerinde değerlendirme becerisi ve yaratıcı girişimler gerektiren zorluklar göstermektedir. Yaşlılara yönelik verilen hemşirelik hizmetleri hastalık odaklılıktan daha çok sağlıklı yaşlıların sağlığını koruması ve geliştirmesi yönünde olmalıdır. Geleneksel "Biyomedikal Model" yalnızca fiziksel değerlendirmeyi kapsarken, "Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme" fiziksel durumun yanında psikososyal durumları, günlük yaşam ve fonksiyonel kapasite değerlendirmesini, ilaç kullanımını, mobilite ve

düşmeleri de kapsar. Fonksiyonel kapasite değerlendirilirken yaşlının günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilir. Yaşlıya yönelik bütüncül bakım veren hemşireler yaşlı bireyin güçsüz yanından çok güçlü yanına odaklanmalı, bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrolü olduğunu bireye hissettirmelidir. Yaşa bağlı değişimler kişiden kişiye hatta aynı kişide bile değişiklik göstermektedir. Saçları 45 yaşında beyazlayan bir birey, 80 yaşında göz çevresi kırışıklıklarına sahip olmayabilir. Hemşireler yaşa bağlı değişimleri doğru değerlendirmelidir. Bakım görevi; GYA ve EGYA değerlendirilmesi, duygusal ve sosyal destek sağlanması ve sağlık bakımı yönetimini içermektedir. Hemşirelerin bakım veren ve bakımı yöneten, eğiten ve danışman olduğu rolleri yaşlı bakımında ön plana çıkmaktadır. Hemşirelerin yaşlı birey değerlendirmesindeki rollerini gerçekleştirmesi için yaşlılıkta görülen biyopsikososyal gelişmeleri bilmesi gerekmektedir. Yaşlılıkta primer koruma konusunda hemşire yaşlı bireyi ve aileyi de eğitmelidir. Aşılar ve rutin yaptırılması gereken tetkikler konusunda eğitim verilmelidir. Aile ve yakınların kaybı yaşlılarda sosyal ilişkilerin kaybına yol açabilir. Hemşire yaşlı hastanın yaşamını anlamlandıracak aktiviteler konusunda bireyi bilgilendirip yönlendirebilir (Özdemir ve Akdemir 2006; Baker Wooding ve Heitkemper McLean 2007; Tülek 2017).

2.2. Yaşlıların Yaşlılık Algısı

Kime yaşlı dendiği bireyin yaşına ve tutumuna göre değişmektedir. Yaş sadece zaman içinde bireyin hangi dönemde olduğunu ifade eden bir sayıdır, duygusal ve fiziksel sağlıktan, gelişim evresinden, sosyoekonomik durumdan, kültürden ve etnik kökenden etkilenir. İnsanlar yaşlandığında daha fazla ve farklı yaşam deneyimlerine elde ederler. Bu deneyimlerin birikimi yaşlı bireyi diğer yaş gruplarından farklı yapmaktadır (Baker Wooding ve Heitkemper McLean 2007).

Irk ve cinsiyet algılarının aksine, yaşlı bireylerin grup içinde yaşlılık algısı kimlikleri yaşlanmadan önce oluşur. Bu yüzden genç bireyler yaşlılık algısı fikirlerini geçerliğini sorgulamadan otomatik olarak kabul etme eğilimindedirler. Yaşlandıkları zaman bu otomatik içselleştirdikleri algı kendi yaşlılık algıları haline dönüşür (Levy ve ark. 2002).

Yaşlılık algısı bireyler ve toplum tarafından belirlenir. Yaşlılık tutumu; yaşlılık hakkında bilgi, aktiviteler ve seçimler gibi davranış durumları ve umut, korku ve duygular gibi deneyimlerle ilişkilidir. Yaşlılık hakkındaki önyargı ve tutumlar yaşlılıkla

ilgili mitleri oluşturur ve bu mitler yaşlının ve toplumun yaşlılık algısını etkiler. Mitler; yaşlının iş durumu, sağlığı, hareket durumu, seçim yapabilme yeteneği, boş zaman aktiviteleri, aile ilişkileri, psikolojik karakteri, korkuları, sosyal katılımı, cinsel yaşamı ve bunlar gibi yaşlı bireyin diğer yönleriyle ilişkilidir. Yaşlılığın karakteristik özellikleri genellikle kayıplarla ilişkili olmasına rağmen yaşlı bireylerin deneyimleri bunu göstermez. Yaşlılarla yapılan, direkt olarak yaşlılık algılarının nasıl olduğunun sorgulandığı çalışmalar, yaşlıların yaşlılığı olumlu değişiklikler oluşturmak, deneyimlemek ve geliştirmek için bir şans olarak tanımlandığını göstermiştir. Yaşamın diğer bölümlerinde olduğu gibi yaşlılık da kazanmanın ve kaybetmenin olduğu çok boyutlu bir yaşam evresidir. Ericson bireyin kendi yaşamını yaşadığı haliyle kabul edebildiğinde ve kendini gelecek ölüm için hazırlayabildiği durumda yaşamın bu evresinden bilgelik evresi olarak bahsetmektedir. Cohen ise yaşlılığı; yaşlıların önceki yaşam deneyimlerini tekrar değerlendirebileceği ve anlamlandırabileceği, böylece psikolojik olgunluğa ulaşacağı, insan beyninin son gelişimi ile ilişkili önemli ve değerli bir dönem olarak tanımlamaktadır (Levy ve ark. 2002; Janečková ve ark. 2013).

Her yaş döneminde olduğu gibi yaşlılar da dünyayı farklı biçimle anlamlandırırlar ve ayrı bir düşünce yapısına sahiptirler. Yaşlanma sürecinde bireylerin hissettikleri ve yaşlılığa karşı yanıtları değişmektedir. Bazı bireyler yaşlılığı daha az yararlı olma durumu olarak değerlendirirken, bazı bireyler gençlikleriyle benzer şekilde mutlu ve hayat dolu olabilmektedirler (İçli 2010; Bellingtier ve Neupert 2016). Bireyin kendi yaşlanmasına ilişkin tutumu, "yaşlanma öz yaklaşımı", "yaşlanma öz-stereotipi" ve "yaşlanma doyumu" olarak da isimlendirilmektedir (Jung ve Siedlecki 2018). Yaşlılık algısının şekillenmesinde kültür, yaşlanmayla ilgili bilgi ve yaşlılık kalıp yargıları rol oynamaktadır (Parish ve ark. 2019). Yaşlıların kendi yaşlılıklarıyla ilgili algılarını şekillendiren özellikler şöyledir; yaşlılık algısı şekillenmesi erken çocukluk döneminde oluşur ve erişkinlik döneminde gelişir, yaşlılık algısı şekillenmesinde olduğu gibi kendi yaşlanmasıyla ilgili algıları da şekillenir, yaşlılık döneminde ise bu algılar bireyin kendi yaşlılık algısı şekline dönüşür. Yaşlı bireylerin deneyimlerinde yaşlılık sterotiplerinin etkisi olduğu bulunmuştur. Yaşlılıktaki bilişsel ve fiziksel kayıplar sıklıkla biyolojik terimlerle açıklanmaktadır. Yaşlıların kendi yaşlanmalarıyla ilgili oluşan algılarının, kaçınılmaz olan biyolojik süreçten ziyade kısmen sosyopsikolojik yapının bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Levy B 2003).

2.3. Yaşlılık Algısı ve Hemşirelik

İnsanlar yaşlandığında daha fazla ve farklı yaşam deneyimlerine maruz kalırlar. Bu deneyimlerin birikimi yaşlı bireyi diğer yaş gruplarından daha farklı yapmaktadır. Hemşireler bakım verirlen bu çeşitliliği göz önünde bulundurmalı, yaşlılığın hastalıkla ilişkili olmadığını, normal bir süreç olduğunu bilmeli ve hastanın yaşlılık algısını değerlendirmelidir. Bireysel yaşlı bakımının belirlenmesinde yaş önemli bir faktördür fakat tek belirleyici etken değildir. Sağlığı kötü olan bir yaşlı, sağlıklı bir yaşlı bireyle karşılaştığında daha düşük algılanan yaş ve daha yüksek psikolojik iyi olma durumu bildirebilmektedir (Baker Wooding ve Heitkemper McLean 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Yaşlıların yaşlılık algısı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı tipte planlandı.

Yaşlı bireyler ile yapılan çalışmada aşağıda belirtilen soruların yanıtı arandı:

1. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve yaşlılık algısı nelerdir?
2. Tanımlayıcı özellikler yaşlıların yaşlılık algısını etkiler mi?
3. Günlük yaşam aktiviteleri düzeyi yaşlıların yaşlılık algısını etkiler mi?
4. Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düzeyi yaşlıların yaşlılık algısını etkiler mi?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniği'nde Ekim 2017- Mart 2018 tarihlerinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini bu evren içinden aşağıda belirtilen kriterlere uyan en az 86 bireyin oluşturması planlandı. Güç Analizi G-power 3.1.9.2 yazılımı kullanılarak yapıldı ve %80 güç analizi, %95 güven aralığında ve 0,05 anlam düzeyi için bu rakam elde edildi. Analizin güçlendirilmesi için yaşlı katılımcı sayısı 125'e çıkarıldı. 18 birey Alzheimer hastalığı, 22 birey dil problemi, 10 birey araştırmaya katılmayı reddetmesi sebebiyle araştırmaya dahil edilmedi. Hedeflenen kişi sayısına ulaşıldığında araştırma sonlandırıldı.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Belirlenen polikliniğe başvurmuş olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Zihinsel rahatsızlığı bulunmamak,

- Karar verme yetisi yerinde olmak,
- Dil bilmeme problemine sahip olmamak.

Araştırmadan hariç tutulma kriterleri:

- Belirlenen polikliniğe başvurmamış olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Zihinsel rahatsızlığı bulunmak,
- Karar verme yetisi yerinde olmamak,
- Dil problemine sahip olmak.

3.3. Etik Konular

Araştırma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.08.2017 tarih 99984023-302.08-321673 nolu yazı ile izin alındı (Ek-6). Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniği'nden izin alındı (Ek-9). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Ölçeği Türkçe Sürümü (AYTA-TR) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Prof.Dr. Erhan Eser'den (Ek-10), Modifiye Barthel İndeksi (MBI) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Prof.Dr. Ayşe Küçükdeveci'den (Ek-7) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Prof.Dr. Ayfer Aydıner Boylu'dan formun kullanılabilmesi için izin alındı (Ek-8). Araştırmaya dahil edilecek bireylerden bilgilendirilmiş onay formu ile yazılı ve sözlü onam alındı (Ek-3).

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmaya dahil olma kriterlerine uyan yaşlılara, geriatri polikliniğinde bulunan uygun odada, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırma konusu, araştırmacı ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu hakkında bilgi verildi, sözlü ve yazılı onam alındı ve formlar yaşlılara uygulandı. Görüşmeler yaklaşık 30 dk sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları

Yaşlıların yaşlılık algısını belirlemek için Laidlaw ve arkadaşları ve tarafından 2006 yılında oluşturulan, Eser ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Türkçe uyarlama çalışılması yapılan, Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü (AYTA-TR) (Ek-5); günlük yaşam aktivitelerini belirlemek için Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen, Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2000

yılında Türkçe uyarlama çalışması yapılan Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) (Ek-1); enstrümental günlük yaşam aktivitelerini belirlemek için Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA) (Ek-2) ve yaşlılar ile ilgili tanımlayıcı verilerin belirlenmesi için araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu (Ek-4) kullanıldı.

3.5.1. Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü

Laidlaw, arkadaşları ve WHOQOL-OLD Group tarafından 2006 yılında oluşturulan, Eser ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Türkçe uyarlama çalışılması yapılan, Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA-TR), toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Anket psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal gelişme alt boyutlarından oluşmaktadır ve her bir alt boyut 8 soru içermektedir (Tablo 3-1). Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li Likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirilmektedir. Anketin 1'den 7'ye kadar olan maddeleri (1=kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3=emin değilim, 4= katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum), 8'den 24'e kadar olan maddeleri ise (1=hiç doğru değil, 2=biraz doğru, 3=orta derece doğru, 4=çok doğru, 5=son derece doğru) olarak değerlendirilmektedir.

Psikososyal kayıp boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir. Her bir boyuttan mininum 8, maksimum 40 puan alınabilmektedir (Ek-5).

Tablo 3-1: Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi'nin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler

Alt Boyutlar	Maddeler
Psikososyal Kayıp	3, 6, 9, 12, 15, 17, 20, 22
Bedensel Değişim	7, 8, 11, 13, 14, 16, 23, 24
Psikososyal Gelişme	1, 2, 4, 5, 10, 18, 19, 21

3.5.2. Modifiye Barthel İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen, Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Türkçe uyarlama çalışması yapılan Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) bireyin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmektedir. Transfer,

ambulasyon, merdiven çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar kontinansı, gaita kontinansı durumlarını içeren 10 aktivite 5'li değerlendirme seviyesine göre değerlendirilmektedir. Birey; belirtilen aktiviteyi yapmak için yetersiz ise Seviye I, iş yapmayı deniyor fakat bağımsız ise Seviye II, Orta derecede yardıma gereksinim duyuyorsa seviye III, minimal derecede yardıma gereksinim duyuyorsa Seviye IV, tamamen bağımsız ise Seviye V olarak değerlendirilmektedir. Her aktivite seviyesi için belirlenmiş puan vardır. Minimum 0 puan, maksimum 100 puan alınır. Sıfır puan tam bağımlılığı, 100 puan tam bağımsızlığı ifade etmektedir (Ek-1).

3.5.3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA), bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme derecesini belirlemektedir. Telefon Kullanabilme, alışveriş, yemek hazırlama, ev temizliği, çamaşır, yolculuk, ilaçlarını kullanabilme sorumluluğu ve mali işler alanları puanlanır, alınabilecek maksimum puan 24'tür.Bireyin aktivitelerini yerine getirmedeki bağımsızlık düzeyi arttıkça alınan puan da artmaktadır. 0-8 puan arası tam bağımlılığı, 9-16 puan yarı bağımlılığı, 17-24 puan tam bağımsızlığı ifade etmektedir (Ek-2).

3.5.4. Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu

Yaşlıya ilişkin veri toplama formu araştırmacı tarafından oluşturuldu. Yapılan çalışmalar incelendi, yaşlı bireyin yaşlılık algısını etkileyecek faktörler belirlendi ve yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, daha önce bir yaşlıyla birlikte yaşama durumu, şu anki sağlığını değerlendirme durumu, eşlik eden hastalıklar gibi toplam 35 madde formda yer aldı (Ek-4).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, %, ortalama, standart sapma kullanıldı.

Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı. Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli

verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Pearson korelasyon analizi uygulandı. Anlamlılık en az $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan yaşlıların,

- Tanımlayıcı özelliklerine ilişkin,
- Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin,
- Enstrümental günlük yaşam aktivitelerine ilişkin,
- Yaşlılık algılarına ilişkin,
- Yaşlılık algıları ve tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiye ait
- Yaşlılık algıları ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiye ait ve
- Yaşlılık algıları ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

4.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi. Tanımlayıcı özellikler; tanımlayıcı demografik ve diğer tanımlayıcı özellikler olarak incelendi.

