

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZ

**YAŞLILARDA SAĞLIK ALGISI VE GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRMESİ**

Fikriye ÇETİNSEL

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mine BAHÇECİ

LEFKE 2023

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ



**YAŞLILARDA SAĞLIK ALGISI VE GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRMESİ**

Fikriye ÇETİNSEL

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mine BAHÇECİ

LEFKE 2023

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA
ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Lefke Avrupa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Fikriye ÇETİNSEL “Yaşlılarda Sağlık Algısı Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirmesi” başlıklı tez çalışması, 18 Ocak 2023 tarihinde savunulmuş ve jüri üyeleri tarafından başarılı bulunmuştur.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Özdem NURLUÖZ
Yakın Doğu Üniversitesi

.....

Prof. Dr. Meral DEMİRALP
Lefke Avrupa Üniversitesi

.....

Yrd. Doç. Dr. Mine BAHÇECİ (Danışman)
Lefke Avrupa Üniversitesi

.....

Prof. Dr. Özgür Cemal ÖZERDEM
Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma
Enstitüsü Müdür

ÖZET

YAŞLILARDA SAĞLIK ALGISI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikriye ÇETİNSEL

Yüksek Lisans Tezi, 2022

Danışman: Yar. Doç. Dr. Mine BAHÇECİ

Bu çalışma, yaşlı bireylerin sağlık algısı ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne bağlı Lapta Bölgesinde 15 Temmuz – 15 Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Lapta Belediyesi Sosyal Hizmetler Birimi'nde kayıtlı ve aktif olarak hizmet alan; 65 yaş üzeri, herhangi bir iletişim engeli olmayan, kendini ifade edebilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olabilecek, 850 yaşlı birey araştırmanın evrenini, %95 güven aralığı ve %5 örneklem hatası ile araştırmanın örneklemini 265 kişi oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikleri tanımlama soru formu, Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteler Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların genellikle 65-69 yaş aralığında %57,89'u kadın, okur yazarlık düzeylerinin yüksek, fazlaca yakın kısmı evli ve eşleriyle yaşamaktadır. Yaşlıların yüksek oranda müstakil evde ikamet etmekte olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %26,69'unun yürümeye yardımcı araç kullandığı, %89,47'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Elde ettiğimiz verilere göre yaşlılarda en çok tansiyon, şeker, kas-iskelet sistemde bozukluk, romatizma ve görme duyusunda değişiklikler gibi hastalıklara rastlanmıştır. Araştırmada kullandığımız ölçeklerin daha önce ilişkilendirilmediği günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden yaklaşık olarak $\bar{x}=70,84\pm16,30$ puan sağlık algısı ölçeğinden $\bar{x}=46,60\pm8,92$ puan almışlar. Bu verilere göre günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesinin sağlık algısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma verilerine göre yaşlıların yaşadıkları yere, yürümeye yardımcı araç kullanmaya ve kronik hastalığın varlığına göre sağlık algısının değiştiği belirlenmiştir. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuca bakılarak hemşireler ev ziyareti ve sağlık kontrolü yaptıkları esnasında sağlık algısı düşük tespit edilen yaşlı bireylerin aileleriyle iş birliği yaparak sağlıklarını geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Sağlık Algısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR ELDERLY

Fikriye ÇETİNSEL

Master Thesis, 2022

Advisor: Asst. Assoc. Dr. Mine BAHÇECİ

This study was carried out to determine the relationship between the health perception of the elderly and their daily living activities. The research was carried out in the Lapta Region of the Turkish Republic of Northern Cyprus between 15 July and 15 December 2022. Registered and actively receiving service in Lapta Municipality Social Services Unit; The population of the study consisted of 850 elderly individuals over the age of 65, without any communication barriers, who could express themselves and who could volunteer to participate in the study, and 265 people constituted the sample of the study with a 95% confidence interval and 5% sampling error. The data were collected by face-to-face interview method using the socio-demographic characteristics identification questionnaire, Nottingham Expanded Activities in Daily Life Scale and Health Perception Scale created by the researcher. 57.89% of the elderly who participated in the research are generally between the ages of 65-69, women, their literacy levels are high, and the majority of them are married and live with their spouses. It has been determined that a high percentage of elderly people reside in detached houses. It was determined that 26.69% of the elderly who participated in the study used walking aids, and 89.47% had a chronic disease. According to the data we have obtained, diseases such as blood pressure, diabetes, disorders in the musculoskeletal system, rheumatism and changes in the sense of sight are the most common in the elderly. They got approximately $\bar{x}=70.84\pm16.30$ points from the daily living activities scale, which the scales we used in the research were not previously associated with, and $\bar{x}=46.60\pm8.92$ points from the health perception scale. According to these data, it has been determined that the fulfillment of daily living activities has an effect on the perception of health. According to the research data, it has been determined that the health perception of the elderly changes according to the place they live, using a walking aid and the presence of chronic disease. By looking at the result obtained from the study, studies can be carried out to improve the health of elderly individuals who are found to have low health perception during home visits and health checks, in cooperation with their families.

Keywords: Elderly, Health Perception, Activities of Daily Living

ÖNSÖZ

Yapmış olduğum yüksek lisansın başlangıcından bitişine kadar geçen süreçte; bilgi ve deneyimler ile akademik anlamda kendimi geliştirmemde bana katkı sağlayan Lefke Avrupa Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü akademik kadrosundaki tüm hocalarıma saygılarımı ve minnetimi sunarım.

Bu süreçte bana danışmanlık yapan, tezime ışık tutarak gittiğim yolu sürekli aydınlatan, bilgi ve deneyimleriyle yolumu sağlamlaştıran, enerjisiyle sürekli motive eden ve tüm desteğiyle yanımda olup ilerlememi sağlayan kıymetli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mine BAHÇECİ'ye teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Çalışmama katkı koyan Sedat Yüce hocama ayrıca teşekkür ederim.

Tez çalışmamın verilerinin toplanma kısmında görüşmelerin yapılabilmesi için gereken kolaylığı sağlayan Lapta Belediye Başkanı Mustafa Aktuğ'a, sorumlum Meryem Sebepe'e ve araştırmama gönüllü katkı koyan katılımcılara içtenlikle teşekkür ederim.

Son olarak yüksek lisansa başlamak için beni teşvik eden ve sürekli motive eden, her yıldığımda beni kaldıran ve bu süreçte ihtiyaç duyduğum her an destek olan sevgili eşim Mehmet Karalar'a, gözlerindeki parıltıyla ve en az benim kadar heyecanla bu süreci izleyen oğullarım Hasan ve Engin'e sonsuz teşekkür ederim.