4.1.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 71,66±6,76 (Min:65; Maks:95) olarak saptandı (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Yaş Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş	125	71,66	6,76	65,00	95,00

Yaşlıların yaş gruplarına göre %53,6'sı (n:67) 70 yaş ve altı olarak belirlendi. Yaşlıların çoğunluğunu %56,8 (n:71) kadınların oluşturduğu, %35,2' sinin (n:44) ilkokul mezunu olduğu, %62,4'ünün (n:78) evli olduğu, % 67,2'sinin (n:84) 3 ve üstü sayıda çocuk sahibi olduğu, %72,0'sinin (n:90) gelirinin gidere eşit olduğu, %55,2'sinin (n:69) emekli olduğu, %51,2'sinin (n:64) mevcut bir işte çalışmadığı, %90,4'ünün (n:113) sosyal güvencesinin olduğu, %83,2'sinin (n:104) ilde yaşadığı ve %74,4'ünün (n:93) apartman dairesinde oturduğu saptandı (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri

Özellikler		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	70 Ve Altı	67	53,6
	71-75	28	22,4
	76-80	14	11,2
	81 Ve Üzeri	16	12,8
Cinsiyet	Kadın	71	56,8
	Erkek	54	43,2
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	22,4
	Okuryazar	12	9,6
	İlkokul Mezunu	44	35,2
	Ortaokul Mezunu	8	6,4
	Lise Mezunu	16	12,8
	Üniversite Mezunu	17	13,6
Medeni Durum	Evli	78	62,4
	Hiç Evlenmemiş	1	0,8
	Eşi Ölmüş Boşanmış	46	36,8
Çocuk Sayısı	Yok	6	4,8
	1-2	35	28,0
	3 Ve Üstü	84	67,2
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17	13,6
	Gelir Gidere Eşit	90	72,0
	Gelir Giderden Fazla	18	14,4
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	50	40,0
	Emekli	69	55,2
	Çalışıyor	6	4,8
Meslek	Serbest Meslek	24	19,2
	Memur	22	17,6
	İşçi	15	12,0
	Çalışmıyor	64	51,2
Sosyal Güvence	Var	113	90,4
	Yok	12	9,6
Yaşanılan Bölge	İl	104	83,2
	İlçe Ve Köy	21	16,8
Yaşam Alanı	Müstakil	30	24,0
	Apartman Dairesi	93	74,4
	Huzurevi	2	1,6

4.1.2. Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması 29,41±4,85 (Min:19,10; Maks: 42,72) olarak saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: BKİ Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Bki	125	29,41	4,85	19,10	42,72

Katılımcıların BKİ'ne göre %40,8'inin (n:51) I.derece obez olduğu, %84'ünün (n:100) çocukları ile arasındaki ilişkiyi iyi olarak değerlendirdiği, %43,2'sinin (n:54) 1-2 kişiyle birlikte yaşadığı, 78,4'ünün (n:98) gençken/ çocukken bir yaşlıyla birlikte yaşadığı, %68,8'inin (n:86) dinsel organizasyonlara gönüllü olarak katıldığı, %45,6'sının (n:57) sağlık durumunu normal değerlendirdiği, %69,6'sının (n:87) cinsel yaşamının aktif olmadığı, %71,2'sinin (n:89) sigara içmediği, %92'sinin (n:115) alkol kullanmadığı, %81,6'sının (n:102) en az bir hastalığa sahip olduğu, %63,2'sinin (n:79) hastaneye yatış durumlarının olduğu, %70,9'unun (n:56) son beş yıl içinde hastaneye yattıkları, %58,2'sinin (n:46) 1-7 gün arasında hastanede yattıkları, %76,8'inin (n:96) sürekli ilaç kullandığı, %44,8'inin (n:43) 1-3 sayıda ilaç kullandığı, %56,8'inin (n:71) aşı yaptırmadığı, %75,9'unun (n:41) grip aşısı yaptırdığı, %70,4'ünün (n:38) zatürre aşısı yaptırmadığı, %64,8'inin (n:35) tetanoz aşısı yaptırmadığı, %92,6'sının (n:50) Hepatit B aşısı yaptırmadığı, %100'ünün (n:125) Herpes Zoster (Zona) aşısı yaptırmadığı, %59,2'sinin (n:74) son iki hafta içinde kendini üzgün/mutsuz hissetmediği, %62,4'ünün (n:78) son iki hafta içinde ilgi azalması yaşamadığı saptandı (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar		Frekans(n)	Yüzde (%)
BKİ	Normal Kilolu	24	19,2
	Fazla Kilolu	50	40,0
	I.derece Obez ve Üzeri	51	40,8
Çocuk Varsa Aradaki İlişki	İyi	100	84,0
	Orta	19	16,0
Kaç Kişiyle Yaşandığı	Tek	13	10,4
	1-2	54	43,2
	3-4	36	28,8
	5 Ve Fazlası	22	17,6
Gençken Çocukken Yaşlıyla Yaşama Durumu	Evet	98	78,4
	Hayır	27	21,6
Dinsel Organizasyonlara Gönüllü Katılma Durumu	Evet	86	68,8

	Hayır	39	31,2
Sağlık Durumu	Kötü	21	16,8
	Normal	57	45,6
	İyi	47	37,6
Cinsel Yaşam Aktifliği	Evet	38	30,4
	Hayır	87	69,6
Sigara İçme Durumu	Evet	36	28,8
	Hayır	89	71,2
Alkol Kullanma Durumu	Evet	10	8,0
	Hayır	115	92,0
Hastalık Durumu	Evet	102	81,6
	Hayır	23	18,4
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	79	63,2
	Hayır	46	36,8
Hastaneye Yatma Zamanı	1-5 Yıl	56	70,9
	6 Yıl Ve Üzeri	23	29,1
Hastanede Yatış Süresi	1-7 Gün	46	58,2
	8 Gün Ve Üzeri	33	41,8
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	96	76,8
	Hayır	29	23,2
Kaç İlaç Kullanıldığı	1-3	43	44,8
	4-6	22	22,9
	7 Ve Üzeri	31	32,3
Aşı Yaptırma Durumu	Evet	54	43,2
	Hayır	71	56,8
Yapılan Aşılar*	Grip Aşısı	41	75,9
	Zatürre Aşısı	16	29,6
	Tetanoz Aşısı	19	35,2
	Hepatit B Aşısı	4	7,4
Son İki Haftada Üzgün Hissetme Durumu	Evet	51	40,8
	Hayır	74	59,2
Son İki Haftada İlgi Azalması	Evet	47	37,6
	Hayır	78	62,4

*Birden fazla seçilen maddeler

Tarama testi yaptırma durumu incelendiğinde %84'ünün (n:105) tarama testi yaptırdığı, %56,2'sinin (n:59) işitme testi yaptırdığı, %71,4'ünün (n:75) görme testi yaptırdığı, %69,5'inin (n:73) ağız ve diş muayenesi yaptırdığı, %90,5'inin (n:95) kan basıncı kontrolü yaptırdığı, %84,8'inin (n:89) kolesterol seviyesi kontrolü yaptırdığı, %81'inin (n:85) kan şekeri takibi yaptırdığı, %81'inin (n:85) dışkıda gizli kan kontrolü yaptırmadığı, %82,9'unun (n:87) kolonoskopi yaptırmadığı, %63,8'inin (n:67) kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmadığı, yaşlı erkeklerin %59,2'sinin (n:22) prostat muayenesi

olmadığı, yaşlı kadınların %83'ünün (n:12) pop-smear testi yaptırmadığı ve %57,7'sinin (n:30) mamografi çektirmedikleri saptandı (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Yaşlıların Tarama Testi Yaptırma Durumları

Gruplar		Frekans(n)	Yüzde (%)
Tarama Testi Yaptırma	Evet	105	84,0
	Hayır	20	16,0
Yapılan Tarama Testleri*	İşitme	59	56,2
	Görme	75	71,4
	Ağız Diş	73	69,5
	Kan Basıncı	95	90,5
	Kolesterol	89	84,8
	Kan Şekeri	85	81,0
	Dışkıda Kan	20	19,0
	Kolonoskopi	18	17,1
	Kemik Yoğunluğu	38	36,2
	Prostat	22	59,2
	Pop Smear	12	83
	Mamografi	30	57,7

*Birden fazla seçilen maddeler

4.2. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi

Katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri düzeyi Modifiye Barthel İndeksi ile değerlendirildi. Modifiye Barthel İndeksi skorları 2 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 87,06±22,29 olarak saptandı. Modifiye Barthel İndeksine göre katılımcıların %4'ü (n:5) tam bağımlı, %6,4'ü (n:8) ağır bağımlı, %24,8 (n:31) orta düzeyde bağımlı, %20,8'i (n:26) hafif bağımlı ve %44,0'ü (n:55) tam bağımsız olarak saptandı (Tablo4-6).

Tablo 4-6: Modifiye Barthel İndeksi

		n	%
Modifiye Barthel İndeksi	*Min-Mak (Medyan)*	2-100 (98)	
	Ort±Ss	87,06±22,29	
	Tam bağımlı	5	4,0
	Ağır bağımlı	8	6,4
	Orta düzeyde bağımlı	31	24,8
	Hafif bağımlı	26	20,8
	Tam bağımsız	55	44,0

4.3. Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi

Katılımcıların enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düzeyi Lawton Broody Skalası ile değerlendirildi. Lawton-Broody Skalası skorları 2 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama 18,46±6,64 olarak saptandı. Lawton-Broody Skalasına göre katılımcıların %14,4'ü (n:18) bağımlı, %19,2'si (n:24) yarı bağımlı ve %66,4'ü (n:83) bağımsız olarak saptandı (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Lawton-Broody Skalasına İlişkin Dağılımlar

		n	%
Lawton-Broody Skalası	*Min-Mak (Medyan)*	2-24 (21)	
	Ort±Ss	18,46±6,64	
	Bağımlı	18	14,4
	Yarı bağımlı	24	19,2
	Bağımsız	83	66,4

4.4. Yaşlıların Yaşlılık Algıları

Yaşlıların yaşlılık algıları psikososyal kayıp, bedensel değişim ve psikososyal gelişme alt boyutları olmak üzere üç alt boyutta ve genel puan olarak değerlendirildi. Araştırma değişkenlerinin Kolmogorov Smirnov Normal dağılım testi uygulanarak normal dağılım gösterdiği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-8).

Tablo 4-8: Kolmogorov Smirnov Normal Dağılım Testi

	Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişme	AYTA Toplam
Z	1,257	0,773	1,029	0,744
p	0,085	0,588	0,240	0,638

Yaşlıların psikososyal kayıp ortalaması 21,07±7,84 (Min:8; Maks:40), bedensel değişim ortalaması 27,20±6,64 (Min:12; Maks:40), psikososyal gelişme ortalaması 32,11±4,89 (Min:13; Maks:40), AYTA toplam ortalaması 86,24±14,92 (Min:51;

Maks:120) olarak saptandı. Yaşlanma Tutumu Anketi alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,840; 0,754 ve 0,709 olarak bulundu. Toplam Yaşlanma Tutumu Anketi Cronbach's Alpha katsayısı 0,854 olduğu ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu bulundu (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: AYTA Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.	Alpha
Psikososyal Kayıp	125	21,07	7,84	8,00	40,00	0,846
Bedensel Değişim	125	27,20	6,64	12,00	40,00	0,806
Psikososyal Gelişme	125	32,11	4,89	13,00	40,00	0,893
AYTA Toplam	125	86,24	14,92	51,00	120,00	0,854

4.5. Yaşlıların Yaşlılık Algılarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Bu bölümde yaşlıların yaşlılık algılarının tanımlayıcı demografik özelliklere göre farklılaşma durumu incelendi.

4.5.1. Yaşlıların Yaşlılık Algılarının Tanımlayıcı Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Bu bölümde yaşlıların yaşlılık algısı ve alt boyutlarının tanımlayıcı demografik özelliklere göre farklılaşma durumu incelendi.

4.5.1.1. AYTA Toplam Puanının Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, meslek, medeni durum, sosyal güvence ve gelir durumu değişkenlerinin AYTA toplam puanı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		**n**	**AYTA Toplam**
			Ort±SS
Yaş	70 Ve Altı	67	86,61±12,54
	71-75	28	88,11±15,94
	76-80	14	87,43±21,54

	81 Ve Üzeri	16	80,38±15,62
F=			1,014
p=			0,389
Cinsiyet	Kadın	71	85,73±13,96
	Erkek	54	86,90±16,20
t=			-0,435
p=			0,664
Medeni Durum	Evli	78	86,88±13,72
	Bekar	47	85,17±16,82
t=			0,621
p=			0,557
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17	80,65±11,62
	Gelir Gidere Eşit	90	86,94±15,03
	Gelir Giderden Fazla	18	88,00±16,65
F=			1,430
p=			0,243
Meslek	Serbest Meslek	24	88,88±11,89
	Memur	22	91,36±16,82
	İşçi	15	81,47±16,45
	Çalışmıyor	64	84,61±14,56
F=			1,924
p=			0,129
Sosyal Güvence	Var	113	86,81±15,18
	Yok	12	80,83±11,33
t=			1,324
p=			0,188
Yaşanılan Bölge	İl	104	87,22±14,78
	İlçe ve Köy	21	81,38±15,01
t=			1,648
p=			0,102

Yaşlıların eğitim durumlarının AYTA toplam puanı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p<0,05). Okur-yazar olmayanların ortalama puanları diğer eğitim seviyesindeki yaşlıların ortalama puanlarından düşük bulundu (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: **AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler**

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		**n**	**AYTA Toplam**
			Ort±SS
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	74,18±12,36
	Okuryazar	12	85,67±10,86
	İlkoöğretim Mezunu	52	89,96±13,00
	Lise Mezunu	16	86,87±18,57
	Üniversite Mezunu	17	94,53±12,27
F=			8,286
p=			<0,001
PostHoc=			2>1, 3>1, 4>1, 5>1 (p<0,05)

4.5.1.2. Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum ve sosyal güvence değişkenlerinin psikososyal kayıp değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-12).

Tablo 4-12: Psikososyal Kayıp Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		n	Psikososyal Kayıp Ort±SS
Yaş	70 Ve Altı	67	20,42±6,66
	71-75	28	20,54±9,143
	76-80	14	22,07±9,43
	81 Ve Üzeri		23,88±8,63
F=			0,955
p=			0,416
Cinsiyet	Kadın	71	21,30±8,05
	Erkek	54	20,78±7,63
t=			0,365
p=			0,716
Medeni Durum	Evli	78	21,03±7,25
	Bekar	47	21,15±8,82
t=			-0,085
p=			0,936
Meslek	Serbest Meslek	24	19,54±6,80
	Memur	22	19,32±7,83
	İşçi	15	21,60±6,51
	Çalışmıyor	64	22,13±8,44
F=			1,081
p=			0,360
Sosyal Güvence	Var	113	20,79±7,89
	Yok	12	23,75±7,24
t=			-1,247
p=			0,215

Yaşlıların eğitim, gelir durumu ve yaşanılan bölge değişkenlerinin psikososyal kayıp değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p<0,05). Okur- yazar olmayan yaşlıların psikososyal kayıp alanında ortalama puanları diğer eğitim seviyesindeki yaşlıların ortalama puanlarından yüksek bulundu. Geliri giderden az olan kişilerin psikososyal kayıp alanında ortalama puanları, diğer gelir gruplarındaki

yaşlılara göre yüksek bulundu. İlde yaşayan yaşlıların psikososyal kayıp alanında ortalama puanları, ilçe ve köylerde yaşayan yaşlıların ortalama kayıp puanından yüksek bulundu (Tablo 4-13).

Tablo 4-13: Psikososyal Kayıp Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		n	Psikososyal Kayıp
			Ort±SS
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	27,11±6,70
	Okuryazar	12	20,17±7,42
	İlkoöğretim Mezunu	52	19,81±7,25
	Lise Mezunu	16	18,75±8,12
	Üniversite Mezunu	17	17,82±6,37
F=			6,619
p=			0,000
PostHoc=			1>2, 1>3, 1>4, 1>5 (p<0,05)
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17	25,29±6,96
	Gelir Gidere Eşit	90	20,59±8,11
	Gelir Giderden Fazla	18	19,50±6,09
F=			3,097
p=			0,049
PostHoc=			1>2, 1>3 (p<0,05)
Yaşanılan Bölge	İl	104	20,36±7,51
	İlçe Ve Köy	21	24,62±8,66
t=			-2,312
p=			0,022

4.5.1.3. Bedensel Değişim Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, sosyal güvence ve gelir durumu değişkenlerinin bedensel değişim değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı(p>0,05) (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: Bedensel Değişim Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		n	Bedensel Değişim
			Ort±SS
Yaş	70 Ve Altı	67	26,97±5,77
	71-75	28	28,14±6,93
	76-80	14	28,21±10,06
	81 ve Üzeri	16	25,63±6,21
F=			0,618
p=			0,604
Cinsiyet	Kadın	71	26,66±6,49
	Erkek	54	27,91±6,83
t=			-1,039
p=			0,301
Medeni Durum	Evli	78	27,25±6,26
	Bekar	47	27,13±7,29
t=			0,094
p=			0,925
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17	25,12±7,37
	Gelir Gidere Eşit	90	27,40±6,25
	Gelir Giderden Fazla	18	28,17±7,78
F=			1,069
p=			0,347
PostHoc=			
Meslek	Serbest Meslek	24	27,46±5,84
	Memur	22	30,00±6,70
	İşçi	15	25,27±7,05
	Çalışmıyor	64	26,59±6,66
F=			1,963
p=			0,123
Sosyal Güvence	Var	113	27,53±6,70
	Yok	12	24,08±5,25
t=			1,724
p=			0,087

Yaşlıların yaşanılan bölge ve eğitim durumu değişkenlerinin bedensel değişim değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). İlde yaşayan yaşlıların bedensel değişim puan ortalamalarının, ilçe ve köyde yaşayan yaşlıların bedensel değişim puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Üniversite mezunu olanların bedensel değişim puan ortalamaları, okur yazar olmayanlardan, okuma yazma bilenlerden ve lise mezunu olanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Bedensel Değişim Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		n	Bedensel Değişim
			Ort±SS
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	22,82±6,24
	Okuryazar	12	26,08±6,40
	İlkoöğretim Mezunu	52	28,56±5,93
	Lise Mezunu	16	27,00±7,42
	Üniversite Mezunu	17	31,24±5,13
F=			6,112
p=			0,000
PostHoc=			3>1, 4>1, 5>1, 5>2, 5>4 (p<0,05)
Yaşanılan Bölge	İl	104	27,74±6,39
	İlçe Ve Köy	21	24,52±7,36
t=			2,051
p=			0,042

4.5.1.4. Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Tanımlayıcı Demografik Verilere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, gelir durumu ve yaşanılan bölge değişkenlerinin psikososyal gelişme değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Psikososyal Gelişme Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Tanımlayıcı Demografik Özellikler

Tanımlayıcı Demografik Özellikler		n	Psikososyal Gelişme
			Ort±SS
Yaş	70 Ve Altı	67	32,06±4,56
	71-75	28	32,50±4,87
	76-80	14	33,29±5,05
	81 Ve Üzeri	16	30,63±6,14
F=			0,819
p=			0,486
Cinsiyet	Kadın	71	32,37±4,50
	Erkek	54	31,78±5,39
t=			0,665
p=			0,507
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	30,46±5,98
	Okuryazar	12	31,75±4,55
	İlkoöğretim Mezunu	52	33,21±4,23
	Lise Mezunu	16	30,63±5,60

	Üniversite Mezunu	17	33,12±3,52
F=			2,088
p=			0,087
Medeni Durum	Evli	78	32,67±4,47
	Bekar	47	31,19±5,44
t=			1,645
p=			0,103
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	17	32,82±4,26
	Gelir Gidere Eşit	90	32,13±4,72
	Gelir Giderden Fazla	18	31,33±6,28
F=			0,405
p=			0,668
Meslek	Serbest Meslek	24	32,96±4,32
	Memur	22	32,68±3,88
	İşçi	15	29,80±6,98
	Çalışmıyor	64	32,14±4,77
F=			1,474
p=			0,225
Sosyal Güvence	Var	113	32,07±4,96
	Yok	12	32,50±4,38
t=			-0,288
p=			0,774
Yaşanılan Bölge	İl	104	31,84±5
	İlçe ve Köy	21	33,48±4,16
t=			-1,407
p=			0,162

4.5.2. Yaşlılık Algısının Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Bu bölümde yaşlıların yaşlılık algısı ve alt boyutlarının diğer tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelendi.

4.5.2.1. AYTA Toplam Puanının Diğer Tanımlayıcı Verilere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların BKİ, gençken/çocukken yaşlıyla birlikte yaşama durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatma durumu, yattıysa ne zaman ve ne kadar süreyle yattığı, sürekli ilaç kullanma durumu, kullanıyorsa kaç ilaç kullandığı, aşı olma durumu, tarama testi yaptırma durumu, yaptırıyorsa yaptırdığı işitme, görme, ağız-diş, kan basıncı, kolesterol, kan şekeri, dışkıda kan, kadınların kemik yoğunluğu ölçümü, pop-smear testi yaptırma, prostat bezi taraması durumunun ve mamografi çektirme durumunun AYTA toplam düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-17).

Tablo 4-17: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	AYTA Toplam Ort±SS
BKİ	Normal Kilolu	24	86,29±14,43
	Fazla Kilolu	50	86,66±15,63
	I.derece Obez Ve Üzeri	51	85,80±14,70
F=			0,041
p=			0,960
Gençken Çocukken Yaşlıyla Yaşama Durumu	Evet	98	86,13±14,89
	Hayır	27	86,63±15,31
t=			-0,153
p=			0,879
Sigara İçme Durumu	Evet	36	88,78±15,44
	Hayır	89	85,21±14,67
t=			1,212
p=			0,228
Alkol Kullanma Durumu	Evet	10	90,80±19,44
	Hayır	115	85,84±14,50
t=			1,008
p=			0,316
Hastalık Durumu	Evet	102	86,40±15,47
	Hayır	23	85,52±12,43
t=			0,255
p=			0,772
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	79	85,71±15,44
	Hayır	46	87,15±14,10
t=			-0,520
p=			0,604
Hastaneye Yatma Zamanı	1-5 Yıl	56	84,61±15,14
	6 Yıl Ve Üzeri	23	88,40±16,17
t=			-0,989
p=			0,326
Hastanede Yatış Süresi	1-7 Gün	46	86,89±16,43
	8 Gün Ve Üzeri	33	84,06±14,02
t=			0,802
p=			0,425
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	96	86,12±15,63
	Hayır	29	86,66±12,52
t=			-0,170
p=			0,849
Kaç İlaç Kullanıldığı	1-3	43	86,37±16,52
	4-6	22	83,86±13,12
	7 Ve Üzeri	31	87,36±16,29
F=			0,327
p=			0,722
Aşı Yaptırma Durumu	Evet	54	85,33±16,01
	Hayır	71	86,93±14,11
t=			-0,591
p=			0,556
Tarama Testi Yaptırma	Evet	105	86,30±15,61

	Hayır	20	85,95±10,86
t=			0,094
p=			0,925
İşitme	Evet	59	87,29±16,28
	Hayır	46	85,02±14,79
t=			0,736
p=			0,463
Görme	Evet	75	87,92±15,66
	Hayır	30	82,23±14,99
t=			1,701
p=			0,092
Ağız Diş	Evet	73	85,84±15,82
	Hayır	32	87,34±15,34
t=			-0,454
p=			0,651
Kan Basıncı	Evet	95	86,32±15,88
	Hayır	10	86,10±13,60
t=			0,041
p=			0,967
Kolesterol	Evet	89	87,80±15,43
	Hayır	16	81,94±16,43
t=			1,215
p=			0,227
Kan Şekeri	Evet	85	86,04±16,10
	Hayır	20	87,40±13,67
t=			-0,350
p=			0,727
Dışkıda Kan	Evet	20	87,75±15,33
	Hayır	85	85,95±15,75
t=			0,461
p=			0,646
Kemik Yoğunluğu	Evet	38	88,53±16,33
	Hayır	67	85,03±15,17
t=			1,104
p=			0,272
Prostat	Evet	22	88,86±11,97
	Hayır	83	85,62±16,44
t=			0,867
p=			0,388
Pop Smear	Evet	12	82,50±15,63
	Hayır	93	86,79±15,63
t=			-0,894
p=			0,373
Mamografi	Evet	30	89,13±14,53
	Hayır	75	85,16±15,98
t=			1,180
p=			0,241

Yaşlıların kaç kişiyle yaşadığının, dinsel organizasyonlara gönüllü olarak katılmasının, sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin, cinsel yaşam aktifliği durumunun, son iki haftada kendini üzgün/ mutsuz hissetmesinin ve ilgi azalması

yaşamasının ve tarama testlerinden kolonoskopi işlemi yaptırmasının AYTA toplam düzeyine göre anlamlı farlılık gösterdiği saptandı (p<0,05). 5 ve daha fazla sayıda kişiyle birlikte yaşayanların AYTA toplam puanlarının daha az sayıda kişiyle birlikte yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, dinsel organizasyonlara gönüllü olarak katılanların katılmayanlara göre AYTA toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların sağlık durumunu iyi ve normal olarak tanımlayanlara göre AYTA toplam puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu, cinsel yaşamı aktif olanların cinsel yaşamı aktif olmayanlara göre AYTA toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, son iki hafta içinde kendini üzgün hissedenlerin ve ilgi azalması yaşayanların AYTA toplam puanlarının kendini üzgün hissetmeyen ve ilgi azalması yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ve kolonoskopi yaptıranların yaptırmayanlara göre toplam AYTA puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı(p<0,05) (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: AYTA Toplam Puanının Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	AYTA Toplam Ort±SS
Kaç Kişiyle Yaşandığı	Tek	13	85,92±13,49
	1-2	54	90,35±13,14
	3-4	36	86,41±12,57
	5 Ve Fazlası	22	76,05±18,93
F=			5,294
p=			0,002
PostHoc=			1>4, 2>4, 3>4 (p<0,05)
Dinsel Organizasyona Gönüllü Katılma Durumu	Evet	86	84,27±14,62
	Hayır	39	90,59±14,83
t=			-2,230
p=			0,028
Sağlık Durumu	Kötü	21	72,91±13,18
	Normal	57	85,60±13,44
	İyi	47	92,98±13,28
F=			16,562
p=			0,000
PostHoc=			2>1, 3>1, 3>2 (p<0,05)
Cinsel Yaşam Aktifliği	Evet	38	90,921±14,412
	Hayır	87	84,20±14,76
t=			2,361
p=			0,020
Son İki Haftada Üzgün Hissetme Durumu	Evet	51	78,57±14,47

	Hayır	74	91,53±12,85
t=			-5,262
p=			0,000
Son İki Haftada İlgi Azalması	Evet	47	77,72±14,81
	Hayır	78	91,37±12,51
t=			-5,510
p=			0,000
Kolonoskopi	Evet	18	93,83±17,94
	Hayır	87	84,74±14,73
t=			2,296
p=			0,024

4.5.2.2. Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özellikler Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların BKİ, kaç kişiyle yaşadığı, gençken/çocukken yaşlıyla birlikte yaşama durumu, dinsel organizasyonlara katılım durumu, sigara alışkanlığı, alkol kullanma durumu, hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatma durumu, yattıysa ne zaman ve ne kadar süreyle yattığı, aşı olma durumu, tarama testi yaptırma durumu ve yaptırıyorsa hangi testleri yaptırdığının psikososyal kayıp alt boyutu düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05)(Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		**n**	**Psikososyal Kayıp**
			Ort±SS
BKİ	Normal Kilolu	24	20,87±7,36
	Fazla Kilolu	50	21,34±7,95
	I.derece Obez Ve Üzeri	51	20,90±8,09
F=			0,048
p=			0,953
Kaç Kişiyle Yaşandığı	Tek	13	21,08±8,39
	1-2	54	19,94±7,10
	3-4	36	21,78±8,18
	5 Ve Fazlası	22	22,68±8,79
F=			0,774
p=			0,511
PostHoc=			
Gençken Çocukken Yaşlıyla Yaşama Durumu	Evet	98	20,79±7,66
	Hayır	27	22,11±8,54
t=			-0,776
p=			0,439
Dinsel Organizasyona Gönüllü Katılma Durumu	Evet	86	21,73±7,54

	Hayır	39	19,62±8,39
t=			1,404
p=			0,163
Sigara İçme Durumu	Evet	36	19,75±7,76
	Hayır	89	21,61±7,86
t=			-1,201
p=			0,232
Alkol Kullanma Durumu	Evet	10	18,70±8,74
	Hayır	115	21,28±7,77
t=			-0,997
p=			0,321
Hastalık Durumu	Evet	102	21,45±8,15
	Hayır	23	19,39±6,18
t=			1,139
p=			0,183
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	79	21,75±8,06
	Hayır	46	19,91±7,39
t=			1,264
p=			0,209
Hastaneye Yatma Zamanı	1-5 Yıl	56	22,52±7,89
	6 Yıl Ve Üzeri	23	19,87±8,34
t=			1,333
p=			0,186
Hastanede Yatış Süresi	1-7 Gün	46	20,52±8,21
	8 Gün Ve Üzeri	33	23,46±7,64
t=			-1,611
p=			0,111
Aşı Yaptırma Durumu	Evet	54	21,17±7,78
	Hayır	71	21,00±7,95
t=			0,117
p=			0,907
Tarama Testi Yaptırma	Evet	105	20,63±7,98
	Hayır	20	23,40±6,77
t=			-1,455
p=			0,148
İşitme	Evet	59	20,88±8,24
	Hayır	46	20,30±7,73
t=			0,366
p=			0,715
Görme	Evet	75	20,56±8,02
	Hayır	30	20,80±8,03
t=			-0,139
p=			0,890
Ağız Diş	Evet	73	21,37±8,20
	Hayır	32	18,94±7,31
t=			1,445
p=			0,152
Kan Basıncı	Evet	95	20,64±8,07
	Hayır	10	20,50±7,47
t=			0,053
p=			0,958
Kolesterol	Evet	89	19,99±7,91
	Hayır	16	24,19±7,69
t=			-1,964
p=			0,052
Kan Şekeri	Evet	85	20,40±8,30

	Hayır	20	21,60±6,53
t=			-0,603
p=			0,548
Dışkıda Kan	Evet	20	18,95±7,18
	Hayır	85	21,02±8,15
t=			-1,046
p=			0,298
Kolonoskopi	Evet	18	17,44±8,92
	Hayır	87	21,29±7,67
t=			-1,882
p=			0,063
Kemik Yoğunluğu	Evet	38	20,37±9,43
	Hayır	67	20,78±7,11
t=			-0,250
p=			0,817
Prostat	Evet	22	20,82±6,62
	Hayır	83	20,58±8,34
t=			0,125
p=			0,901
Pop Smear	Evet	12	22,75±9,60
	Hayır	93	20,36±7,77
t=			0,978
p=			0,330
Mamografi	Evet	30	20,13±8,46
	Hayır	75	20,83±7,84
t=			-0,400
p=			0,690

Yaşlıların sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin, cinsel yaşam aktifliği durumunun, sürekli ilaç kullanma durumunun, son iki haftada kendini üzgün/ mutsuz hissetmesinin ve ilgi azalması yaşamasının psikososyal kayıp düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin psikososyal kayıp alt boyut puanının sağlık durumunu iyi ve normal olarak değerlendiren yaşlıların aldığı puandan anlamı olarak daha yüksek olduğu, cinsel yaşamı aktif olmayan bireylerin psikososyal kayıp alt boyut puanının olan bireylerin puanına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, sürekli ilaç kullanan bireylerin psikososyal kayıp alt boyut puanının kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, son iki hafta içinde kendini üzgün hissedenlerin ve ilgi azalması yaşayanların psikososyal kayıp alt boyut puanlarının kendini üzgün hissetmeyen ve ilgi azalması yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Psikososyal Kayıp Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	Psikososyal Kayıp
			Ort±SS
Sağlık Durumu	Kötü	21	24,95±7,36
	Normal	57	22,21±7,13
	İyi	47	17,96±7,87
F=			7,611
p=			0,001
PostHoc=			1>3, 2>3 (p<0.05)
Cinsel Yaşam Aktifliği	Evet	38	18,34±6,86
	Hayır	87	22,26±7,98
t=			-2,633
p=			0,010
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	96	21,72±8,24
	Hayır	29	18,93±5,98
t=			1,691
p=			0,049
Son İki Haftada Üzgün Hissetme Durumu	Evet	51	24,24±6,76
	Hayır	74	18,89±7,84
t=			3,959
p=			<0,001
Son İki Haftada İlgi Azalması	Evet	47	25,19±7,05
	Hayır	78	18,59±7,26
t=			4,977
p=			<0,001

4.5.2.3. Bedensel Değişim Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların BKİ, gençken/çocukken yaşlıyla birlikte yaşama durumu, dinsel organizasyonlara katılım durumu, sigara alışkanlığı, alkol kullanma durumu, hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatma durumu, yattıysa ne zaman ve ne kadar süreyle yattığı, sürekli ilaç kullanma durumu ve kaç ilaç kullandığı, aşı olma durumu, tarama testi yaptırma durumu ve yaptırıyorsa yaptırdığı işitme, ağız-diş, kan basıncı, kolesterol, kan şekeri, dışkıda kan, kadınların kemik yoğunluğu ölçümü, pop-smear testi yaptırma durumunun ve mamografi çektirme durumunun, erkeklerin prostat muayenesi yaptırma durumunun bedensel değişim alt boyutu düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Bedensel Değişim Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	Bedensel Değişim
			Ort±SS
BKİ	Normal Kilolu	24	27,04±7,36
	Fazla Kilolu	50	27,56±6,50
	I.derece Obez ve Üzeri	51	26,92±6,54
F=			0,123
p=			0,884
Gençken Çocukken Yaşlıyla Yaşama Durumu	Evet	98	26,90±6,57
	Hayır	27	28,30±6,92
t=			-0,969
p=			0,335
Dinsel Organizasyona Gönüllü Katılma Durumu	Evet	86	26,44±6,66
	Hayır	39	28,87±6,37
t=			-1,916
p=			0,058
Sigara İçme Durumu	Evet	36	27,81±6,97
	Hayır	89	26,96±6,52
t=			0,647
p=			0,519
Alkol Kullanma Durumu	Evet	10	29,10±6,81
	Hayır	115	27,04±6,63
t=			0,943
p=			0,347
Hastalık Durumu	Evet	102	27,51±6,81
	Hayır	23	25,83±5,75
t=			1,100
p=			0,274
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	79	26,94±6,39
	Hayır	46	27,65±7,09
t=			-0,579
p=			0,563
Hastaneye Yatma Zamanı	1-5 Yıl	56	26,68±6,30
	6 Yıl Ve Üzeri	23	27,57±6,72
t=			-0,558
p=			0,579
Hastanede Yatış Süresi	1-7 Gün	46	27,15±6,07
	8 Gün Ve Üzeri	33	26,64±6,91
t=			0,352
p=			0,726
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	96	27,55±6,70
	Hayır	29	26,04±6,40
t=			1,079
p=			0,282
Kaç İlaç Kullanıldığı	1-3	43	27,74±7,31
	4-6	22	25,77±6,18
	7 Ve Üzeri	31	28,55±6,11
F=			1,139
p=			0,325

Aşı Yaptırma Durumu	Evet	54	26,78±7,10
	Hayır	71	27,51±6,30
t=			-0,591
p=			0,555
Tarama Testi Yaptırma	Evet	105	27,23±6,93
	Hayır	20	27,05±4,96
t=			0,110
p=			0,913
İşitme	Evet	59	27,64±7,32
	Hayır	46	26,70±6,45
t=			0,694
p=			0,489
Ağız Diş	Evet	73	27,43±7,11
	Hayır	32	26,78±6,60
t=			0,436
p=			0,664
Kan Basıncı	Evet	95	27,32±6,93
	Hayır	10	26,40±7,25
t=			0,396
p=			0,693
Kolesterol	Evet	89	27,45±6,87
	Hayır	16	26,00±7,38
t=			0,768
p=			0,444
Kan Şekeri	Evet	85	27,11±7,14
	Hayır	20	27,75±6,12
t=			-0,372
p=			0,710
Dışkıda Kan	Evet	20	27,20±7,41
	Hayır	85	27,23±6,86
t=			-0,020
p=			0,984
Kemik Yoğunluğu	Evet	38	28,00±7,32
	Hayır	67	26,79±6,72
t=			0,858
p=			0,393
Prostat	Evet	22	29,36±6,24
	Hayır	83	26,66±7,03
t=			1,638
p=			0,105
Pop Smear	Evet	12	25,08±5,90
	Hayır	93	27,50±7,03
t=			-1,141
p=			0,257
Mamografi	Evet	30	28,37±6,69
	Hayır	75	26,77±7,02
t=			1,065
p=			0,290

Yaşlıların kaç kişiyle yaşadığının, sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin, cinsel yaşam aktifliği durumunun, son iki haftada kendini üzgün/ mutsuz hissetmesinin ve ilgi azalması yaşamasının ve tarama testlerinden görme ile kolonoskopi işlemi

yaptırmasının AYTA toplam düzeyine göre anlamlı farlılık gösterdiği saptandı (p<0,05). 1-4 kişi ile birilikte yaşayan yaşlıların bedensel değişim alt boyut puanlarının 5 ve daha fazla sayıda yaşayan kişilerin alt boyut puanından anlamlı olarak fazla olduğu, sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin bedensel değişim alt boyut puanlarının sağlık durumunu kötü ve normal olarak değerlendiren bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, cinsel yaşamı aktif katılımcıların bedensel değişim alt boyut puanlarının olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, son iki haftada kendini üzgün/mutsuz hissedenlerin bedensel değişim alt boyut puanlarının hissetmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, son iki haftada ilgi azalması yaşayanların bedensel değişim alt boyut puanlarının yaşamayanlardan anlamlı olarak düşük, görme tarama testi yaptıranların bedensel değişim alt boyut puanlarının yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu ve kolonoskopi yaptıranların bedensel değişim alt boyut puanlarının yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-22).