Benim olmadığım, eksik kaldığım, yetişemedim bu süreçte oğullarıma kol kanat geren ve desteğini sürekli hissettiğim eşsiz aileme şükran ve minnet borçlu olduğumu belirtirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET.....	İ
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
I.BÖLÜM GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırma Probleminin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	3
II.BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1 YAŞLI VE YAŞLANMANIN TANIMI.....	4
2.2 YAŞLILIĞIN SINIFLANDIRILMASI.....	5
2.3 YAŞLI NÜFUSUN DURUMU.....	7
2.3.1 Dünyada Yaşlı Nüfusu.....	8
2.3.2 Türkiye’de Yaşlı Nüfus.....	8
2.3.3 Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)’de Yaşlı Nüfusu.....	9
2.4 YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER.....	9
2.4.1 Yaşlanmaya Bağlı Ciltte Oluşan Değişimler.....	10
2.4.2 Yaşlanmaya Bağlı Kas İskelet Sisteminde Oluşan Değişimler.....	11
2.4.3 Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Sistemde Oluşan Değişimler.....	11
2.4.4 Yaşlanmaya Bağlı Duyusal Özelliklerde Oluşan Değişimler.....	12
2.4.5 Yaşlanmaya Bağlı Metabolik ve Endokrin Sistemde Oluşan Değişimler.....	13
2.4.6 Yaşlanmaya Bağlı Gastrointestinal Sistemde Oluşan Değişimler.....	14
2.4.7 Yaşlanmaya Bağlı Solunum Sistemde Oluşan Değişimler.....	14
2.4.8 Yaşlanmaya Bağlı Kardiovasküler Sistemde Oluşan Değişimler.....	15
2.4.9 Yaşlanmaya Bağlı Üriner Sistemde Oluşan Değişimler.....	16

2.5Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşlılık Arasındaki İlişki.....	17
2.6 Sağlık Algısı ve Yaşlı.....	18
2.6.1 Günlük Yaşam aktiviteleri ve Yaşlılarda Sağlık Algısı arasındaki ilişkisi ve Hemşirelikle İlişkisi.....	19
III.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve tarihi	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
3.3.1 Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2 Araştırmanın Örneklemi	21
3.3.3 Verilerin Toplanma Araçları	22
3.3.4 Sosyo-Demografik Özellikleri Tanılama Soru Formu (EK 1).....	22
3.3.5 Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği (EK2)	23
3.3.6 Sağlık Algısı Ölçeği (EK 3).....	23
3.4 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	24
3.4.1 Verilerin Toplanması.....	24
3.4.2 Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
IV.BÖLÜM:4.BULGULAR.....	26
4.1 Yaşlıların sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	26
4.2 Yaşlıların Sigara-Alkol kullanımına Göre Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	28
4.3 Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Bulgular.....	29
4.4 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	30
4.5 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Algısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	31
4.6 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Algısı Ölçeği Arasındaki Yordamasına Yönelik Bulgular.....	33
4.7 Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puana Göre Yaşlıların Karşılaştırılması.....	34
4.8 Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puana Göre	

Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması.....	35
4.9 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeyine göre	
Karşılaştırma Sonuçları.....	36
4.10 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Medeni Hallerine Göre	
Karşılaştırma Sonuçları.....	37
4.11 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşadıkları Yere Göre	
Karşılaştırma Sonuçları.....	38
4.12 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Gelirlerine Göre	
Karşılaştırma Sonuçları.....	39
4.13 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanımlarına Göre	
Karşılaştırma Sonuçları.....	40
4.14 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Sigara İçme Durumlarına	
Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	41
4.15 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yürümeye Yardımcı Araç	
Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	42
4.16 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Kronik Hastalık	
Durumlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	46
4.17 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Hastane Deneyimlerine	
Göre Karşılaştırma Sonuçlar.....	44
V.BÖLÜM:5.TARTIŞMA.....	46
VI.BÖLÜM: 6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1.Sonuç.....	55
6.2.Öneriler	54
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	69

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Normallik Testler.....	25
Tablo 4.2 Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.3 Yaşlıların Sigara-Alkol Kullanımı ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.4. Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları.....	30
Tablo 4.5. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanları.....	31
Tablo 4.6 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları ile Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	32
Tablo 4.7. Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanlarının Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarını Yordama Durumu.....	34
Tablo 4.8 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	35
Tablo 4.9. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	36
Tablo 4.10. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	37
Tablo 4.11. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Medeni Hallerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	38
Tablo 4.12. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	39
Tablo 4.13 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Gelirlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	40
Tablo 4.14 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanımlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	41
Tablo 4.15 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Sigara İçme Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	42

Tablo 4.16. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	43
Tablo 4.17. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	44
Tablo 4.18 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Hastane Deneyimlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları.....	45

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Araştırma Probleminin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma, yaş alma ve yaşlılık engellenmesi mümkün olmayan biyolojik kronolojik fizyolojik değişimlerin meydana geldiği bir süreçtir. Bu süreçte bireylerde oluşan değişimler, kendilerine olan bakış açılarında duygusal ve aynı zamanda algısal olarak değişiklik ve ilerleyen yaşla günlük yaşam aktivitelerinde de bir takım değişimleri beraberinde getirir (Aslan ve Hocaoglu, 2017).

Yaşlı bireylerin kendilerini değerlendirme açılarına göre etkin yaşlanma fonksiyonların sağlıklı bir şekilde sürdürmesi ve devam edebilmesi anlamına da gelmektedir. Etkin yaş alma kavramı yaşlı kişinin sadece bedensel olarak aktif olması değil, fizyolojik, duygusal, ekonomik, sosyal, kültürel vs. boyutlar gibi birden çok alana etkin bir şekilde katılım göstermelerinin devam etmesi anlamını da taşımaktadır. Yaşlıların, beden bütünlüğünü koruyarak, bağımsızlığını azaltarak, duygusal, sosyal ve ekonomik vs. alanlarda etkin biçimde topluma katılımlarının sürdürülmesinin desteklenmesi ve kendilerini algılama şekilleri de önemlidir (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; yaşlanma sürecinin başlangıcı 65 yaş olarak kabul edip yaşlanmayı da kendi içerisinde genç yaşlılık (65-74), yaşlılık (75-84) ve ileri yaşlılık (85+) olarak sınıflamıştır. (DSÖ, 2017). BM'ye göre, 1950-2010 yılları arasında ortalama yaşam süresi 46 yıldan 68 yıla çıkarken, 1950-2022 yılları arasında ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalma göstermesi yaşlı nüfusun artışına neden olduğu tespit edildi. Dünya genelinde 2020'de altmış yaş ve üzerindeki toplumun 1 milyardan 1,4 milyara çıkacağı 2050 yılında da 2 katı olacağı (2,1 milyar) ve 2020-2050 arasında 80 yaş ve üzeri yaşlı birey oranının 3 katına (426 milyon) ulaşacağı öngörülüyor (DSÖ, 2022).

Dünyada yaşlı nüfusun giderek arttığı ve bu nedenle yaşlılar için yaşam kalitesinin korunması ve etkin şekilde sürdürülmesi dikkate alınması gereken halk sağlığı sorununa dönüşe bileceği düşünülmektedir. Yaşamdan beklenen sürenin uzaması ve yaşlı toplumunun artması, ileri yaş grubunda özellikle daha çok sağlık problemini de beraberinde getirebilmektedir. Kronik hastalıkların ortaya çıkmaya başlaması yaşlı bireylerin aktif yaşamlarında kısıtlanma, özürlülük ve yaşam kalitelerinde değişiklikler artmaktadır (Altay vd., 2016).

Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizliklere, ağrılara, bilişsel bozukluklara, sağlık hizmetlerinden yararlanmada zorluklara ve sosyal tecrit gibi sorunlarla yaşlı bireylerin sağlık konusuyla ilgili yaşama standartlarını değiştiren ve olumsuz etkileyen faktörlerdir. Sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması, kullanılabilir olması, aile ve ev ilişkileri, çalışabilme, sosyal ve ekonomik durumu, ve kurumsal hizmetlerin varlığı, ulaşılabilir olması ve kullanılabilir olması gibi ekonomik, sosyal ve fiziksel faktörler yaşlı bireylerde yaşam standartlarını önemli derecede etkileyen değişkenlerdir (Teletar ve Özcebe, 2004).