Tablo 4-22: Bedensel Değişim Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	Bedensel Değişim
			Ort±SS
Kaç Kişiyle Yaşandığı	Tek	13	26,77±6,91
	1-2	54	29,06±6,13
	3-4	36	27,14±6,08
	5 Ve Fazlası	22	23,00±7,01
F=			4,756
p=			0,004
PostHoc=			2>4, 3>4 (p<0.05)
Sağlık Durumu	Kötü	21	20,76±7,31
	Normal	57	27,23±5,62
İyi		47	30,04±5,48
F=			18,090
p=			0,000
PostHoc=			2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Cinsel Yaşam Aktifliği	Evet	38	28,97±5,87
	Hayır	87	26,43±6,84
t=			1,998
p=			0,048
Son İki Haftada Üzgün Hissetme Durumu	Evet	51	23,90±6,44
	Hayır	74	29,47±5,78
t=			-5,045
p=			0,000
Son İki Haftada İlgi Azalması	Evet	47	23,85±6,52

	Hayır	78	29,22±5,89
t=			-4,742
p=			0,000
Görme	Evet	75	28,09±6,99
	Hayır	30	25,07±6,41
t=			2,052
p=			0,043
Kolonoskopi	Evet	18	30,83±6,30
	Hayır	87	26,48±6,86
t=			2,483
p=			0,015

4.5.2.4. Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Diğer Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Yaşlıların BKİ, gençken/çocukken yaşlıyla birlikte yaşama durumu, cinsel yaşam aktif olma durumu, sigara alışkanlığı, alkol kullanma durumu, hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatma durumu, yattıysa ne zaman ve ne kadar süreyle yattığı, sürekli ilaç kullanma durumu ve kaç ilaç kullandığı, aşı olma durumu, son iki haftada ilgi azalması olması durumu, işitme, ağız-diş, kan basıncı, kolesterol, kan şekeri, dışkıda kan, kadınların kemik yoğunluğu ölçümü, pop-smear testi yaptırma durumunun ve mamografi çektirme durumunun, erkeklerin prostat muayenesi yaptırma durumunun psikososyal gelişme alt boyutu düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-23).

Tablo 4-23: Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Göstermediği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		**n**	**Psikososyal Gelişme**
			Ort±SS
BKİ	Normal Kilolu	24	32,13±4,92
	Fazla Kilolu	50	32,44±4,98
	I.derece Obez Ve Üzeri	51	31,78±4,87
F=			0,224
p=			0,800
Gençken Çocukken Yaşlıyla Yaşama Durumu	Evet	98	32,02±5,19
	Hayır	27	32,44±3,69
t=			-0,398
p=			0,692
Cinsel Yaşam Aktifliği	Evet	38	32,29±4,71
	Hayır	87	32,04±4,99
t=			0,267
p=			0,790
Sigara İçme Durumu	Evet	36	32,72±4,62

	Hayır	89	31,87±5,00
t=			0,886
p=			0,377
Alkol Kullanma Durumu	Evet	10	32,40±4,65
	Hayır	115	32,09±4,93
t=			0,193
p=			0,847
Hastalık Durumu	Evet	102	32,34±4,88
	Hayır	23	31,09±4,89
t=			1,114
p=			0,268
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	79	32,52±5,15
	Hayır	46	31,41±4,38
t=			1,222
p=			0,224
Hastaneye Yatma Zamanı	1-5 Yıl	56	32,45±5,19
	6 Yıl Ve Üzeri	23	32,70±5,16
t=			-0,194
p=			0,846
Hastanede Yatış Süresi	1-7 Gün	46	32,26±5,62
	8 Gün Ve Üzeri	33	32,88±4,47
t=			-0,524
p=			0,602
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	96	32,28±4,00
	Hayır	29	31,55±4,56
t=			0,702
p=			0,484
Kaç İlaç Kullanıldığı	1-3	43	32,42±5,52
	4-6	22	32,31±4,87
	7 Ve Üzeri	31	32,07±4,44
F=			0,045
p=			0,956
Aşı Yaptırma Durumu	Evet	54	31,70±5,00
	Hayır	71	32,42±4,82
t=			-0,813
p=			0,418
Son İki Haftada İlgi Azalması	Evet	47	31,06±5,34
	Hayır	78	32,74±4,52
t=			-1,879
p=			0,063
İşitme	Evet	59	32,53±4,70
	Hayır	46	30,63±5,55
t=			1,894
p=			0,061
Ağız Diş	Evet	73	31,78±5,00
	Hayır	32	31,50±5,55
t=			0,256
p=			0,798
Kan Basıncı	Evet	95	31,65±5,24
	Hayır	10	32,20±4,39
t=			-0,324
p=			0,746
Kolesterol	Evet	89	31,62±5,26
	Hayır	16	32,13±4,65
t=			-0,361
p=			0,719
Kan Şekeri	Evet	85	31,33±5,28

	Hayır	20	33,25±4,33
t=			-1,510
p=			0,134
Dışkıda Kan	Evet	20	31,50±4,93
	Hayır	85	31,74±5,23
t=			-0,188
p=			0,852
Kolonoskopi	Evet	18	32,44±5,53
	Hayır	87	31,54±5,09
t=			0,676
p=			0,500
Kemik Yoğunluğu	Evet	38	32,90±4,64
	Hayır	67	31,02±5,33
t=			1,817
p=			0,072
Prostat	Evet	22	32,32±2,98
	Hayır	83	31,53±5,59
t=			0,636
p=			0,376
Pop Smear	Evet	12	32,17±4,91
	Hayır	93	31,64±5,20
t=			0,336
p=			0,738
Mamografi	Evet	30	32,90±4,86
	Hayır	75	31,21±5,22
t=			1,526
p=			0,130

Yaşlıların kaç kişiyle yaşadığının, dinsel organizasyonlara katılma durumunun, sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin, son iki haftada kendini üzgün/ mutsuz hissetmesinin, tarama testi yaptırmasının ve tarama testlerinden görme taraması yaptırmasının psikososyal gelişme alt boyutuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Beş ve daha fazla sayıda yaşayan yaşlıların psikososyal gelişme alt boyut puanlarının daha az sayıda kişiyle birlikte yaşayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, dinsel organizasyonlara katılanların psikososyal gelişme alt boyutu puanının katılmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin toplam psikososyal gelişme alt boyutu puanının iyi ve normal olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, son iki haftada kendini üzgün/ mutsuz hissedenlerin toplam psikososyal gelişme puanının hissetmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, tarama testi yaptıranların psikososyal gelişme alt boyutu puanının yaptırmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve görme taraması yaptıranların psikososyal gelişme alt boyutu puanının yaptırmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Psikososyal Gelişme Alt Boyutunun Anlamlı Farklılık Gösterdiği Diğer Tanımlayıcı Özellikler

Diğer Tanımlayıcı Özellikler		n	Psikososyal Gelişme
			Ort±SS
Kaç Kişiyle Yaşandığı	Tek	13	32,23±5,34
	1-2	54	33,24±3,67
	3-4	36	33,06±4,49
	5 Ve Fazlası	22	27,73±5,71
F=			8,653
p=			<0,001
PostHoc=			1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)
Dinsel Organizasyona Gönüllü Katılma Durumu	Evet	86	31,56±5,24
	Hayır	39	33,33±3,79
t=			-1,900
p=			0,035
Sağlık Durumu	Kötü	21	29,10±5,38
	Normal	57	32,58±4,88
İyi		47	32,89±4,22
F=			5,182
p=			0,007
PostHoc=			2>1, 3>1 (p<0.05)
Son İki Haftada Üzgün Hissetme Durumu	Evet	51	30,90±5,38
	Hayır	74	32,95±4,37
t=			-2,337
p=			0,021
Tarama Testi Yaptırma	Evet	105	31,70±5,15
	Hayır	20	34,30±2,23
t=			-2,217
p=			<0,001
Görme	Evet	75	32,39±4,72
	Hayır	30	29,97±5,83
t=			2,216
p=			0,029

4.6. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

Modifiye Barthel İndeksi bağımlılık düzeyi ile AYTA toplam puanı arasında pozitif yönlü %41,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r:0,418; p=0,001; p<0,01) (Tablo4-25). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tam bağımsız grubun puanları, tam bağımlı / ağır bağımlı (p=0,023), orta düzeyde bağımlı (p=0,001) ve hafif bağımlı (p=0,010) olanlardan yüksek saptandı (p<0,05) (Tablo 4-26).

Modifiye Barthel İndeksi bağımlılık düzeyi ile psikososyal kayıp puanları arasında pozitif yönlü %40,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r:0,407; p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-25). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tam bağımsız katılımcıların puanları, tam bağımlı / ağır bağımlı (p=0,017), orta düzeyde bağımlı (p=0,001) ve hafif bağımlı (p=0,015) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-26).

Modifiye Barthel İndeksi bağımlılık düzeyi ile bedensel değişim puanları arasında pozitif yönlü %33,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r:0,332; p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-25). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tam bağımsız katılımcıların puanları orta düzeyde bağımlı (p=0,001) ve hafif bağımlı (p=0,030) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-26).

Modifiye Barthel İndeksi bağımlılık düzeyine göre psikososyal gelişme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-25).

Tablo 4-25: Modifiye Barthel İndeksi ile AYTA Puanlarının İlişkisi

		Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişme	AYTA Toplam
Modifiye Barthel İndeksi	**r**	0,407	0,332	0,150	0,418
	p	p<0,01	p<0,01	0,095	p<0,01

Tablo 4-26: Modifiye Barthel İndeksi Bağımlılık Düzeylerine Göre AYTA Puanlarının Değerlendirmesi

		n	Psikososyal Kayıp Ort±Ss	Bedensel Değişim Ort±Ss	Psikososyal Gelişme Ort±Ss	AYTA Toplam Ort±Ss
Modifiye Barthel İndeksi	**Tam bağımlı/ Ağır bağılı**	13	23,46±5,68	25,85±7,20	31,23±4,78	80,54±12,22
	Orta düzeyde bağımlı	31	24,00±7,88	24,35±6,37	31,35±5,60	79,71±14,36
	Hafif bağımlı	26	24,96±7,51	25,62±5,54	31,92±4,77	82,50±14,48

Tam bağımsız	55	30,33±7,21	29,87±6,27	32,84±4,56	93,04±13,42
	[a]p	p<0,01	p<0,01	0,497	p<0,01
	[b]p	4>3, 4>2, 4>1 p<0,05	4>3, 4>2, 4>1 p<0,05		4>3, 4>2, 4>1 p<0,05

[a]Oneway ANOVA Test [b] Post-Hoc Analizi

4.7. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

Lawton-Broody Skalası ile psikolojik kayıp puanları arasında pozitif yönlü %44,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,442; p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-27). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bağımsız katılımcıların puanları bağımlı (p=0,004) ve yarı bağımlı (p=0,014) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-28).

Lawton-Broody Skalası ile bedensel değişim puanları arasında pozitif yönlü %40,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,404; p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-27). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bağımsız katılımcıların puanları bağımlı (p=0,003) ve yarı bağımlı (p=0,034) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-28).

Lawton-Broody Skalası ile psikolojik değişim puanları arasında pozitif yönlü %20,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf ilişki saptanmıştır (r:0,206; p=0,021; p<0,05) (Tablo 4-27). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bağımsız katılımcıların puanları bağımlı (p=0,030) ve yarı bağımlı (p=0,026) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-28).

Lawton-Broody Skalası ile AYTA toplam puanı arasında pozitif yönlü %49,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,490; p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-27). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bağımsız katılımcıların puanları bağımlı (p=0,001) ve yarı bağımlı (p=0,011) olanlardan yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4-28).

Tablo 4-27: Lawton-Broody Skalası ile AYTA Puanlarının İlişkisi

		Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişme	AYTA Toplam
Lawton-Broody Skalası	**r**	0,442	0,404	0,206	0,490
	p	p<0,01	p<0,01	0,021	p<0,01

Tablo 4-28: Lawton-Broody Skalası Bağımlılık Düzeylerine Göre AYTA Puanlarının Değerlendirmesi

			Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişme	AYTA Toplam
		n	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**
Lawton-Broody Skalası	**Bağımlı**	18	22,39±6,21	23,17±7,52	29,89±6,13	75,44±13,78
	Yarı bağımlı	24	23,83±7,18	24,96±6,01	31,88±5,02	80,67±14,29
	Bağımsız	83	28,81±7,72	28,72±6,12	32,66±4,46	90,19±13,76
		[a]p	p<0,01	p<0,01	0,089	p<0,01
		[b]p	3>2, 3>1 p<0,05	3>2, 3>1 p<0,05		3>2, 3>1 p<0,05

[a]Oneway ANOVA Test [b] Post-Hoc Analizi

5. TARTIŞMA

Yaşam süresinin daha önce olmadığı kadar üst seviyelere ulaşmasıyla birlikte sıradışı bir demografik değişim yaşanmaktadır (Bilir ve Paksoy 2007). Dünya nüfusunun %8.5'ini, Türkiye nüfusunun ise %8,8'ini yaşlı bireyler oluşturmaktadır (Laidlaw ve ark. 2018; TÜİK 2019). İnsanlar daha uzun ve sağlıklı yaşadıkça, 80 yaş ve üzerindeki bireylerin oluşturmuş olduğu çok yaşlı gruptaki yaşlı birey sayısının hızlıca artacağı ve 2050 yılında 395 milyon çok yaşlı birey olacağı düşünülmektedir. Yaşlı Batı toplumunda yaşlılık, önyargılar, basmakalıp ve olumsuz imajların eşlik ettiği sosyal bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı yetişkinler, toplumda yaşlanma sürecinde başa çıkma bilgisine en çok sahip olan yaş grubu oldukları için yaşlanma deneyimi hakkında yorum yapabilecek tek gruptur. Yaşlıların yaşlılık algısının değerlendirilmesi sonucunda yaşlanmaya ilişkin tutumlarla ilgili daha genel özellikler anlamında kişisel yaşlanma deneyimlerini yakalayabilir (Rejeh ve ark. 2017).

Bu bölümde çalışma,

1. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri, yaşlılık algısı, günlük yaşam aktivitesi seviyesi ve enstrümental günlük yaşam aktivitesi seviyesi,
2. Yaşlıların yaşlılık algısını etkileyen faktörler, başlıkları altında tartışılacaktır.

5.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri, Yaşlılık Algıları, Günlük Yaşam Aktivitesi Seviyesi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi Seviyesi

5.1.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Demografik Özellikleri

1920'li yıllarda ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 35 yıl iken bu rakam 2018 yılında 75'e yükselmiştir (World Bank 2018). Araştırmamızda da yaş ortalaması 71,6±6,7 olarak saptandı. Özyurt ve ark. tarafından 2013 yılında yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalaması 71,3±5,2 olarak bildirilmektedir ve çalışmamızla benzerdir (Cengiz Özyurt ve ark. 2013).

Beklenen yaşam süresinini 75 yıl olması göz önünde bulundurulduğunda, özellikle 65-74 yaş grubu aralığındaki yaşlı sayısının yoğun olması çok olağan olarak değerlendirilebilir. Araştırmamızda 65-74 yaş arası grup araştırmaya katılan tüm yaşlı bireylerin %76 'sını (n:95) oluşturmaktadır. TÜİK verilerine bakıldığında 2018 yılı

itibariyle 65-74 yaş grubu arası bireyler, toplam yaşlı nüfus içinde %62,2'lik oranla en kalabalık yaş aralığını oluşturmaktadır. Bu sonuç yaşlılarda en kalabalık yaş aralığını oluşturması açısından araştırmamız ile benzerdir.

Çalışmamızdaki yaşlıların %56,8'i (n:71) kadındı. Türkiye'de 2018 yılı itibariyle yaşlı nüfus içinde kadınlar %55,9, erkekler %44,1 oranına sahiptir ve araştırmamızdaki cinsiyet dağılımıyla oldukça benzer özelliktedir (TÜİK 2019). Ayrıca kadınlar erkeklerden 2-8 yıl daha uzun yaşamaktadırlar (Kalfoss 2016). Bu faktörün de kadın cinsiyet oranının daha yüksek olmasında etkili olduğu düşünüldü.

Eğitim durumuna bakıldığında araştırmamızdaki yaşlıların %35,2'si (n:44) ilkokul mezunudur ve oranı en yüksek aralık ilkokul mezunu aralığıdır. TÜİK verilerine göre 2018 yılı yaşlıların eğitim durumu ilkokul mezunu olanlar %44,5 oranıyla çalışmamızda olduğu gibi ilk sıradadır (TÜİK 2019).

Medeni duruma bakıldığında çalışmamıza katılan yaşlıların % 62,4'ü (n:78) evli olduğu görülmüştür. TÜİK 2018 verilerine göre yaşlıların %61,8'i evlidir. Bu oran çalışmamız ile yüksek benzerlik göstermektedir (TÜİK 2019). Türk toplum yapısına da uygun bir dağılım göstermektedir.