Yaşlı nüfusunda izlenmesi gereken en önemli odak “hayat kalitesinin korunabilmesidir.”. Hayat kalitesi, bireyin kendiyle hoşnut olması ve yaşamından eş değer şekilde memnun olmayı içeren, tamamen ve genel anlamda iyi olabilmeyi tanımlayan bir terimdir. Kaliteli şekilde yaşamak kişinin düşüncelerini geliştirebilmesi, paylaşabilmesi, savunabilmesi, kişisel hayatı yönetebilmesi, kişisel iradesiyle, kendi seçimiyle, bireysel istekleri doğrultusunda yaşamlarını sürdürebilmektir (Ekici ve Çelik, 2022).

Sağlığı algılama biçimi, bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ve sağlıklı olmanın tüm yönlerini yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal, ekonomik durumunu toplum içinde kendisi birey olarak nasıl değerlendirdiğine imkan sağlayan basit ama güçlü ve spesifik bir göstergedir (Aytaç ve Kurdaş, 2016).

Halk sağlığı hemşiresinin fonksiyonlarından biride yaşlının sağlığının korunması, sağlık algısının ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesidir. Halk sağlığı hemşiresi, evde bakım gereksinimlerini değerlendirdiği gibi yaşlının

kendi sağlığı algılama ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve koruyucu tedbirler almaktır (Canlı ve Karataş, 2018).

Yapılan birçok araştırmada yaşlıların sağlığı algılama, yaşam kalitesini ölçmeye ve yorumlanmaya çalışılmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin değişmesinin sağlıklarını algılama şekil ve düzeylerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiğinin saptanması halk sağlık hemşireleri için yol gösterici nitelikte olabileceğini düşünmekteyim.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu  alışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bulunan Lapta ve Lapta'ya bağlı köylerde yaşayan altmış beş yaş ve üzerindeki yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 0: Yaşlıların sağlık algıları ile günlük yaşam aktivite düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

Hipotez 1: Yaşlıların sağlık algıları ile günlük yaşam aktivite düzeyleri arasında bir ilişki vardır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Yaşlı Ve Yaşlanmanın Tanımı

Son zamanlarda yaşla, yaşlanma ve yaşlı olmakla ilgili birden çok kavram kullanılmaya ve yaşlılık hakkında yapılan araştırmalar çoğalmaya ve ilerlemeye başlamıştır. Geriatri ve gerontoloji (yaşlı bilimi) alanlarında “**yaşlanma**”, “**yaşlılık**” ve “**ihtiyarlık**” ifadeleri oldukça sık kullanılmakla beraber bu kavramlar kelime anlamı olarak karıştırılabilmektedir. Canlı organizmalar zaman içinde değişip farklılaşır. Bu süreç “yaşlanma” olarak adlandırılır. Tüm canlı ve cansız varlıkların değişip yok olmaya eğilimli olsa dahi, canlılarda belirli ölçüde ve belirli süre de organizmanın onarımı yeniden yapılanma düzenekleri etkin bir şekilde işlevini sürdürmeye devam eder (Duyar, 2008).

Bir canlının doğduğu andan itibaren devam eden sürece “**yaş**” denir. “**Yaşlılık**” kelime anlamı olarak yaşın artması ve ilerlemiş yaşın yapısal olarak etkilerini göstermesi şekline denilir. Canlıların biyolojik mekanizmaları işlevleri yetişkin konuma ulaşp, üreme dönemini geçirdikten sonra ölüme kadar geçen süredeki değişim ve dönüşümdür. **Yaşlanma**, yaş alma sürecine bağlı olarak yapısal ve fonksiyonelliğin sürdürülmesi için çalışan mekanizmamızın hastalıklara, çevresel faktörlere ve stres durumlarına adaptasyon yanıtında azalmaya sebep olan ve yaşla bağlantılı hastalıkların oranının arttığı, fonksiyonlarda geri dönüşü olmayan, süregelen ve yaygın olan bir bozukluktur (Duyar, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre ise yaşlanmanın tanımı, çevreye ait faktörlere adapte olma yatkınlığının zaman süresince azalmasıdır. Yaş alma, büyüme ve gelişme sürecinin tamamlanmasının ardından organsal yapıda oluşan eskime sürecidir. Diğer bir tanıma göre ise yaşlanma, organizmadaki hücrelerde, dokularda, organlarda ve bunlarla beraber fizyolojik çalışma mekanizmayı etkileyen sistemlerde zaman aşımıyla meydana gelen, geri dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel farklılaşmaların bütünüdür (DSÖ, 2022).

Yaşlanma değişken bir süreçtir ve kişiler arasında da değişiklikler gösterir. Bu değişken sürecin en son olan bölümü ise yaşlılık şeklinde adlandırılır. Yaşlılığın başlangıç zamanı, toplumlarda ve zamanla benzer toplumda yılların değişimiyle, cinsiyete göre, eğitim düzeyine, bulunduğu ekonomik şartlara, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere, bireylerin yaşı değerlendirme şekline göre de kişisel farklılıklar gösterir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017).

Yaşlılık kavramı, yetişkinliğin devamı ve yaşın alma sürecinin ilerlemesiyle etkilenen mekanizmalarda değişmelerin olduğu biyolojik olarak yaşamın son döneminin tanımlandığı kavramdır. DSÖ insan çevresine uyum sağlayabilirken bu adaptasyonun giderek zayıflaması ve bozulması olarak tanımlamaktadır. Daha çok tarihsel bazda bakılsa da yaşlılık, fonksiyonel ve biyolojik olarak karmaşık olan bir olgudur. Bu süreçte yaşlılığa bağlı toplumsal roller, ekonomik durumda değişiklik, fiziksel aktivitelerdeki değişim ve bunun gibi birçok konuda değişime neden olan yaşam dönemidir (DSÖ, 2022).

2.2 Yaşlılığın Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşlılığın başlangıç dönemi altmış beş yaş ve üzeri olarak kabul görmektedir. Ancak bu sadece tarihsel bazda ifade edilebilen bir süreç olup yaşlılığın ya da yaşlanmanın kesin ve ölçülebilen sınırı bulunmamaktadır. Yaşlılık kişiden kişiye ve toplumun yaşlılık algısına göre değişir. Bu yüzden yaşlanma olgusu kavram olarak karmaşık görülmektedir (Karadakovan, 2014).

Yaşlanma sürecini; üç farklı gruba ayırarak tanımlayabilmek mümkündür. **“Genç yaşlılık”**, 65’ten 74 yaşa kadar olan genellikle iş yaşamından sonra emekliye ayrılmayı da beraberinde getiren ve ekonomik anlamda değişimin başladığı dönemdir. **“İleri yaşlılık”** fonksiyonel yitimlerin başladığı 75’ten 84 yaşa kadar olan dönemdir. **“Çok ileri yaşlılık”** ise, özel bir bakıma, özel kullanım alanına, ev düzenine ya da yardımcıya ihtiyaç duyulan, bağımlılığın daha çok arttığı 85 yaş ve üzeri gruba karşılık gelen dönemdir (Aslan ve Hoccoğlu, 2018).