Çalışmamızda yaşlıların %4,8'inin (n:6) hiç çocuk sahibi olmadığı bulundu. Korkmaz Aslan ve ark.'nin 2019 yılında yaptığı bir çalışmada hiç çocuk sahibi olmayanların oranı %5 olarak saptandığı ve bizim araştırmamızın bu araştırmayla benzer özellik gösterdiği görüldü (Korkmaz ve ark. 2019).

Rejeh ve ark. 2017 yılında yaptıkları çalışmada 60 yaş üstü grupta, emekli olan bireylerin oranını %46,7 olarak bildirmektedir (Rejeh ve ark. 2017). Bizim çalışmamıza katılan yaşlıların ise %55,2'sinin (n: 69) emekli olduğu saptandı. Farklılığın sebebi olarak çalışmamıza 65 yaş üstü kişilerin dahil olması sebebiyle emeklilik ihtimalinin daha yüksek olması söylenebilir.

Meslek açısından incelendiğinde Rejeh ve ark. tarafından yapılan bir araştırmaya katılan grubun %71'lik kısmının ev hanımı olduğu ya da serbest meslek yaptığı bildirilmektedir. Baysan tarafından yapılan bir çalışmada toplam %73,1 oranıyla ev hanımlığı ve küçük esnaflık meslek olarak belirtilirken, bizim çalışmamızda da %70,4 (n:88) oranında toplam çalışmayan ve serbest meslek grubunda bireyler olduğu saptandı (Pınar Baysan 2006; Rejeh ve ark. 2017). Ev hanımlarının çalışmıyorum

seçeneğini seçmeleri ve küçük esnaf olanların da işlerini serbest meslek olarak nitelendirmeleri sonucunda oranlar arası ilişki kurulabileceği düşünüldü. Oranlar iki çalışmada da birbirine yakın olarak değerlendirildi.

Baysan'ın yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olmayanların oranı %10,1 olarak bulunurken bizim çalışmamızda da benzer özellik gösterek %9,6 (n:12) olarak saptandı (Pınar Baysan 2006).

5.1.2. Yaşlıların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri

Yaşlı bireylerin %10,4'ünün (n:13) yalnız yaşadığı çalışmamızda belirlendi. Moser ve ark.'nın 2011 yılında yapmış olduğu bir kohort çalışmasında yaşlı bireylerin %34,1'inin yalnız yaşadığı bildirilmektedir (Moser ve ark. 2011). Bu farklılığın sebebi olarak yapılan kohort çalışmasındaki araştırmaların Türk toplumundan farklı toplum yapısına sahip olması söylenebilir.

Korkmaz Aslan ve ark.'nın 2019 Yılında yaptığı bir çalışmada katılımcıların %48,9'unun sağlık durumunu normal olarak değerlendirdiği saptanırken, bizim çalışmamızda da bu oran benzer bir şekilde %45,6 (n:57) olarak bulundu (Korkmaz ve ark. 2019).

Çalışmamıza katılan bireylerin %71,2'si (n:89) sigara kullanmadığını bildirmektedir. Korkmaz Aslan ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %70'ı sigara içicisi olmadığını belirtmektedir. Çalışma Türkiye'de yapılmış bir çalışmadır. Türk toplumunun sigara içme örüntüsü, her iki çalışmaya da yansımakta ve çalışmalar benzer özellik göstermektedir (Korkmaz Aslan ve ark. 2019).

Kurt tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada evinde yaşayan yaşlıların %77'sinde, Korkmaz Aslan ve ark.'nın 2019 yılında Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmada %75,2 oranında yaşlı bireyin en az bir kronik hastalığı olduğu tespit edilirken bizim çalışmamızda bu oran %81,6 (n:102) olarak tespit edildi (Kurt 2018; Korkmaz Aslan ve ark. 2019). Bunun sebebi olarak çalışmamızın poliklinikte gerçekleştirilmesi, dolayısıyla koruyucu sağlık hizmeti almak için başvuranların yanında ileri tanı ve tedavi amaçlı başvuranların da sayıca fazla olması düşünüldü. Rejeh ve ark.'nın 2017'de İran'daki yaşlı bireylerin sosyal destek ve sağlık hizmeti almak için oluşturulan vatandaş kulüplerindeki yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada mevcut bir hastalığa sahip yaşlıların oranı %89,25 olarak bildirilmektedir

(Rejeh ve ark. 2017). Bu sonuç da Kurt'un çalışmasıyla bizim çalışmamız arasındaki farklılığın sebebi olarak düşündüğümüz durumu destekler bir çalışmadır. Günümüzde uzamış yaşam süresinin beraberinde sağlık problemlerini ve bakıma ihtiyaç duyulan kişi sayısını artırdığı Ceylan'ın yaptığı çalışmada belirtilmiştir (Ceylan, 2015). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte sağlık sorunlarının ve bakıma muhtaçlığın arttığı yapılan çalışmalardan da anlaşılmaktadır.

Bizim çalışmamıza katılan yaşlıların %76,8'inin (n:86) ilaç kullanıdığı bulundu. Korkmaz Aslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada da %75 olarak bildirilmektedir ve araştırmamızla paralellik gösterdiği göstermektedir (Korkmaz Aslan ve ark. 2019).

Yaşlılılığın ilerlemesiyle birlikte komorbidite artmakta ve yaşlıların kullandıkları ilaç sayısında artış görülmektedir. Varlı ve Ark.'nın 2017 yılında yapmış olduğu bir çalışmada beş ve üstü ilaç kullanan yaşlıların oranı %47,6 olarak saptanmıştır (Varlı ve ark. 2017). Çalışmamızda beş ve üstü ilaç kullanan yaşlı bireylerin oranı %36,8 (n:46) olarak belirlendi. Farklılığın nedeni olarak Varlı ve ark.'nın çalışmasında geriatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların dahil edilmesi, bizim çalışmamızda ise geriatri servisinden yatış işlemi için diğer hastanelerden ve bölümlerden sevk alan hastaların da geriatri polikliniğinde değerlendirilmesi, dolayısıyla daha fazla sayıda ilaç kullanma potansiyeli olan komorbid bireylerin değerlendirilmeye katılmasının olabileceği düşünüldü.

5.1.3. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeyi

Günlük yaşam aktiviteleri, bireyin eylemlerini bağımsız ve tek başına gerçekleştirdiği, günlük rutin ve görevleridir. Enstrümental günlük yaşama aktiviteleri ise para yönetimi, ilaç yönetimi gibi konuları içeren daha karmaşık rutin ve görevleri içermektedir (Mlinac ve Feng 2016). Yaşlanmayla birlikte bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde önemli düşüşler meydana gelme ihtimali daha da artmaktadır (Holmqvist ve Holmefur 2018). Gerçekleştirdiğimiz çalışmada günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımsız olan bireylerin oranı %44 (n:55) iken takip eden en yüksek oranın %24,8 (n:31) ile orta düzeyde bağımlı bireyler olduğu görüldü. Tam bağımlı bireylerin oranı ise %4 (n:5) olarak saptandı. Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde ise katılımcıların %14,4'ü (n:18) bağımlı, %19,2'si (n:24) yarı bağımlı ve %66,4'ü (n:83) bağımsız olarak belirlendi.

Yapılan bir çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı bireylerin oranı %7 olarak bildirilmektedir (Janečkováve ark. 2013). Çalışmamız ile olan farklılığın, örneklemi oluşturan katılımcıların bizim araştırmamızda polikliğine başvuran yaşlı bireylerden, Janečková ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise huzurevinde kalan yaşlılardan seçilmiş olması, dolayısıyla bakım ihtiyacı daha yüksek yaşlıların olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

5.1.4. Yaşlıların AYTA Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışmamızda AYTA toplam puan ortalaması 86,24±14,91, psikososyal kayıp alt boyutu ortalaması 21,07±7,84, bedensel değişim alt boyutu ortalaması 27,20±6,63, psikososyal gelişme alt boyutu ortalaması 32,11±4,89 olarak saptandı ve araştırmamızın normal dağılım gösterdiği belirlendi. Kurt ve ark.'nın yaptığı çalışmada, psikososyal kayıp 27,9±6.1 bedensel değişim 25,8±7,7 psikososyal gelişme 28,7±4,9 ve AYTA toplam skorları 82,4±15,9 olarak bildirilmiştir (Kurt 2018). Sözen'in 2014 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada ise psikososyal kayıp alt boyutu ortalaması 21,6±5,5, bedensel değişim alt boyutu ortalaması 25,3±5,6, psikososyal gelişme alt boyutu ortalaması 28,6±4,5, toplam skor ortalaması 56,3±12,2 şeklinde bildirilmiştir (Sözen 2014).

Alt boyut puanları benzer ortalamalara sahiptir ve her üç çalışmada da en yüksek puan psikososyal gelişme alt boyutunda bulunmuştur. Toplam skorlar arasındaki farkın ise Sözen'in araştırmasının normal dağılım göstermemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Boyut ortalamalarında, katılımcı yaşlıların en yüksek puanı yaşlılığın olumlu algılandığı Psikososyal Gelişme boyutundan alması, bedensel değişim ve psikolojik kayıp boyutlarından alınan puanların daha düşük olması yaşlıların yaşlılığı olumlu algıladıkları buna karşın bedensel değişim ve zindelik açısından yaşlılığın daha kötü algılandığını düşündürmektedir. Türk toplumunun ve özellikle de yaşlı toplumun egzersiz yapma ve bedensel sağlığı koruma konusundaki olumlu sağlığı geliştirme davranışlarına sahip olmama durumuna bakıldığında (Polat ve Kahraman 2013; Softa ve ark. 2016) bedensel değişim boyutundan göreceli düşük puan alınması olağandır.

5.2. Yaşlıların Yaşlılık Algısını Etkileyen Faktörler

Janečková ve ark. tarafından huzurevlerinde yaşayan 220 yaşlı ile yapılan çalışmada yaş ile psikososyal kayıp alt boyutu arasında ilişki belirlenmektedir. Yaş ilerledikçe yaşlılık algısı psikososyal kayıp alt boyutu negatif yönde etkilenmektedir ($p<0,05$). Bizim çalışmamızda AYTA toplam ve alt boyutları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu farklılığın sebebi çalışmanın huzurevinde yapılmış olması dolayısı ile psikososyal yönden bizim çalışmamıza katılan bireylerden farklı özellikler taşıyan bireyler çalışmaya katılmış olması olarak gösterilebilir (Janečková ve ark. 2013).

Araştırmamıza katılanların %56,8 (n:71) kadın, %43,2 (n:54) erkektir. AYTA toplam ve alt boyut skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eisenberg tarafından yapılan bir çalışmada da sonuçlar paralellik göstermektedir. Hiçbir alt boyutta ve AYTA toplam puanında cinsiyete göre farklılık açısından anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Eisenberg 2009). Ron tarafından yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Ron 2007).

Eğitim özellikle sağlık alanında özel yapan nitelikleriyle sosyal durumun önemli bir boyutunu şekillendirir. İnsanları bilgi edinmeye, edindikleri bilgiyi değerlendirmeye ve uygulamaya koymaya yönlendirir. Eğitimin etkisinin erişkin yaşamının her alanında görülmesi, pozitif olarak sürekli bir şekilde artarak büyümesi eğitimin sağlığı etkilediği farklı yollardır (Mirowsky 2017). Bu açıdan eğitim durumlarına göre AYTA toplam skoru ve alt boyutları değerlendirildiğinde Sözen'in yapmış olduğu çalışmada bedensel değişim, psikososyal gelişme ve toplam skor ortalamaları arasında anlanmlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Sözen 2014). Bizim araştırmamızda bedensel değişim, psikososyal kayıp ve AYTA toplam skorun eğitim durumundan etkilendiği belirlendi ($p<0,05$). Rejeh ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada ise bedensel değişim, psikososyal kayıp ve toplam AYTA skorunun eğitim durumundan yüksek derecede anlamlı olarak etkilendiği bulunmuştur ($p<0,01$). Rejeh ve ark.'nın yaptığı çalışma sonuçlarının bizim araştırmamızla benzer olduğu görüldü (Rejeh ve ark. 2017).

Bireyin yaşam boyunca kurduğu ilişkiler yaşlılık döneminin önemli belirleyicilerindedir (Ketenciler 2016). Moser ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı bir çalışmada tek yaşayanların negatif yaşlılık algısı üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur

($p<0,05$) (Moser ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda da tek yaşamayanların toplam AYTA, psikosyal gelişme ve bedensel değişim puanları anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0,05$). Shenkin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada yalnız yaşamanın psikososyal gelişme boyutunda belirgin bağımsız belirleyicisi olduğu gösterildi (Shenkin ve ark. 2014).

Günümüzde kırsal bölgede yaşayanların sayısı azalmakta, kentte yaşayanların sayısı artmaktadır. Kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı bireylerin kentteki tanıdıklarıyla iletişimi olsa dahi zamanla sosyal çevreleriyle olan ilişkisi azalmaktadır. Sağlık sistemlerinin daha büyük yerleşim yerlerine göre daha az olduğu bu bölgelerde yaşayan ve kırsalda yalnız kalan yaşlıların destek sistemlerinden mahrum kaldığı görülmektedir (Öztürk 2015). Çalışmamızda ilçe ve köylerde yaşayan bireylerin psikososyal kayıp ve bedensel değişim alt boyutlarında ilde yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha olumsuz yaşlılık algısına sahip olmasının sebebinin de var olan bu olumsuzlukların olacağı düşünüldü.

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin dinsel organizasyonlara gönüllü katılım göstermesi ile AYTA toplam ve psikososyal değişim alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptandı. Dinsel organizasyona gönüllü katılanların psikososyal değişim puanları, dinsel organizasyona gönüllü katılmayanların psikososyal değişim puanlarından düşük bulundu. Dinsel organizasyona gönüllü katılanların ayta toplam puanları, dinsel organizasyona gönüllü katılmayanların ayta toplam puanlarından düşük bulundu ($p<0,05$). Hayatın bu son dönemiyle daha kolay başetmede dini inancın büyük etkisi vardır. (Evangelista ve ark. 2014). Ancak dini aktiviteler bireyleri toplumdan izole hale de getirebilmektedir (Pınar Baysan 2008). Bu toplumsal izolasyonun bizim çalışmamızda da dini aktivitelere katılımın yaşlılık algısını olumsuz yönde etkilemesinin sebebi olabileceği düşünüldü.

Cinselliğin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerinde etkisi büyüktür, yaşlılıkta devam eden cinsel yaşam duygusal anlamla yakınlığı devam ettirmek, cinsel tatmini yaşamak ve biyolojik ihtiyaçları karşılamak adına önemlidir. Kadınlarda menapozla birlikte azalan östrojen ve progesterone seviyesine bağlı gelişen değişiklikler, erkeklerde andropoza girmeden dolayı ve her iki cinsiyette de yaşanabilecek aktivite intoleransı nedeniyle yaşlı bireylerin cinsel yaşamı olumsuz etkilenmektedir (Ören

2014, Şen ve ark. 2015). Çalışmamızda cinsel hayatı aktif olan bireylerin; psikososyal kayıp, bedensel değişim ve AYTA toplam puanlarında cinsel yaşamı aktif olmayanlara göre anlamlı farklılık bulundu. Cinsel yaşamın aktif olmamasının doğurduğu benlik saygısındaki düşüsün bireyin yaşlılık algısında da görüldüğü belirlendi.

İki ya da daha fazla hastalık olması durumu multimorbidite olarak tanımlanmaktadır ve en fazla yaşlı popülasyonda görülmektedir. Multimorbidite ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu ve bu ilişkinin mental sağlıktan ziyade fiziksel sağlığı etkilediği yapılan bir sistematik derleme ve meta analiz sonucunda gösterilmiştir (Makovski ve ark. 2019). Yaşlılık tutumunun yaşam kalitesinin bir belirleyicisi olduğu Korkmaz Aslan ve ark. Tarafından 2019 yılında yaptığı bir çalışmada belirlenmiştir. Sözen'in yaptığı bir çalışmada herhangi bir hastalığı olmasının bedensel değişim alt boyutu ve AYTA toplam skorunda anlamlı düzeyde etkisi olduğu, diğer alt boyutlarda etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Sözen 2014). Bizim çalışmamızda ise hastalık durumu ile AYTA toplam skoru ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Örneklem büyüklüğünün bizim araştıramızda 125 kişi, Sözen'in çalışmasında 200 kişi olması açısından yakın sayıda katılımcı olması benzerliğin örneklem sayısından kaynaklanmadığını düşündürmektedir. Her iki çalışmada da poliklinik hastalarının araştırmaya katılmış olması da benzerlik göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda katılımcıların sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre yaşlılık algılarının farklılaşma durumu incelendiğinde, sağlık durumunu iyi ve normal olarak değerlendiren katılımcıların kötü olarak değerlendiren katılımcılara göre ortalama puanlarının tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamasında anlamlı olarak farklılaştığı görüldü. Bireyin hastalığı olmasının yanında sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğinin de sorgulanması gereken bir durum olduğu ortaya çıkarıldı.