Yaşlanma sürecini etkileyen yapısal mekanizmalar ve faktörler arasında çeşitli süreçler bulunmaktadır. Bu durumları oluşturan yapıların ayrıntılı incelenmesi

ve anlaşılma sürecine biyo-gerontoloji bilimine güncel ve temel araştırma alanlarını oluşturmaktadır. Yaşlanma sürecinin devam etmesiyle birlikte birçok kronik hastalık ortaya çıkmaktadır (Bölüktaş, 2019).

Yaşlılığın kuramsal şekildeki tanımına bakıldığında; kronolojik, biyolojik, kronolojik yaşlanma ve sosyolojik olmak sınıflandırılabilen dört farklı boyut öne çıkmaktadır (Tereci vd., 2016).

Biyolojik Yaşlanma: Gelişim sürecinde vücudun yapısal ve işlevsel özelliklerinde oluşan değişimdir. Bu süreç anne karnında döllenmeyle başlamaktadır (Kalkan, 2008). Vücudun fiziksel değişimlere uğrayarak saçların beyazlaması, dayanıklılığın kaybı, ciltte değişiklikler vs. fiziksel değişimlerin yanı sıra; kalp, damar ve endokrin bezlerinde birtakım değişimlerin görülmeye başlamasına ve beyindeki nöron sayısında da azalmanın başlaması biyolojik yaşlanmanın göstergelerindendir. Bunların yanı sıra kas-iskelet sistemi, dolaşım sistemi, sindirim sistemi ve diğer bütün sistemlerin tümünde, üreme yeteneğinin azalması, fonksiyonel yetersizlikler ve duyu organlarındaki yetersizliklerin kayıpların yaşanması ve genel vücudun dayanma gücünde de değişiklikler görülebilmektedir. Böylece yaşlanma sürecinin biyolojik açıdan başladığını açıklamak mümkündür (Aslan ve Hocaoglu, 2018).

Kronolojik Yaşlanma: Kronolojik yaşlanma sadece doğum tarihiyle açıklanır. Bireyin doğduğu andan itibaren geçen yaşını süresini tanımlamaktadır. Aynı zamanda kronolojik yaşlanmada yaş sınırı net ve kesin değildir (Kapucu, 2019).

Sosyolojik Yaşlanma: Zaman içerisinde kazanılan alışkanlıkların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal rol ve kimliklerinin değişimini ifade etmektedir. Yaşlanmanın, bireysel bir deneyim olmasının yanı sıra; emeklilik, eşin kaybına bağlı olarak eş rollerinin yitimi, toruna sahip olmak, arkadaşlık ilişkilerinin değişmesi, aile kimliğinin ve rolünün değişmesi vb. rol, kimlik, statü ve davranış kalıplarına göre aldığı kimlik yapısının şekillenmesi sosyal yaşlanmanın belirtilerindendir (Kapucu, 2019).

Psikolojik Yaşlanma: Bireyin çevreye uyumu, hafıza yapısı, öğrenme şekli ve zekâ gibi zihinsel fonksiyonlarda, güdülerde ve dürtülerde aynı zamanda kişilikte

değişimlerin olmasıdır. Zihinsel fonksiyonlardaki değişimlere bağlı gerilemelerin psikolojik veya biyolojik kaynaklı olup olmadığı da yaşlılık sürecinin tanımlanmasında bakılan temel göstergedir. Yaşlı bireylerin kendilerini yaşlılığa hazırlamama ve yaşlı olmaya hazır olmama gibi nedenlerle yetersizlik duygusu, kaygı, başkalarına yük olma endişesi, istenmediğini düşünme, değersiz hissetme, işe yaramazlık, yalnızlık ve ölüm yaklaşma düşüncesi gibi olumsuz düşüncelere kapılarak çevreleriyle sağlıklı iletişim kurma yetisinde de değişimler oluşabilmekte ve yaşlı bireyleri olumsuz etkileyebilmektedir (Kapucu, 2019).

Ekonomik Yaşlanma: Emekli olmakla başlayan döneminin ve ekonomik şartlardaki değişimlerin etkisiyle yaşam boyu süregelen toplum içindeki statünün, yaşam tarzının ve ekonomik şartlarının değişmesidir. Emeklilik düzenlemelerine bağlı olarak gelir düzeylerinin değişmesi ve bağımlılığın artmasıyla yaşam kalitesinde ve statüsünde oluşan değişimlerle benlik saygısının ve yaşam doyumunun azalmasına neden olabilmektedir (Köroğlu ve Köroğlu, 2015).

2.3 Yaşlı Nüfusun Durumu

Günümüzde sanayi devriminin sonucunda tıbbın ilerlemesi, teknolojinin gelişmesi ve buna bağlı olarak bireylerin yaşam standartlarının yükselmesiyle, beslenmenin geliştirilmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi, sağlık hizmetlerinin gelişip yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve doğum oranının azalmasıyla dünya nüfusunun da yaş ortalama hızında artış görülmektedir. Toplumların demografik yapısı incelediğinde yaşlı nüfus oranının giderek artmakta olduğu görülmektedir (Gökbunar vd., 2016).

2.3.1 Dünyada Yaşlı Nüfusu

TÜİK, “Dünya Nüfus Günü” (2022) kapsamında yaptığı araştırmaya göre dünya genelindeki nüfus istatistiklerine bakıldığında; Birleşmiş Milletler nüfusu sayısının 7 milyar 874 milyon 965 bin 732 kişi olduğu tahmin ediliyor. Dünyanın en fazla nüfusuna sahip olan ülkeleri sırasıyla Çin, Hindistan ve Amerika olduğu tahmin ediliyor. Türkiye’nin de nüfus büyüklüğüne ve sayısına göre 195 ülke arasında 18. sırada olduğu tahmin edilmektedir (TÜİK, 2022).

Birleşmiş Milletler’e göre tahmini olarak ülkelerin toplam nüfusları içindeki 65 ve üzerinde olan yaşlı nüfus oranlarına bakıldığında, 2021 yılında en çok yaşlı nüfus oranına sahip olan ülke %28,7’lik oran ile Japonya, %23,6’lik oran ile İtalya ve %23,1’lik oran ile Portekiz izlediği görülmektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülkeler ise %1,4’lük oran ile Birleşik Arap Emirlikleri, %1,9’lük oran ile Katar ve %2,0’lık ile Uganda’nın izlediği düşünülüyor (TÜİK, 2022).

2.3.2 Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Türkiye’de yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ve gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu tahmin ediliyor. 2010 yılında yapılan nüfus sayımına göre, yaşlı nüfusu 5 milyon 327 bin 736 kişi iken son on yıl içinde bu oran %49 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye ulaştığı tahmin ediliyor. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa göre oranı ise 1935 yılına bakıldığında 2,4 kat artarak 2020 yılında %9,5’e yükseldiği tahmin edilmektedir. Yapılan nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfusun artışının devam edeceği de öngörülmektedir. TÜİK tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında yaklaşık %11, 2030 yılında yaklaşık %12,9, 2040 yılında yaklaşık %16,3, 2060 yılında yaklaşık %22,6 ve 2080 yılında ise yaklaşık %25,6 oranında yükselmesi beklenmektedir. Nüfusun yaşlandığını ifade eden göstergelerinden biride ortanca yaş değeridir. Bu değer Türkiye’de 2016 yılında 31,4 iken, dünya nüfusundaki ortanca yaş 29,4’tü. Dünyada nüfusunda en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç ülke arasında Monako (50,5), Japonya (45,8) ve Almanya (45,7) yer almaktadır. Türkiye ise bu sıralamada 104. Sırada olduğu görülmektedir. Türkiye’de

erkekler için beklenen yaşam süresi 75,3 yıl iken kadınlar için bu sürenin 80,3 yıl olduğu belirtiliyor (TÜİK, 2022).