Hastanede yatma durumu, evetse yatma zamanı ve yatış süresi bizim çalışmamızda her alt boyutta ve toplam skorda etkisiz bulundu ($p>0,05$). 65-70 yaş arasındaki 1422 yaşlı ile yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde hastaneye yatma durumu ile negatif yaşlılık tutumu arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bildirildi (Moser ve ark. 2011) ($p<0,001$). Çalışmanın örneklem büyüklüğü ve bizim çalışmamızda son beş yıl içinde hastaneye yatmış olmanın değerlendirmesinin bu farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sadece 65-70 yaş arasının sosyal

ilişkilerinin ve mobilitelerinin hastaneye yatma durumundan dolayı diğer yaş gruplarına göre daha fazla etkileneceği bu yüzden negatif yönde etkilendikleri düşünülebilir.

"Son iki hafta içinde kendizini umutsuz, üzgün hissettiniz mi?" ve "Son iki hafta içinde yapmakta olduğunuz şeylere karşı ilgi azalması yaşadınız mı?" soruları depresyon ileri taramalarına yön vermek açısından uzun testler kadar etkilidir (Pignoneve ark. 2002). Araştırmamızda bu iki soruya pozitif yanıt ile AYTA toplam alt boyutu, bedensel değişim alt boyutu ve psikososyal kayıp alt boyutunda negatif ilişki saptandı ($p<0,05$, n:125). Chachamovich ve ark. yaptığı bir çalışmada tüm alt boyutlar ve AYTA toplam puanı ile anlamlı sonuçlar bildirilmekte ve negatif bir bağlantı bulunmaktadır ($p<0,05$, n:424). Depresyon açısından şüpheli grupta yaşlılık algısı ve alt boyutları olumsuz etkilenmektedir Bizim araştırmamızda psikososyal gelişme alt boyutu sadece ilgi azalması yaşayan kişilerde anlamlı negatif ilişki içinde bulunmuştur. Bu uyumsuzluğun örneklem sayısı farklılığı ve kültür farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer alt boyutlarda ve toplam puanda sonuçlar benzerlik göstermektedir (Chachamovich ve ark. 2008).

Tarama testlerinin yapılmasının amacı bireyin yaşına, cinsiyetine var olan sağlık sorunlarına yönelik yapılacak planlı girişimler ile gereksiz yere yapılacak olan test ve işlemlerin önüne geçilmesi ve aynı zamanda bireyler için doğru tanının erken konmasıdır (Mazıcıoğlu 2004, AAFP 2017, Üstü 2018). Yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte önümüzdeki on yılda görme bozukluğu görülme sıklığının %30 daha fazla olacağı öngörülmektedir. Görme bozukluğu olan yaşlı bireylerde sosyal izolasyon ve düşme riskinin artması gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır ve yaşlılığın en çok hissedildiği alan görme alanıdır (Dedeli 2013, Canadian Task Force on Preventive Health Care 2017, Üstü 2018). Bizim araştırmamızda da görme tarama testi yaptıran bireylerin bedensel değişim ve psikososyal gelişme alt boyutlarındaki puanları yaptırmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu durum görme durumu iyilik halini sürdüren yaşlı bireylerde yaşlılığın özellikle bedensel ve psikososyal alanlarda daha pozitif algılandığını göstermektedir.

Yaşlılık, üretkenliğin devam etmesi gereken doğal bir süreç olması gerekirken artan mental bilişsel bozukluklar, mobilite ve denge bozuklukları, duyma ve işitme sorunları gibi sağlık sorunları ile birlikte günlük yaşam aktivitlerini ve enstrümental

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememek yaşlılığın yaşlılar tarafından olumsuz bir durum olarak algılanmasına sebep olabilmektedir. Yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri yerine getiremesi yaşlının bedensel ve sosyal tüm durumlarına da olumsuz olarak yansamaktadır. Örneğin; taze yiyecek almak için markete gidemeyen bir birey yaşlılığın sağlıklı beslenme durumunu etkileyecektir (Reed ve ark. 2015). Bizim araştırmamızda da günlük yaşam aktivitelerinde ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylerin olmayanlara göre AYTA toplam skorunda ve psikososyal kayıp ile bedensel değişim alt boyut skorlarında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylerin bedensel değişim alt boyutunda negatif tutum içinde oldukları saptanmıştır (Janečkováve ark. 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlıların yaşlılık algısını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

Yaşlıların yaşlılık algısının yaşlı bireyin eğitim durumuyla, gelir durumuyla, yaşadığı bölgeyle, çocuk sayısıyla, çocuklarıyla olan ilişkisini nasıl değerlendirdiğiyle, kaç kişiyle yaşadığıyla, dinsel organizasyonlara gönüllü olarak katılım durumuyla, sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğiyle, cinsel yaşam aktivitesi durumuyla, sürekli ilaç kullanma durumuyla, son iki haftada ilgi azalması yaşamasıyla ve son iki haftada kendini üzgün hissetmesiyle, tarama tesi yaptırmasıyla ve bu testlerden kolonoskopi ve görme tarama testlerini yaptırmasıyla, GYA ve EGYA seviyesi ile ilişkili olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda; eğitim seviyesi düşük olan yaşlı bireylerin kendi sağlıkları ve sosyal ilişkileri ile ilgili konularda bilgiye ulaşmalarını sağlayacak çalışmaların yapılması, yaşlı bireylerin ekonomik durumunu iyileştirme çalışmaları planlanması, ilçe ve köylerde yaşayan yaşlı bireylere yönelik yapılan her türlü hizmetin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, yaşlılar için sosyal destek sistemlerinin yaygınlaştırılması ve yaşlı bireylerin sosyalleşme imkanlarının artırılması, bireylerin sağlık durumunu daha iyi olarak değerlendirmeleri için sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların yaşlı bireylere öğretilmesi, var olan hastalıkların yönetimi konusunda eğitimler verilmesi ve hizmetlerin sunulması konusunda girişimlerin yapılması, depresyon taramalarının yaşlı gruplarda özellikle daha yaygın kullanılması ve bireylerin ileri tanı ve tedavi için yönlendirilmesi, yaşlı bireylere formal/informal bakım verme sistemlerinin geliştirilmesi ve bakım vericilerin günlük yaşam aktivileri ve enstrümental günlük yaşam aktivileri konusunda yaşlılara destek olması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akgün, S., ve Erdal, R. (2007). Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. İçinde Y.G. Kutsal (Ed.), *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 73-86.

Arun, Ö., & Çakıroğlu Çevik, A. (2011). Quality of Life in Aging Societies: Italy, Portugal and Turkey. *Educational Gerontology , 37*, 945- 966.

Aydıner Boylu, A., & Günay, G. (2017). Life Satisfaction and Quailty of Life Among the Elderly: Moderating Effect of Activities of Daily Living. *Turkish Journal of Geriatrics , 20* (1), 61-69.

Aydınlı, M., & Batman, F. (2006). Yaşlanma ve Gastrointestinal Sistem. In S. Arıoğul, & S. Arıoğul (Ed.), *Geriatri ve Gerontoloji* (pp. 483-490). Ankara: NM Medikal & Nobel.

Baker Wooding, M., & Heitkemper McLean , M. (2007). Older Adults. In S. Lewis L., M. Heitkemper McLean, S. Dirksen Ruff, P. O'Brein Graber, & L. Bucher, *Medikal-Surgical Nursing* (pp. 66-84). China: Mosby Elsevier.

Baysan, NP., (2008). Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Bellingtier , J., & Neupert , S. D. (2016). Negative Aging Attitudes Predict Greater Reactivity to Daily Stressors in Older Adults . *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci , 00* (00), 1-5.

Bilir, N., Aslan , D., Güngör , N., Ağaç, M., Sıddıqui, Z., Uluç, F., et al. (2002). Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics, 5*, 97-102.

Bilir, N., & Paksoy, N. (2007). Değişen Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Kavramı. In Y. Gökçe-Kutsal (Ed.), *Temel (*pp. 3-9). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Brooks , S., & Faulkner, J. (1994). Skeletal muscle weakness in old age: underlying mechanisms. *Medicine & Science in Sports & Exercise , 26* (4), 432-439.

Bilir, N. (2006). Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. İçinde S. Arıoğul (Ed.), *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: MN Medikal & Nobel; 3-9.

Bilir, N. ve Paksoy, N. (2007). Değişen Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Kavramı. İçinde Y. G. Kutsal (Ed.), *Temel Geriatri.* Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 3-9.

Canadian Task Force on Preventive Health Care, (2017). Erişim tarihi: 05 Eylül 2019. Erişim adresi: https://canadiantaskforce.ca/.

Cangöz, B., & Uluç, S. (2007). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler. In Y. Gökçe Kutsal, & Y. Gökçe Kutsal (Ed.), *Temel Geriatri* (pp. 45-53). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Cengiz Özyurt, B., Tunç, B., & Hatipoğlu , B. (2013). Yaşlıların Yaşlılıkla İlgili Tutumları: Manisa'da Bir Kentsel ve Kırsal Bölge Örneği. *Akademik Geriatri Dergisi , 5*, 29-37.

Ceylan, H. (2015). Yaşlanan Türkiye'de Yaşlı Bakım Personeline Duyulan ihtiyaç ve Yaşlı Bakım Programlarının Önemi. *Electronic Journal of Vocational Colleges* , 61- 68.

Chachamovich , E., Fleck , M., Trentini , C., Laidlaw , K., & Power , M. (2008). Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model . *Health and Quality of Life Outcomes , 6* (5), 5.

Chang, S., Wong, A., Endo, J., & Norman, R. (2013). Geriatric Dermatology Review: Major Changes in Skin Function in Older Patients and Their Contribution to Common Clinical Challenges. *Journal of the American Medical Directors Association , 14* (10), 724-730.

Cire, B. (2018). *National Institutes on Health.* Retrieved July 10, 2018, from National Institutes on Health: https://www.nih.gov/news-events/news-releases/worlds-older-population-grows-dramatically

Darling, R. M. (2016). Knowledge of Aging and Attitudes Toward Older People by Communication Sciences and Disorders Students. *Contempopary Issues in Communication Sciences and Disorders , 43*, 50-63.

Dedeli, Ö. (2013). Yaşlanma ve Yaşlılık ile İlgili Tanımlamalar. In *Geriatrik Bakım İlkeleri,* G. Kaptan (Ed.) (pp:13-30). İstanbul*:* Nobel tıp Kitabevi.

Dikmenoğlu, N. (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişimler. In Y. Gökçe Kutsal, *Temel Geriatri* (pp. 33-44). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Dünya Sağlık Örgütü, (2011, Ekim). *Global Health and Aging.* Global Health and Aging. Erişim adresi https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. Erişim tarihi: 01.12.2018.

Dünya Sağlık Örgütü, (2016). Tecnical Report Series. https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf. Erişim tarihi: 11.12.2018.

Eisenberg, D. (2009). *Attitudes Towards Aging.* San jose: Evergreen Valley College.

Eser, E., Gerçeklioğlu, G., Eser, S., Fidaner, C., Baysan, P., & Pala, T. (2011). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)'Türkçe sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik özellikleri. *Türkish Journal of Geriatrics, 14*, 101-110.

Evangelista , R., Bueno , A., Castro , P., Nascimento , J., Araújo , N., & Aires , G. (2014). Perceptions and experiences of elderly residents in asylum . *The University of São Paulo Nursing School Journal* , 81- 86

Eyüboğlu, C., Şişli, Z., & Kartal , M. (2012). Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. *Turkish Family Physician , 3* (1), 18-22.

Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. BMC medical education, 18(1), 198.

Granic, A., Mendonça, N., Hill, T., Jagger, C., Stevenson, E., Mathers, J., & Sayer, A. (2018). Nutrition in the very old. *Nutrients, 10*(3), 269.

Güleç, M. (2015). Yaşlılık ve İmmün Sistem. *Türkiye Klinikleri Geriatri - Özel Konular Yaşlılarda Enfeksiyon Hastalıkları Özel Sayısı , 1* (3), 1-7.

Halil, M. G. (2006). Yaşlılık ve İmmün Sistem. In *Geraitri ve Gerontoloji*, S. Arıoğul (Ed.), (pp. 263-271). Ankara: MN Medikal & Nobel.

Holmqvist, K., & Holmefur, M. (2018). The ADL taxonomy for persons with mental disorders – adaptation and evaluation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy , 26* (7), 524-534

Hooyman, N., Kawamoto, K. ve Kiyak, A. (2015). *Aging matters an introduction to social gerontology*. New Jersey, NJ: Pearson.

İçli, G. (2010). Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli İli üzerine niteliksel bir araştırma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi , 1*, 1- 13.

İstatistiklerle Yaşlılar 2018. TÜİK Haber Bülteni 2019:2-30699. Avaible at http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699. Accessed Mar 16, 2019.

Janečková, H., Dragomirecká, E., Holmerová, I., & Vaňková, H. (2013). The Attitudes of Older Adults Living In Institutions And Their Caregivers To Ageing. *Cent Eur J Public Health , 21* (2), 63-71.

Janssens, J.-P. (2005). Aging of the respiratory system: impact on pulmonary function tests and adaptation to exertion. . *Clinics in Chest Medicine , 26* (3), 469-484.

Jung, S., & Siedlecki, K. (2018). Attitude Toward Own Aging: Age Invariance and Construct Validity Across Middle-Aged, Young-Old, and Old-Old Adults . *Journal of Adult Development , 25* (2), 141-149.

Kalfoss, M. (2016). Gender Differences in Attitudes to Ageing among Norwegian Older Adults . *Open Journal of Nursing , 6*, 255-266.

Kalınkara, V. (2016). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi.* Ankara: Nobel yayıncılık.

Kaptan, G. (2013). Yaşlanma ve Yaşlılık ile İlgili Tanımlamalar. In *Geriatrik Bakım İlkeleri,* G. Kaptan (Ed.) (pp: 1-10). İstanbul*:* Nobel Tıp Kitabevi.

Kaptan, G. (2016). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Tanımlamalar. In *Geriatriye Çok Yönlü Bakış,* G. Kaptan (Ed.) (pp:1-14). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Karaağaç, G., Temel, A. B., & Yıldırım, J. G. G. (2019). Gençlerin Yaşlılığa İlişkin Algıları, Tutumları ve Bakış Açılarının İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 12*(1), 32-41.

Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı sağlığı ve bakım.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ketenciler, A.P. (2016). Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma. In *Geriatriye Çok Yönlü Bakış,* G. Kaptan (Ed.) (pp:151-161). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün , E., Hatipoğlu , S. ve Açıkel, C. (2015). Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi . *Gülhane Tıp dergisi* , 145- 151.

Koldaş, L. (2017). Yaşlı popülasyonda bağışıklama (aşılama). *Turk Kardiyol Dern Ars , 45* (5), 124-127.

Korkmaz Aslan, G., Kulakçı Altıntaş, H., Özen Çınar , İ., & Veren, F. (2019). Attitudes to ageing and their relationship with quality of life in older adults in Turkey . *Psychogeriatrics , 19*, 157-164.

Kurt, Ç. (2018). *60 Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamanın Yaşlanma Tutumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Edirne: Trakya Üniversitesi.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. (2000) Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32*(2):87-92.

Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S, and the WHOQOL-OLD Group. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *Int J Geriatr Psychiatry, 22*(4):367-79.

Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S., & Power, M. (2018). Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry , 33*, 113-121.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology , 83* (2), 261-270.

Levy, B. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes . *Journal of Gerontology: Psychological Sciences , 58B* (4).

Levy, B., Slade, M., Chung, P., & Gill, T. (2015). Resiliency Over Time of Elders' Age Stereotypes After Encountering Stressful Events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci , 70* (6), 886-890.

Mahoney, F.I., Barthel D.W. (1965).Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J, 14*, 61-65.

Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. *Ageing research reviews, 67*, 130-138.

Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi, 49*, 39-45.

Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile Doktorları için Kurs Notları, 1.Aşama. 1.Basım. TC.Sağlık Bakanlığı, Ankara: Ata Ofset; 2004;99-109.

Mihmanlı, V., & Temel Yüksel , İ. (2013). Geriatrik Hastalarda Jinekolojik Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi , 29* (2), 127-131.

Mirowsky, J. (2017). *Education, social status, and health*. Routledge.

Mlinac, M., & Feng , M. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology , 31*, 506-516.

Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-Perception of Aging and Vulnerability to Adverse Outcomes at the Age of 65–70 Years. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences , 66* (6), 675-680.

National Institute on Aging. (2007). *Why Population Aging Matters.* Retrieved Mart 10, 2018, from A Global Perspective: https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/WPAM.pdf

Newton, J. (2004). Changes in upper gastrointestinal physiology with age. *Mechanisms of Ageing and Development , 125* (12), 867-870.

Orimo, H., & att, a. (2006). Reviewing the definiton of "elderly". *Geriatrics & gerontology international , 6*, 149-158.

Ören, M., Kızıltepe, R., & Özekes, B. Ç. (2016). Yaşlılıkta cinsellik. *Ege Tıp Dergisi*, *55*.

Öksüzokyar, M. M., Eryiğit Çisen, S., Düzen Öğüt, K., Erdoğmuş Mergen, B., Sökmen, Ü. N., & Öğüt, S. (2016). Biyolojik Yaşlanma Nedenleri ve Etkileri. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg , 4*, 34-41.

Özdemir, L., & Akdemir, N. (2006). Yaşlı Bireylerde Hemşirelik Değerlendirmesi ve Bakım Uygulamaları. In *Geriatri ve Gerontoloji* S. Arıoğul (Ed.), (pp. 161-181). Ankara: MN Medikal & Nobel.

Öztürk, H. (2015). Yaşlanma ve Kırsal Yaşlılık Mevcut Durum Raporu. Ankara. Erişim tarihi: 05 Eylül 2019. Erişim adresi: http://www.ka.org.tr/dosyalar/file/Yayinlar/Yaslilik/YASLILIK%20VE%20KIRSAL%20YASLANMA.pdf

Panza, F., Logroscino, G., & Quaranta, N. (2018). Sensory Changes and the Hearing Loss–Cognition Link. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. , 144* (2), 127-128.