2.3.3 Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de Yaşlı Nüfusu

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde, 2006 yılında yapılan sayıma göre 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusun %7,54'ünü oluşturduğu, 2011'de yapılan sayıma göre %8,1'ini oluşturduğu ve 2015 yılında ise %10,7'sini oluşturduğu gözlemlenmektedir (Devlet Planlama Örgütü, 2015). KKTC'de Beklenen Yaşam Süresinin, 2011 nüfus sayımına göre şekillenen tablolarındaki tahmini verilere göre yükseldiği ve 2021 yılında beklenen yaşam süresinin kadınlar için 83.1 yaş ve erkekler için 79.0 yaş olduğu görüldü. Buna göre, son yıllarda yaşlı grubun (75+) ölüm yüzdelerine artış olduğu görüldü. KKTC, 65 yaş ve üzerinde olan grubun toplam nüfusa olan oranı incelendiğinde, KKTC'nin de yaşlanmakta olan toplum özelliği gösterdiği görülmektedir (KKTC İSK, 2022).

Yapılan araştırmalar, tahmini raporlar ve verilere göre Dünya'da, Türkiye'de ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmakta olduğu görülmektedir. KKTC'nin toplumsal yapısı ele alındığında önemli orana denk gelen yaşlı grubun kendi problemlerini çözebilme yetisine sahip olması, bağımsız bir şekilde yaşayabilmesi ve yaşlı nüfusun topluma katılabilmesi için desteklenmesini içeren girişimlerin olması yaşlıların yaşam kalitesini olumlu yönde değişim göstermesi açısından son derece önemlidir. Sağlıklı şekilde yaşlanmak bireylerin sadece kişisel özelliklerine bağlı olmayıp, toplumsal açıdan da kendilerine sağlanacak psikolojik ekonomik, sosyal ve fizyolojik yönlerden destek sağlayan hizmetlerle de yakından ilişkili olduğunu öne sürebiliriz.

2.4 Yaşlılıkta Sık Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılık, organizmanın işleyişinde zamanla her seviyede meydana gelen işlevsel ve yapısal değişikliklerin tümüdür. Fiziksel, duygusal ve sosyal işlevlerde, eş derecede olmamakla birlikte, kademeli ve sürekli olarak azalmaya sebep olan ve geri

dönüşü olmayan fizyolojik bir akıştır. Yaşlanma süreci her yaşta yer alsa dahi özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerde yaşam kalitesindeki önemli değişiklikler daha belirgin ve gözle görülür hale gelmektedir (Kapucu, 2019; Ağar, 2020). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların görülme oranı da artmaktadır. Biyolojik yaşlanmayı içsel ve dışsal olgular etkilenmektedir. Dışsal olgular yaşlanmayı belirleyen ve etkileyen çevresel, sosyoekonomik ve kültürel özellikleri kapsarken içsel olgular genetik, biyolojik ve fizyolojik özelliklerden etkilenmektedir. Biyolojik yaşlanma vücudun sistemlerindeki tüm hücreleri, dokuları ve organları etkilemekte ve birden fazla organda fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu olguların kişiden kişiye farklılık göstermesini nedeni ise herkesin farklı şekilde yaşlanmasıyla karakterizedir (Akdeniz ve ark., 2019).

2.4.1 Yaşlanmaya Bağlı Ciltte Oluşan Değişimler

Cilt yapısal olarak yaşlanma göstergelerini en belirgin tarzda gösteren dokudur. Yaşlanmaya bağlı olarak tende meydana gelen bazı işlevsel ve yapısal değişimler yaşam kalitesini olumlu olmayan yönde etkileyebilmektedir. Yaşlanma durumuna bağlı olarak ciltte gözlemlenebilen farklılıklar; cilt dokusunun elastik özelliğinin azalmasına bağlı olarak cilt altı yağ dokusunda oluşan azalmayla ciltte kuruluk ve kırışıklıklar belirginleşir ve deri yüzeyinde sarkmalar gözle görülür hale gelir. Böylelikle cilt dokusu daha çok hassaslaşır ve iyileşme süresi de uzamaya başlar (Akdeniz vd., 2019; Ağar, 2020).

İlerleyen yaşın etkisiyle derinin ağrı ve dokunma duyusunun azalarak fark edilmeyen yaralanmalar oluşabilir. Sıcak ve soğuğa karşı vücudun direncinde bozulmalar oluşmaya başlar. Cilde rengini veren pigmentlerin özelliklerini yitirmesi sonucu kahverengi lekelerin oluşmaya başlar ve kıl köklerinin azalmasına bağlı saçlarda ve tüylerde dökülmelerle beraber saçlarda grileşme ve beyazlama gözlemlenir. Tırnaklarda ise sarıdan griye geçiş yapan renk değişimiyle birlikte tırnakların uç kısımlarında ayrılmalara, kuruluk ve kaşık şeklinde görüntü oluşabilir (Kurt, 2019; Asla ve Hocaoglu, 2017).

2.4.2 Yaşlanmaya Bağlı Kas İskelet Sisteminde Oluşan Değişimler

Yaşlanma sürecinde büyüme hormonunun ve fiziksel aktivitenin azalması, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu kas yapısının şeklinde ve gücünde azalma olmaktadır (Toğaçar vd., 2022). Yaşlanma ile ilgili olarak kas-iskelet sistemi farklılıkları yetmiş yaşın üzerindeki yaşlı bireylerin %7'sine etk yapmaktadır. 80 yaşından sonra bu oran artarak %20'ye kadar çıkabilir. Kas gücünde azalma her yıl %1,5 oranında artar ve bu 60 yaştan sonra bu oran %3 kadar artabilir. Buna bağlı olarak yaşlanmayla birlikte kuvvette kayıp, kas gücünde kayıplar, hareket-denge ve yürüyüş bozuklukları görülür (Akdeniz vd, 2019).

Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler sonucunda; kasın niteliği ve uzunluğunun azalmasına bağlı sarkopeni (kas erimesi) görülmektedir. Yaşlanmaya bağlı kemikteki mineral yoğunluğun ve kemik kütlesinin azalmasına bağlı kemiklerde kırılmanın artması ve osteoporoz (kemik erimesi) görülmektedir. Özellikle kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülebilir (Kapucu, 2019). Yine kemik yoğunluğunun azalmasına bağlı boyda kısalma ve postürde değişiklikler görülmektedir. Eklemdeki hareketin azalmasına bağlı olarak istemli kas hareketlerine başlamada zorluk görülmektedir. Sinir hücreleri üreten ve hormon üreten hücrelerin (nöro-endokrin) değişikliğine bağlı olarak sinirsel uyarılmada ve fonksiyon kapasitesinde azalmaya bağlı olarak istemsiz hareketler (tremor vb.) görülmektedir. Kol ve bacaklardaki kas iskelet kayıpları bireylerin öz bakımını etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Kapucu, 2019; Emre, 2020).