Parish, A., Kim, J., Lewallen, K., Miller, S., Janet, M., Panepinto, R., et al. (2019). Knowledge and perceptions about aging and frailty: An integrative review of the literature. *Geriatric Nursing , 40* (1), 12-24.

Pehlivan, S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 2* (3), 385-395.

Pew Research Center. (2014). Attitudes about Aging: A Global Perspective. Global Aging Report. Erişim tarihi: 09 Mart 2018. Erişim adresi: https://www.pewresearch.org/global/2014/01/30/attitudes-about-aging-a-global-perspective/

Pınar Baysan, N. (2006). Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler . Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi . Manisa: Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Pignone, M., Gaynes, B., Rushton, J., Burchell, C., Orleans, C., & Mulrow, C. (2002). Screening for depression in adults: A summuary of Evidence for the U.S. Preventive Services. *Ann Intern Medicine , 136* (1), 765-776.

Population Reference Bureau. (2011, Ocak 10). *World Population Aging.* Retrieved Mart 10, 2018, from Clocks Illustrate Growth in Population Under Age 5 and Over Age 65: https://www.prb.org/agingpopulationclocks/

Polat, Ü., & Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, *18*(4), 213-218.

Reed, J., Clarke, C.L., & Macfarlane, A. (2015). *Demografik değişim ve yaşlanan nüfus.* (Çeviri: Bayramova Alankaya, N.). In: Yaşlı Bakım Hemşireliği. (Çeviri Ed.: Karadakovan, A.). (pp: 43-60). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orjinal yayın tarihi: 2012).

Reed, J., Clarke, C.L., & Macfarlane, A. (2015). *Yaşlı Birey Hemşireliğine Giriş*. (Çeviri: Yeşilbakak Usta, *Ö.*). In: Yaşlı Bakım Hemşireliği. (Çeviri Ed.: Karadakovan, A.). (pp: 3-8). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orjinal yayın tarihi: 2012).

Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M., Griffiths, P., Nikkhah, M., & Bahrami, T. (2017). Psychometric properties of the Farsi version of Attitudes to Aging Questionnaire in Iranian older adults. *Clinical Interventions in Aging , 12*, 1531-1542.

Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences , 22*, 656- 662.

Rim SH, Seeff L, Ahmed F, et al. (2009) Colorectal cancer incidence in the United States, 1999-2004: an updated analysis of data from the National Program of Cancer Registries and the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.

Ryan, M., & McCauley, D. (2005). We built it and they did not come: knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students toward the elderly. Journal of New York State Nurses Association, 35(2), 5-9

Seedsman, T. (2017). Building a Humane Society for Older People: Compassionate Policy Making for Integration, Participation, and Positive Ageing Within a Framework of Intergenerational Solidarity. *Journal of Intergenerational Relationships , 15* (3), 204-220.

Shenkin D., S., Watson, R., Laidlaw , K., Starr M., J., & Deary J., I. (2014). The Attitudes to Ageing Questionnaire: Mokken Scaling Analysis. *PLoS ONE , 9* (6), 1-11.

Shenkin, S. D. & att, a. (2014). Life Course İnfluences of Physical and Cognitive Function and Personality on Attitudes to Aging in the Lothian Birth Cohort 1936. *International Psychogeriatrics , 26* (9), 1417-1430.

Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, *9*(1), 1-12.

Sözen, F. (2014). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Sağlik Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programi, Ankara.

Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services, American Academy of Family Physicians (AAFP). 2017. Policy Action November 1996, Order No. 1968, July 2017: 1-2. Erişim tarihi:05 Eylül 2019. Erişim adresi: www.aafp.gov.

Şen, S., Usta, E., Aygin, D., & Sert, H. (2015). Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, *17*(60), 64-7.

Şentürk, M., & Ceylan, H. (2015). *İstanbul'da Yaşlanmak: İstanbul'da Yaşlıların Mevcut Durumu Araştırması.* İstanbul: Açılım Kitap.

Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük., Erişim adresi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ccdaf2ab2dc31.32555862. Erişim tarihi: 04.05.2019,

Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük., Erişim adresi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ccdaf36652649.47509863. Erişim Tarihi: 04.05.2019

TÜİK (2019, Mart). İstatistiklerle Yaşlılar [Basın bülteni]. Erişim adresi http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699. Erişim tarihi: 27.04.2019

Tel, H., Güler , N., & Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri . *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi , 13*, (2), 59- 67.

Tolson, D., Rolland, Y., Andrieu, S., Aquino, J.-P., Beard, J., Benetos, A., et al. (2011). International Association of Gerontology and Geriatrics: A Global Agenda for Clinical Research and Quality of Care in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* , 184- 189.

Tuna, M., & Tenlik, Ö. (2017). Türkiye'de ve Dünyada Yaşlanma. In İ. Tufan, M. Durak, İ. Tufan, & M. Durak (Eds.), *Gerontoloji* (pp. 12-14). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tülek, Z. (2017). Yaşlı Sağlığı. In N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (3. ed., pp. 463-473). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ülger, Z., & Halil, M. (2006). Üriner ve Fekal İnkontinans. In S. Arıoğul, *Geriatri ve Gerontoloji* (pp. 307-315). Ankara: MN Medikal & Nobel.

Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2018). Yaşlılarda Görme Taraması Yapılmalı mı? *Ankara Medical Journal, 18* (2), 232-234.

Varlı, M., Bahşi, R., Doğan , Ş., Uysal, H., Subaşı, Ş., Toper, M., et al. (2017). Ayaktan Geriatrik Hastalarda Reçetesiz Ürün Kullanımı . *Ankara Med J , 4*, 226-234.

World Bank, 2018. World Development Indicators. Erişim Tarihi: 03 Eylül 2019. Erişim adresi: http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/.

Yahyaoğlu, R. (2013). *Yaşlanma ve Zaman Algısı.* İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi.

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., & Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , 2* (2), 19-23.

Yıldırım Şimşir, I., & Akçiçek, F. (2007). Geriatrik Hastalarda Fizik Muayene ve Laboratuvar Değerlendirmesi. In Y. Gökçe Kutsal, & Y. Gökçe Kutsal (Ed.), *Temel Geriatri* (pp. 121-123). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Yılmaz, A. (2005). Yaşlanma ve Nöroloji. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci , 1* (27), 35-40.

Yüceşahin, M. (2011). Küresel Bir Süreç Olarak Demografik Dönüşüm: Mekânsal Bir Değerlendirme. *Coğrafi Bilimler Dergisi , 9* (1), 11-27.

FORMLAR

Ek-1: Modifiye Barthel İndeksi

MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ

	KOD	I	II	III	IV	V
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli iskemle	0	1	3	4	5
C.	Merdiven	0	2	5	8	10
D.	Beslenme	0	2	5	8	10
E.	Giyinme	0	2	5	8	10
F.	Kişisel bakım	0	1	3	4	5
G.	Banyo yapma	0	1	3	4	5
H.	Tuvalet kullanımı	0	2	5	8	10
I.	İdrar kontinansı	0	2	5	8	10
J.	Gaita kontinansı	0	2	5	8	10

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

Ek-2: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Skalası

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)

A. Telefon edebiliyor musunuz? 1) Numaralara bakıp telefonu çevirebilirim 2) Numarayı biliyorsam telefonu çevirebilirim 3) Telefonu çeviremem ama cevap verebilirim 4) Telefonu hiç kullanamam
B. Tek başınıza alışveriş yapabiliyor musunuz? 1) Yardımsız her türlü ihtiyacımı alabilirim 2) Ancak çok küçük alışverişleri yapabilirim 3) Herhangi bir alışveriş için yanımda birine ihtiyacım var 4) Hiç alışveriş yapamam
C. Tek başınıza yemek hazırlayabiliyor musunuz? 1) Tek başıma yeterli yemek planlar, hazırlar, servis yapabilirim 2) Malzeme hazır ise yemeği hazırlayabilirim 3) Isıtıp servis yapabilirim 4) Yemeği yardımsız hazırlayıp servis yapabilirim
D. Ev işlerini yapabiliyor musunuz? 1) Yardımsız ya da ara sıra yardımla evin tüm işlerini yapabilirim 2) Tabak yıkamak, yatak yapmak gibi hafif ev işlerini yapabilirim 3) Hafif ev işlerini yapabilirim ancak kabul edilebilir bir temizlik derecesi elde edemiyorum 4) Bütün ev işlerini ancak yardımla yapabiliyorum 5) Hiçbir ev işini yapamıyorum
E. Çamaşır yıkayabiliyor musunuz? 1) Kendi çamaşırımın tamamını yıkayabilirim 2) Çorap gibi küçük çamaşırlarımı yıkayabilirim 3) Bütün çamaşırlarımı başkasının yıkaması gerekiyor
F. Ulaşım araçlarına binebiliyor musunuz? 1) Tek başıma ulaşım araçlarına binebilir veya kendi otomobilimi kendim kullanabilirim 2) Toplu ulaşım araçlarına binemem, taksiye binebilirim 3) Yanımda biri olursa toplu ulaşım araçlarına binebilirim 4) Başka birisinin yardımı olursa taksi veya otomobil ile kısıtlı bir süre gezebilirim 5) Hiçbir yere gidemem
G. Kendi ilaçlarınızı içebiliyor musunuz? 1) Doğru dozda ve doğru zamanda ilaçlarımı alabilirim 2) Daha önce dozları ayarlanıp hazırlanırsa ilaçlarımı alabilirim 3) Kendi ilacımı alamam
H. Paranızı idare edebiliyor musunuz? 1) Mali işlerimi tek başıma ayarlayabilir, tasarruf yapabilirim (bütçe yapmak, çek yazmak, fatura ödemek, bankaya gitmek gibi) 2) Günlük küçük alışverişlerimin hesabını yapabilirim ancak büyük alışverişler, banka hesapları için yardıma ihtiyacım var 3) Hiç para hesabı yapamıyorum

Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı yüksek lisans öğrencisi Merve SEYMEN YALINKILIÇ tarafından Prof. Dr. Nuray ENÇ danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı 'Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Etkileyen Faktörler'i belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda sizlere uygulaması yaklaşık beş dakika süren dört form verilecektir. Araştırmaya en az 84 gönüllünün katılması hedeflenmektedir. Sizden bu formdaki soruları size en uygun gelecek şekilde doldurmanız istenmektedir. Vereceğiniz cevapların herhangi bir doğru ya da yanlış cevabı yoktur.Herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan, araştırmayı kabul etmeme ve istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkınız bulunmaktadır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orjinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecektir ve bu formun imzalanmasıyla erişime izin vermiş olacaksınız. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, araştırma sonuçları yayımlansa dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma ile ilgili değişiklik olduğunda bilgilendirileceksiniz. Kendi haklarınız veya araştırma ile ilgili sorularınız için 24 saat aşağıda belirtilen telefon numarasından araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıdaki konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Ad-Soyad: Merve SEYMEN YALINKILIÇ

Araştırmacının iletişim bilgileri:

Telefon: 0545 5809303 Mail: merveseymen@ogr.iu.edu.tr

Ek-4: Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu

Yaşlıya İlişkin Veri Toplama Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:
   a) Kadın
   b) Erkek

3. Boyunuz:

4. Kilonuz:

5. Eğitim durumunuz:
   a) Okuryazar değil
   b) Okuryazar
   c) İlkokul mezunu
   d) Ortaokul mezunu
   e) Lise mezunu
   f) Yüksekokul mezunu
   g) Üniversite mezunu
   h) Yüksek lisans mezunu
   i) Doktora mezunu

6. Medeni durumunuz:
   a) Evli
   b) Hiç evlenmemiş
   c) Eşi ölmüş/ boşanmış

7. Çocuk sayınız:
   a) Yok
   b) 1-2
   c) 3 ve üstü

8. Eğer çocuk sahibiyseniz, Çocuğunuz veya çocuklarınız ile ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?
   a) iyi
   b) orta
   c) kötü

9. Gelir durumunuz:
   a) Gelir giderden az
   b) Gelir gidere eşit
   c) Gelir giderden fazla

10. Çalışma durumunuz:
    a) Çalışmıyor
    b) Emekli
    c) Çalışıyor

11. Mesleğiniz:
    a) Serbest meslek
    b) Memur
    c) İşçi
    d) Ev hanımı
    e) Çalışmıyor

12. Sosyal güvenceniz:
    a) Var b) Yok

13. Yaşam alanınız:
    a) Müstakil b) Apartman dairesi c) Huzurevi d) diğer (Açıklayınız):

14. Yaşanılan bölge:
    a) İl
    b) İlçe
    c) Köy

15. Yaşanılan yerde (ev, huzurevi, vb) kendiniz hariç kaç kişisiniz?
    a) Tek yaşıyorum
    b) 1-2
    c) 3-4
    d) 5-6
    e) 7 ve daha fazla

16. Yaşadığınız yerde (ev, huzurevi, vb) kimlerle birliktesiniz?

17. Gençken/ çocukken herhangi bir yaşlıyla birlikte yaşadınız mı?
    a) Evet b) Hayır

18. Dinsel organizasyonlara gönüllü olarak katılır mısınız?(namaz kılma camiye gitme gibi aktiviteler)
    a) Evet b) Hayır

19. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
    a) Çok kötü
    b) Kötü
    c) Normal
    d) İyi
    e) Çok iyi

20. Cinsel yaşamınız aktif mi?
    a) Evet b) Hayır

21. Alışkanlıklarınız:

	Var	Yok	Kullanma süresi	Bırakma zamanı	Kullanma miktarı
Sigara					
Alkol					

22. Hastalığınızın olma durumu:
    a) Var b) Yok

Hastalığın adı	Ne zamandır var?

23. Hiç hastaneye yattınız mı?
    a) Evet b) Hayır

24. 23. Soruya cevabınız evet ise;
    a) En son hastaneye yatma tarihiniz:

    b) Hastaneye yatma nedeniniz:

    c) Ne kadar zaman yattınız:

25. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
    a) Evet b) Hayır

26. 25. Soruya cevabınız evet ise kaç adet ilaç kullanıyorsunuz?

27. Aşı yaptırır mısınız?
    a) Evet b) Hayır

28. 27. Soruya cevabınız evet ise yaptırmış olduğunuz aşıları işaretleyiniz.

Grip aşısı	
Zatürre (Pnömokok) aşısı	
Tetanoz aşısı	
Hepatit B aşısı	
Herpes Zoster (Zona) aşısı	
Diğer (belirtiniz)	

29. Son iki hafta içinde kendinizi umutsuz, üzgün hissettiniz mi?
    a) Evet b) Hayır

30. Son iki hafta içinde yapmakta olduğunuz şeylere ilginizde bir azalma oldu mu?
    a) Evet b) Hayır

31. Sağlığınızı kontrol etme amaçlı tarama testi yaptırdınız mı?
    a) Evet b) Hayır

32. 31. Soruya cevabınız evet ise yaptırmış olduğunuz testleri işaretleyiniz?

İşitme testleri	
Görme Testleri	
Ağız- Diş muayenesi	
Tansiyon Ölçümü	
Kolesterol Ölçümü	
Kan şekeri Ölçümü	
Dışkıda Gizli Kan Kontrolü	
Kolonoskopi	
Kemik Yoğunluğu Ölçümü	
Prostat Muayenesi	
Pop- smear (simir) Testi	
Mamografi Çekimi/ Meme muayenesi	

Ek-5: Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü

The WHO - EAAQ

Dünya Sağlık Örgütü –
Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi



Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi

Yönerge:
Bu anket formu yaşlanma ile ilgili duygularınızı sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Eğer soruya hangi yanıtı vereceğinizden emin değilseniz, lütfen en uygun görünen yanıtı seçiniz. Bu sıklıkla ilk yanıtınız olacaktır.

Lütfen kendi standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve sorunlarınızı göz önünde bulundurunuz. Genel olarak yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz.

Mesela genelde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili soru şöyle olabilir:

Yaşlanıyor olmaktan hoşlanmıyorum.

Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru
1	2	3	(4)	5

Belirtilen durum için sizin en çok katıldığınız seçeneği işaretlemelisiniz. Eğer yaşlanmaktan hoşlanmayışınız 'çok fazla' ise 4 numarayı halka içine almalısınız, yok eğer yaşlanmakla ilgili hiç üzüntü, kaygı duymuyorsanız 1 numarayı işaretlemelisiniz. Lütfen her bir soruyu okuyun, duygularınızı değerlendirin ve size en uygun cevap için ölçekteki sayıyı işaretleyiniz.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular ifadelere ne ölçüde katıldığınızı sormaktadır. Eğer sorudaki ifadeye çok fazla katılıyorsanız 'tamamen' seçeneğini işaretleyiniz, hiç katılmıyorsanız 'kesinlikle katılmıyorum' seçeneğini işaretleyiniz. Cevabınız 'kesinlikle katılmıyorum ile tamamen katılıyorum 'arasında bir yerdeyse aradaki numaralardan birini işaretleyiniz. Sorular geneli sorgulamaktadır.

1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

4. Bilgelik yaşla edinilir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoşa giden (güzel) şey vardır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

6. Yaşlılık hayatın keyif kaçıran (içe kapanma) dönemidir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

7- Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Aşağıdaki sorular ifadelerin sizin için “ne kadar doğru” olduğunu sormaktadır. Eğer sorudaki ifade sizin için tümüyle doğru ise ‘son derecede doğru’ seçeneğini işaretleyiniz, sizin için hiç doğru değilse ‘Hiç doğru değil’ seçeneğini işaretleyiniz. Eğer cevabınız ‘Hiç ‘ ile ‘son derecede’ arasında bir yerlerdeyse uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

8. Yaşlı olmak, sandığımdan daha kolaymış.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

14. Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

16. Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

18. Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

19. İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

20. Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

23. Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.