2.4.3 Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Sistemde Oluşan Değişimler

Nörolojik sistem incelendiğinde yaşlanmayla birlikte en çok etkilenen sistemlerden biri olduğu görülebilir. Yaşlanmaya bağlı olarak sinir sisteminin işlevsel, yapısal ve biyokimyasal özelliklerinde bir çok farklılıklara neden olmaktadır (Akdeniz vd., 2019). Yaşlanmayla birlikte beyne olan kan akışında azalma, beyin ağırlığı ve nöron kayıpları oluşur ve duyu-motor işlevlerinde kayıplar meydana gelir. Beyin hafıza merkezi, duyu ve motor sistemleri arasındaki geri bildirim

mekanizmasının ve bağlantı yerlerindeki hücre sayısının azalmasına bağlı olarak kısa dönem hafızada azalma, uzun süreli hafızada ise kelime bulma, anlamlandırma ve hatırlama sürelerinde değişiklikler görülmektedir (Akdeniz vd., 2019). Yaşlanmaya bağlı nörolojik hastalıklardan en önemlilerinden biri demanstır. Demans'ı; hafıza, hatırlama, algılama, yön bulma, gündelik etkinlik ve davranışları yerine getirmede güçlük yaşama durumu olarak yaşlanma sürecinde ortaya çıkan sinir sistemi hastalığıdır (Keskin vd., 2016).

Sinir sisteminin yaşlanmasına bağlı dikkatin toplanması ve sürdürülmesinde değişiklikler görülmektedir. Yaşlanmaya bağlı; vücudu üreme, dinlenme, çalışma, aktivite yapmaya ya da sindirmeye hazır hale gelmesini sağlamak için sinir sisteminin ürettiği iletilerin azalmasıyla depresyona neden olmaktadır (Küçük ve Karadeniz, 2021). Sinir sisteminin değişimine bağlı oluşabilecek sorunlar arasında uyku sorunları, boğulma ve yutkunma sorunları, öğrenme güçlüğü, demans, Alzheimer, depresyon, stresle baş etme güçlüğü vb. sıkıntılar sayılabilir (Kapucu, 2019; Küçük ve Karadeniz, 2021).

2.4.4 Yaşlanmaya Bağlı Duyusal Özelliklerde Oluşan Değişimler

Yaşlanma sürecinden etkilenen bir diğer sistemde duyuşal fonksiyonlardır. Özellikle 40 yaşlardan sonra görmede, 70'li yaşlarda işitmede kayıplar görülmeye başlar. Görmede, lenslerin esnekliği ve gözyaşında azalma, uzak veya yakındaki objelerin netleşmesinde değişiklikler, göz bebeğinin renginde değişiklik, detayları ayırt etmede güçlük ve net görebilmek için ışığa olan ihtiyaçta artış görülür. Görme bozuklukları fiziksel yetersizlik, kendilerini sosyal olarak izole etmeye ve özgüvende yetersizliğe ve depresyona neden olabilmektedir (Akdeniz vd., 2019).

Yaşlanmaya bağlı sinir sistemindeki uyarıların azalmasıyla işitme sisteminde de hassasiyet görülür. Yüksek ve çok tiz sesleri duymak ve anlamlandırmak zorlaşır (Erdoğan, 2016; Kapucu, 2019).

2.4.5 Yaşlanmaya Bağlı Metabolik ve Endokrin Sistemde Oluşan Değişimler

Yaşlanmaya birlikte organların fonksiyonlarında ve organlar arasındaki adaptasyonda da azalmalar görülebilmektedir. Sinir ve hormonal sistemler arasındaki denge mekanizmasının kontrolünde gözlenebilen yıpranma, bedenin karşı karşıya kaldığı iç ve dış uyaranlardan kaynaklı olan streslere uyum yapabilme yeteneğini de azaltır (Küçük ve Karadeniz, 2021). Çünkü enerji üretme, vücut ısını koruma ve kan şekerini düzenleme, kasların çalışmasını sağlamak için gerekli protein yapımını, kalp atım hızının dengelenmesi, cinsiyet özelliklerinin korunması, tansiyonun ve bağırsak hareketlerinin düzenlenmesi gibi pek çok fonksiyonunun düzenlenmesinde, vücuttaki hormonlar sorumludur (Kapucu, 2019).

Yaşlanmayla birlikte, kan şekerinin dengelenmesinde insülinin etkinliği azalır tip 2 diyabetin ortaya çıkmasına neden olur. Fiziksel eylemlerdeki azalma ve yağ dokusundaki fazlalaşma, özellikle batin bölgesinde oluşan yağlanma insülin direnci oluşmasında rol oynar (Savaş ve Gültekin, 2017).

Metabolik ve endokrin sistemlerde oluşan değişiklikler sonucu yaşlılık döneminde en sık ortaya çıkan hastalıklar; diyabet, tiroid bozukluğu, andropoz, ve menopo, erkeklerde sertleşme sorunu ve libido kaybıdır. Yaşlanmaya bağli olarak hormonların salgılanmasındaki azalma kadınlarda menopo, erkeklerde andropoz dönemini başlatır. Dokular da değişiklik meydana geldikçe, fizik ve mental sağlıkta değiş başlar ve cinsel etkinlikte aynı şekilde değişimler ortaya çıkabilir. Ancak cinsel istek her iki cinsiyette de değişlik göstermez. Yaşla birlikte östrojen hormonunda azalma ve adet döngüsünün olmayışı, yaşlı kadınlarda kişilik değişliklerine neden olmaktadır (Akdeniz vd., 2019).

Yaşlanmaya bağli metabolik ve endokrin sistem değişlikleri özetle yaşlılarda glukoz toleransını bozabilir, insülin direnci artırabilir, vücut kütle yapısı azalır, kaslarda yağ oranı artar, menapo, antropoz, Tip 2 diyabet, hipo-hipertirodizm gibi hastalıklara sebep olur (Yaman vd., 2020).

2.4.6 Yaşlanmaya Bağlı Gastrointestinal Sistemde Oluşan Değişimler

Yaşlanmaya bağlı mide-bağırsak sisteminde de birçok değişiklik gelişir. Genellikle yaşlılarda açlık hissi, beslenme alışkanlığı ve günlük kalori alımı azalır. Yetersiz beslenme hastalıklarının gelişimini kolaylaştırır (Bölüktaş, 2019). Tat ve koku alma yetisindeki değişiklikler de iştahı azalarak beslenme alışkanlığını etkileyebilir. Yaşlanmaya bağlı tükürük salgılamında azalma, dilde ve çene kas yeteneğinin azalması, diş kayıpları, tat ve koku duyusunda oluşan azalmayla yaşlıların beslenmesini zorlaştırmaktadır (Yaparel ve Elmacı, 2016). Ağız yapısının fonksiyonlarında bozulma, beslenmeden kaçınmaya veya besin alımının azaltılmasına sebebiyet vererek iyi olmayan beslenmeye ve beslenme bozukluklarına neden olabilmektedir (Akdeniz vd., 2019).

Yaşlanmaya bağlı midenin iç yüzeyinde incelme ve midedeki asit miktarında azalma oluşur. Emilimin sağlanması için aside ihtiyaç duyan B12 vitamini gibi besin maddeleri daha az emilmeye başlar. Yenilen gıdanın sindirilmesi için kullanılan bazı enzimlerin salgılanmasında da azalma olur. Bu da gıdaların mideden boşalma zamanı uzatır. Mide ve bağırsak duvarlarının kanlanması azalır ve midede yanma, ağrı, bulantı, iştahsızlık gibi belirtilerin oluşumunu kolaylaştırır. Yaşlanmaya bağlı bağırsak hareketlerinde de yavaşlama görülür ve kabızlığa yatkınlık artar (Kapucu, 2019).