1	2	3	4	5
Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru

YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

ETİK KURUL

Ek-6: Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 05/10/2017-370860

* B E N F A D L 8 S *

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Seymen YALINKILIÇ'ın etik kurul kararı A-01

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :25.08.2017 tarih, 99984023-302.08.01-321673 sayılı yazı

Enstitünüz İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Nuray ENÇ'in** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Seymen YALINKILIÇ'ın** yürütücülüğünde **"Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Etkileyen Faktörler"** başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Ekim 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

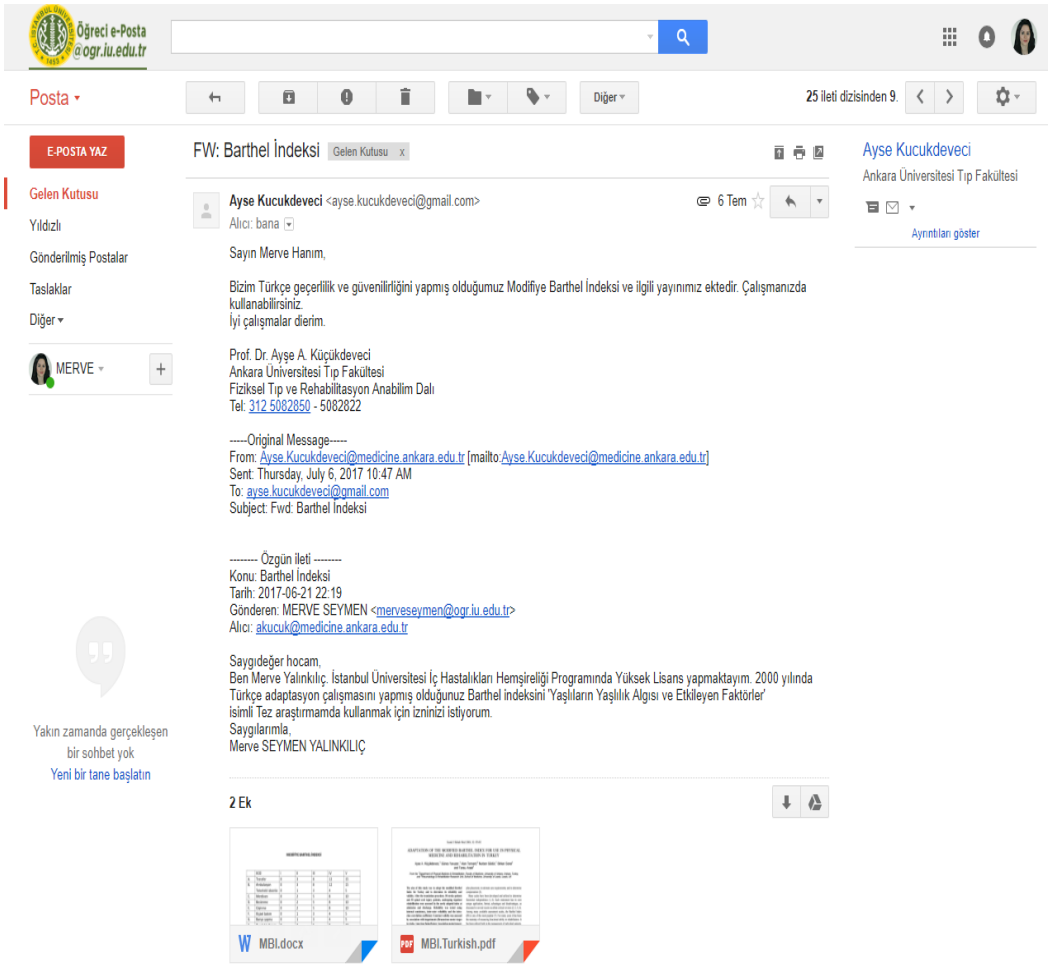
EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENFADL8S
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

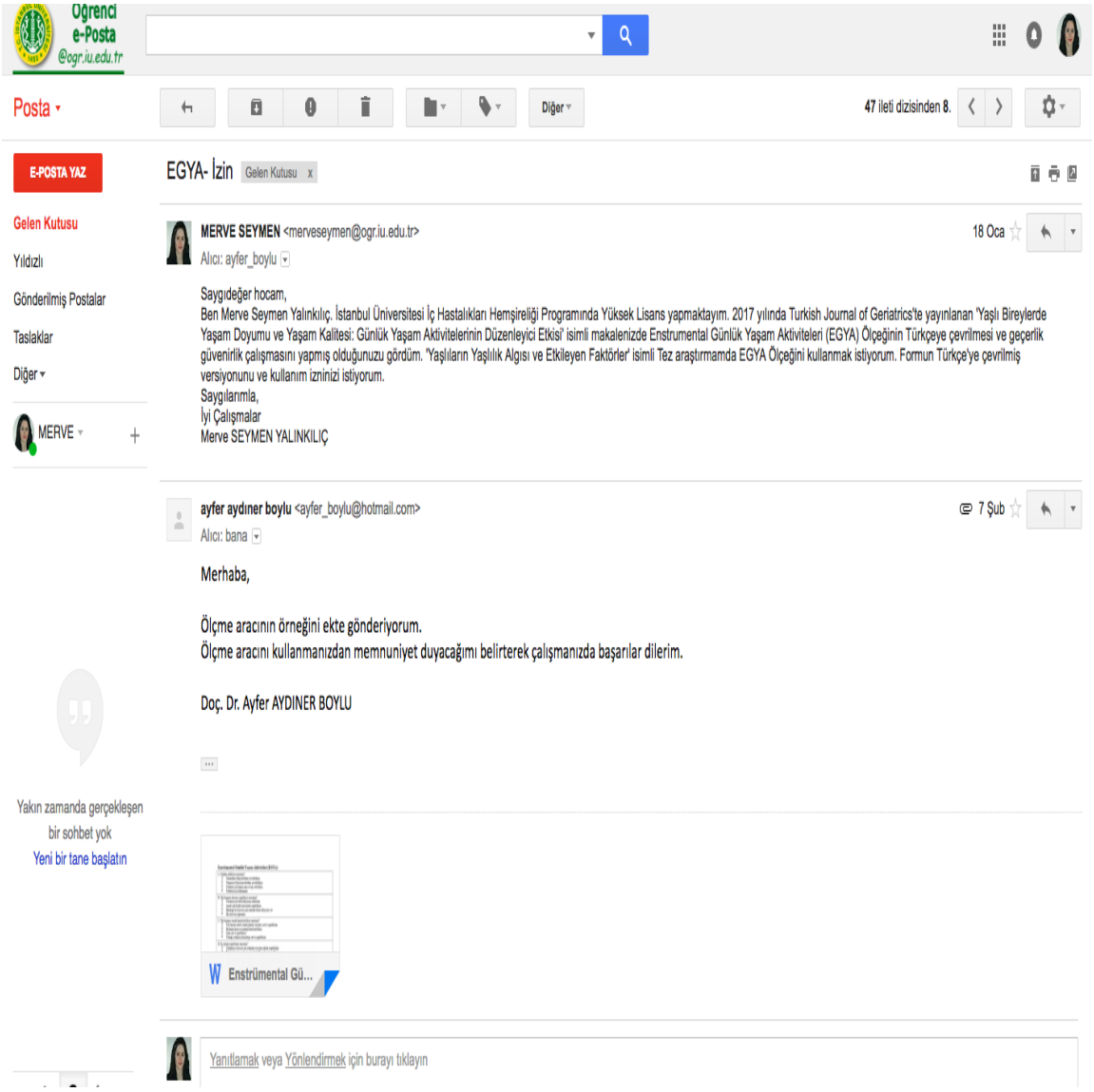
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İZİNLER

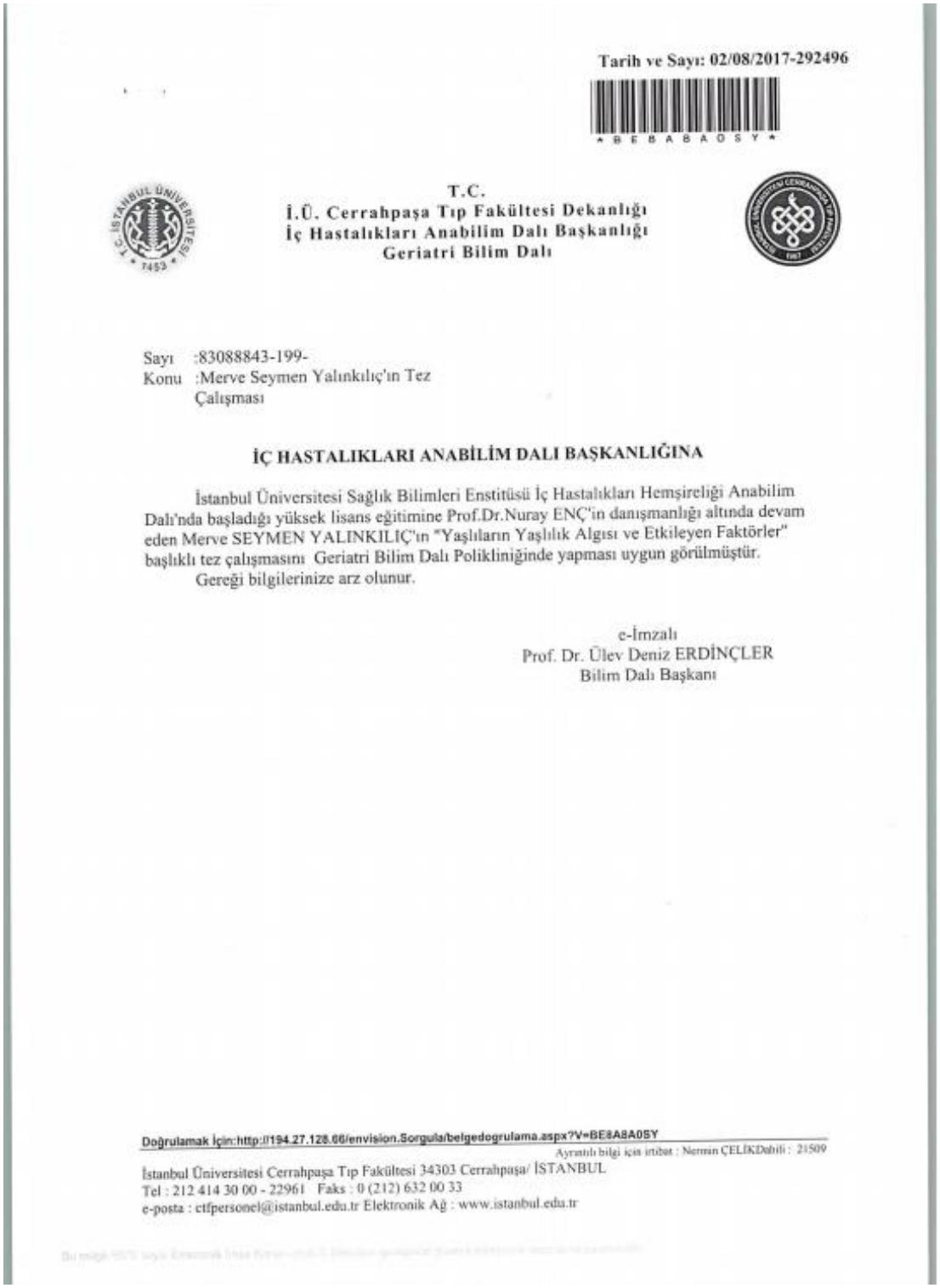
Ek-7: Modifiye Barthel İndeksi İzni



Ek-8: Enstrümental Yaşam Aktiviteleri İzni



Ek-9: Geriatri Polikliniği Bilim Dalı İzni



Tarih ve Sayı: 02/08/2017-292496

BEBABAOSY

T.C.
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı
Geriatri Bilim Dalı

Sayı :83088843-199-
Konu :Merve Seymen Yalınkılıç'ın Tez Çalışması

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı yüksek lisans eğitimine Prof.Dr.Nuray ENÇ'in danışmanlığı altında devam eden Merve SEYMEN YALINKILIÇ'ın "Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasını Geriatri Bilim Dalı Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.
Gereği bilgilerinize arz olunur.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ülev Deniz ERDİNÇLER
Bilim Dalı Başkanı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE8A8A0SY

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nermin ÇELİKDahili : 21509

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 212 414 30 00 - 22961 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ek-10: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi İzni

AYTA-TR Türkiye Merkezi

İletişim:
Prof. Dr. Erhan Eser
erhanese@gmail.com

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa
Tel: + 90 236 231 83 73
Faks: + 90 236 232 00 58

AYTA
(AAQ)

AAQ-TR Center, Turkiye

Contact:
Prof. Dr. Erhan Eser
erhanese@gmail.com

Celal Bayar Universitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa /Turkiye
Phone: + 90 236 231 83 73
Fax: + 90 236 232 00 58

Tarih: 12 Eylül 2017

AYTA-TR

Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü Türkçe Sürümü Kullanım İzin Belgesi

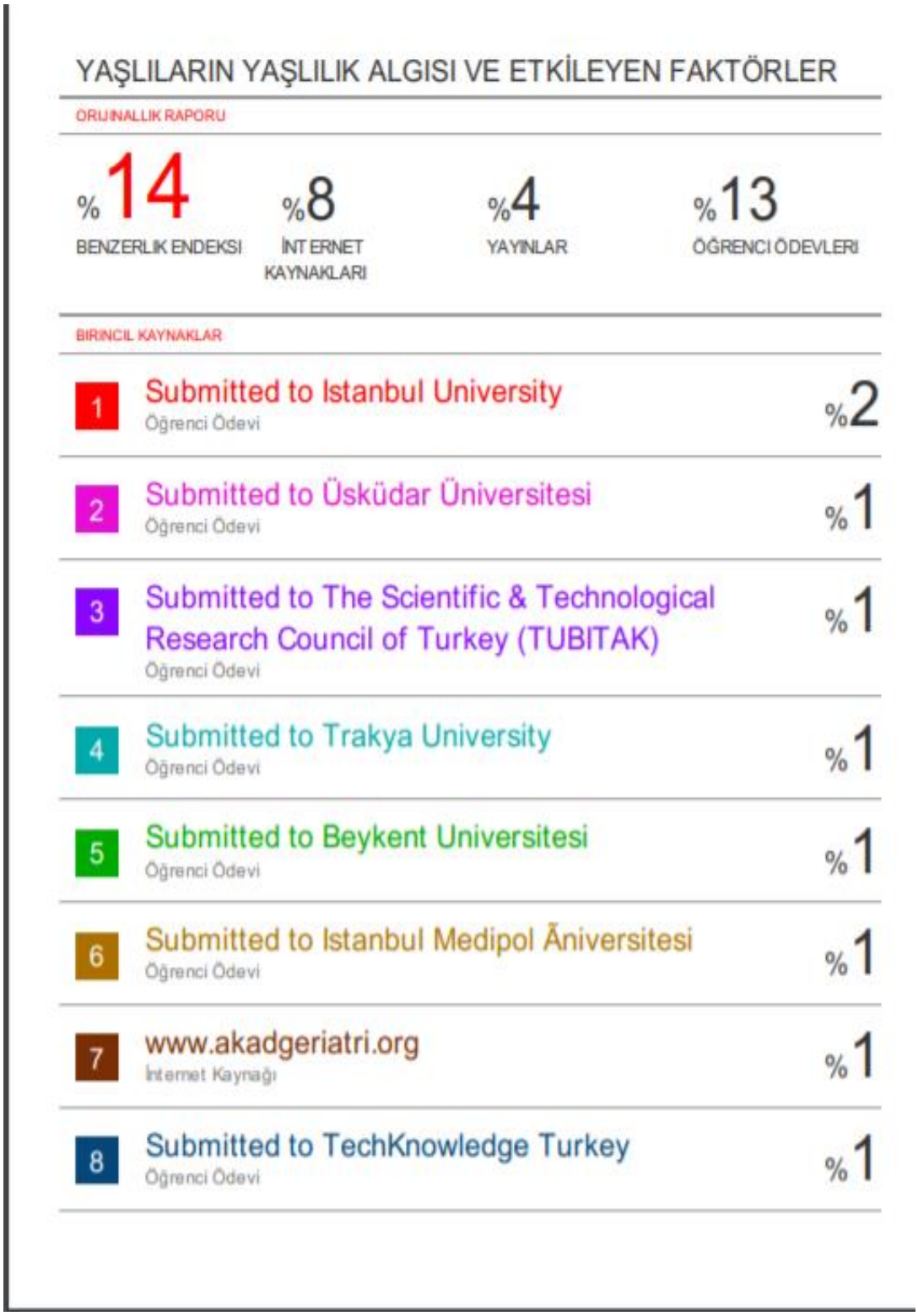
Sayın Merve Seymen

Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü (AYTA-TR)'nün hakkı merkezimiz tarafından korunmaktadır. AYTA-TR Kullanım sözleşmesi gerekleri uyarınca bu ölçeği ticari amaçlar dışında merkezimize gönderilmiş olan "Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırmanızda bilimsel amaçlı kullanımınız uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Prof. Dr. Erhan Eser
AYTA-TR Türkiye Merkezi

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



YAŞLILARIN YAŞLILIK ALGISI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

%14	%8	%4	%13
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Istanbul Medipol Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	www.akadgeriatri.org İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1