2.4.7 Yaşlanmaya Bağlı Üriner Sistemde Oluşan Değişimler

Yaşlanmaya bağlı olarak üreme organlarının fonksiyonlarında geriler ve mukozalarda kuruluk görülmeye başlar. Üreme sistemi fonksiyonlarının gerilemesiyle seksüel aktivite ve cinsel istekte azalmaya sebep olur. Böbrekten kan akımı azalır. Böbreklerin idrar yoğunluğu ve idrari süzme özelliği azalır (Ören vd, 2016). Mesane kapasitesinde azalma ve kaslarda zayıflama görülür. Su ve elektrolitlerin emilimi azaldığı için sıvı eksikliği ve sıvı elektrolit dengesizlikleri gözlemlenebilir. Yaşlanmaya bağlı erkeklerde prostat dokusunda büyümesine bağlı

idrar kaçırma veya idrar yapmada zorlanmalar görülür. Kadınlar da ise menapozun etkisiyle üretra yüzeyinin kalınlaşmasına bağlı üretra çevresindeki bağ dokularının zayıflamasıyla mesane kapasitesinde kasların gücünü kaybetmesine neden olarak idrar kaçırmalarına neden olur (Ağar, 2020).

Yaşlanmaya bağlı olarak üriner sistemde oluşabilecek hastalıklar; inkontinans (idrar kaçırma) akut ve kronik böbrek yetmezliği, erkeklerde prostat, ödem, yüksek tansiyon idrarda protein, idrar yapamamadır (Kalkan ve Ersöz, 2017).

2.4.8 Yaşlanmaya Bağlı Kardiyovasküler Sistemde Oluşan Değişimler

Yaşlılarda en sık görülen ölüm nedenleri kardiyovasküler sisteme bağlıdır. Yaşlanma süreci ile kalp dokusunda görülen yapısal küçük ve büyük değişiklikler kalbin fonksiyonlarındaki değişik oluşturmaktadır. Yaşlanma ile yapısı ve sayısı değişen kalp kaslarının yenilenme özelliği de azalır ve hücre ölümü, hipertrofi ve fibröz oluşmaktadır. Yaşlanmaya bağlı kalp damar duvarları kalınlaşır ve esnekliği azalır. Kalbin yapısında çeşitli kireçlenmeler sonucu, mitral ve aort kapakçıkları etkilenecek, damar sertleşmesi oluşumuna sebep olmakta, kalp kapakçıklarında kalınlaşma ve üfürümler görülmektedir (Ağar, 2020). Düz kaslardaki uyarıya cevap verme azalır ve buna bağlı olarak egzersiz esnasında kalp atım hızında azalma gözlemlenir.

Yaşlanmaya bağlı olarak genellikle sistolik (büyük tansiyon) kan basıncı artar diyastolik (küçük tansiyon) kan basıncı ise azalmaya eğilimi gösterir. Bunun ana sebebi büyük atardamarların esnekliğini kaybetmesinden ötürü damarlarda sertleşmenin görülmesidir. Sistolik basıncının artması sol ventriküler dolumunu bozarak düşük tansiyona sebep olabilir. İstemsiz kalp atımları ve düzensiz atımlar sık olmaktadır (Ağar, 2020).

Organların tümüne giden kan akımı oranı azalmakta, venlerde genişleme ve deri yüzeyindeki damarlarda belirginleşme olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı fiziksel aktivite kapasitesin de ciddi anlamda bir düşüş meydana gelmektedir., kalp

yetmezliği, hipertansiyon, ateroskleroz, atriyal fibrilasyon, kalp krizi, kapak hastalıkları ve venöz tromboz görülmektedir. (Çakan, 2017; Kapucu, 2019).

2.4.9 Yaşlanmaya Bağlı Solunum Sistemde Oluşan Değişimler

Yaşlanma ile ortaya çıkan solunum sistemindeki değişiklikler genellikle akciğerin bütünlüğündeki yapısal farklılaşmalar ve göğüs kafesinde görülen, akciğer fonksiyon testlerinde normal olmayan bulgular, soluk alıp verme ve gaz alışverişi anormallikleri, egzersiz kapasitesinin azalması ve solunum kas gücünün azalmasını içerir. Yaşlanma sürecinde solunum kas gücünde zayıflama olmasından dolayı solunumun iş yükü artar ve solunum kas yorgunluğu meydana gelir ve bu sebeple göğüs duvarının ve diyaframın solunum etkinliği azalır. Göğüs duvarındaki yapısal değişiklikler diyaframın eğriliği ve kalınlığında yaşlanmayla birlikte bir değişiklik görülmemektedir (Ağar, 2020). Yaşlanmaya bağlı süreçte açığa çıkan yapısal ve sistemsel değişiklikler yaşlılarda akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını ve yaygınlığını artırmaktadır. Pnömoni, KOAH ve idiyopatik pulmoner fibrozis (akciğer sertleşmesi) gibi birçok solunum yolunun deformasyonuna bağlı oluşan hastalar yaşlılarda daha fazla görülmektedir (Ağar, 2020).

Solunum yollarında yaşlanma süreciyle birlikte; alveoller genişler ancak solunum yüzey alanı azalır, göğüs duvarı sertliği artar, solunum kaslarının gücü azalır ve yükü artar, akciğerin elastikiyeti azalır, küçük hava yollarında (bronşiyollerde) daralma gerçekleşir ve derin soluk alıp vermek zorlaşır. Yeterli soluk alıp verememeye bağlı olarak oksijenlenmede yetersizlik (hipoksi) ve kanda karbondioksit birikmesi (hiperkapni) görülmektedir. (Bozdemir ve Amasya 2019) Dokuların kanlanması azalma olduğu için vücudun ihtiyacı olan oksijen gereksinimi akciğerler tarafından karşılanmayınca kalbin çalışma sisteminde bozukluklar görülmektedir. Yaşlıların oksijen yetersizliğine uyarılmasını sağlayan hücrelerin geri dönüşün azalmasıyla uyku-apne sendromu ve başta sık ve derin sonrasında gittikçe yüzeysel ve yavaşlayan solunum (cheyne-stokes) gibi solunum sorunları görülmektedir (Kapucu, 2019, Bozdemir; Amasya, 2019).

Yaşlı bireylerde solunum sistemindeki fizyolojik değişikliklere neden olan bir diğer faktör ise solunum sistemi enfeksiyonlarıdır. Yaşlanmayla beraber akciğerlerde silier aktivite azalması, öksürüğün azalması ve vücudun savunma sisteminin zayıflaması sebebiyle aspirasyon pnömonisinin oluşumuna imkan sağlar Buna bağlı olarak bağışıklık sisteminin savunmasız kalması nedeniyle enfeksiyona karşı dirençte yetersizlik görülmektedir (Yıldırım vd., 2013).

2.5 Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşlılık Arasındaki İlişki

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), sağlık hizmetlerinde kullanılan terim anlamı, insanların günlük öz bakım aktivitelerini ifade etmek için kullanılan bir terimdir. GYA kavramından ilk kez 1950 yıllarında Sidney Katz ve ekibi tarafından gündeme getirildi ve zamanla çeşitli araştırmacılar tarafından düzenlenip geliştirildi. 1970’li yıllarda Roper ve diğerleri tarafından hemşirelik uygulamalarının sistematik şekilde belirlenmesi ve tüm boyutlarıyla insanı ele alan bir hemşirelik modeli geliştirdiler ve bireyin günlük yaşamını sürdürmesi için gerekli aktiviteler belirlediler (Akkoyun, 2019).

Günlük yaşam aktiviteleri 12 farklı gruba ayrılmıştır. Bunlar; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama sürdürme, iletişim kurma, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel hijyen ve giyim, beden ısısının kontrolü ve dengelenmesi, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölümdür. Bu aktiviteler birbiri ile ilişkili olup birbirini etkilemektedir (Akkoyun, 2019).

Günlük yaşam aktiviteleri bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise bireyin toplumda bağımsız yaşaması için gereken etkinlikleri içermektedir (Tel vd., 2011).

Yaşlanma, tüm organizmayı etkileyen bir süreçtir ve kişilerde fizyolojik ve anatomik değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlanmayla oluşan değişikliklere bağlı olarak hastalıkların ortaya çıkması ve kronik hastalık sayılarında artış olmaktadır (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Kronik hastalıkların var oluşu, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımlılık durumunu artırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte yaşam kalitesi, yaşamı her yönleriyle değerlendiren kapsamlı bir kavram olup bireylerin fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, aktiviteler, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler ve alışkanlıkları içermektedir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Yaşlanmakta olan bireylerin en önemli istekleri, yürüyüş, merdiven çıkma, bulunduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yardıma gereksinim duymadan yapabilmektir. Ancak yaşlanma ile birlikte, fizyolojik ve anatomik yapılarda oluşan değişimler GYA'lerini azaltmakta, zorlaştırmakta veya engelleyerek bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (Kankaya ve Karadankovan, 2017).

Bu durum yaşlı bireylerin kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmelerine ve yaşam doyumlarını olumsuz açıdan etkileyebilmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin yaşam kalitesi açısından günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun incelenmesi gerekmektedir (Arpacı, 2015).

2.6 Sağlık Algısı Ve Yaşlı

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir. Bireyin sağlık algısı, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, sürdürülmesi ve sağlığın geliştirilme süreci ile doğrudan ilişkilidir (Özdelikara vd., 2018).

Sağlığı algılama biçimi, bireylerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir. Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için o topluluğun sağlık durumunun da ölçülmesi gerekmektedir (Çimen ve Temel, 2017).

Yaşlıların sağlığı algılama ve yaşam kalitesini ölçmeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin önemli kazanmaya başladığı bu dönemde durum saptamasının yapılması sağlık çalışanları için yol gösterici olabilir.

2.6.1 Günlük Yaşam aktiviteleri ve Yaşlılarda Sağlık Algısı arasındaki ilişkisi ile Hemşirelikle İlişkisi

Toplum içerisindeki yaşlı nüfus oranının her geçen yıl artması beraberinde kronik hastalıkların görülme sıklığını da artırmaktadır. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklarda artışın yanı sıra fizyolojik ve anatomik değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıklar ve fizyolojik değişiklikler yaşlı bireyin gün içerisinde gerçekleştirebilecekleri aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakıma olan ihtiyaçlarını da artırmaktadır. Kronik hastalıklarda ve fonksiyon kayıplarında artış olması beraberinde sağlıklı olma, sağlıklı kalma, sağlığa bakış ve sağlığı algılama şeklini de etkilediğini söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan evde bakım hizmetlerinin öncelikli ve en temel amacı; yaşlı bireyin temel bakım gereksinimlerinin kendi ev ortamında, en konforlu ve en üst düzeyde karşılanması ve devam ettirilmesidir. Evde bakım, yaşlı bireylerin kendi evinde sağlık gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi ev ortamının yaşamını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi sosyal yaşama katılımın sağlanması gibi çok boyutları olan bir hizmet modelidir.

Sağlığı algılama biçimi, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir (Altay vd., 2016).

Yaşlıların, kendi sağlığını algılaması, günlük yaşam aktivitelerinin düzeyinin ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi ile yaşlıya yönelik hemşirelik bakım hizmetlerine karar verilmesinde önemli olduğu ayrıca yaşlılara ilişkin diğer çalışmalara da olumlu

katkılar sağlayacağını düşünmekteyim. Hemşirelik bir bakım disiplini ve yaşı bakımında önemli rol ve sorumlulukları vardır (Yazıcı, 2015).

Yaşlılarda sağlıklı yaşamın etkin bir şekilde sürdürülmesi, sağlığa bakışı, yaşı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin kalitesine göre gereksinimlerinin doğru tanılanıp sistemli bir şekilde ele alınmasını gerektiğini söyleyebiliriz.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma 65 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'ne bağlı Lapta beldesi ve civar köylerinde 15 Mayıs - 15 Temmuz 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı Lapta Belediyesi Sosyal Hizmet Birimi'nde kayıtlı ve aktif olarak hizmet alan yaşlılar oluşturmuştur. Sosyal Hizmet Biriminde 3 hemşire, 2 kuaför ve 1 şoför görev yapmaktadır. Lapta ve civarındaki köylerde yaşayan, çalışma evrenini oluşturacak yaklaşık 850 kişi referans alınmıştır. Evreni bilinen örneklem sayısı hesaplama formülü kullanılmıştır.

3.3.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırma evrenini tamamına ulaşılması zaman, maliyet ve kontrol bakımından güç olacağından dolayı araştırmada çalışma evrenini temsil edecek şekilde örneklem seçmek için Basit Rasgele Örneklem yöntemi ile seçim yapılmıştır. Buna göre araştırma evreninde yer alan 850 bireyden %95 güven aralığı ve %5 örneklem hatası ile görüşülmesi gereken kişi sayısı 265 olduğu saptanmıştır. Örneklem formülüne göre hesaplamalar aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q} \quad n = \frac{850 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(849)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 265$$

Örneklem sayısı;

N: Çalışma Evrenindeki kişi sayısı

n:Örnekleme alınacak birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t:Belirli bir anlamlılık düzeyinde, z tablosuna göre bulunan teorik değer

d:Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Katılımcının gönüllü olması, bilgilendirilmiş onam formunu doldurması ve kendini ifade edebilmesi olarak belirlenmiştir.

3.3.3 Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikleri tanılama soru formu (EK 1), Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği (EK 2) ve Sağlık Algısı ölçeği (EK 3) kullanılarak, yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

3.3.4 Sosyo-Demografik Özellikleri Tanılama Soru Formu (EK 1)

Bu form demografik özellikleri ve kronik hastalıkları tespit etmek amacıyla tek bölümden oluşmaktadır. Demografik özellikler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kim ile yaşadığı, yaşadığı bölge, konut şekli, hastane deneyimi, gelir düzeyi, alkol ve sigara kullanımı, yürümeye yardımcı araç kullanımı, kronik hastalığı olup olmadığını, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, pulmoner hastalığı, nörolojik hastalığı, üriner hastalığı, diyabet, romatizma, kanser hastalığı, görme sorunu, işitme sorunu ve kas iskelet sisteminde bozukluk olup olmadığını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur.

3.3.5 Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği (EK 2)

Fusun Şahin tarafından geliştirilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Şahin ve ark. (2008) tarafından yapılan “Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteler Ölçeği” 4 alt boyut 22 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirmede 4'lü Likert (3=katılıyorum, 2=kısmen katılıyorum, 1=katılmıyorum, 0=fikrim yok) şeklinde değerlendirilme yapılmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.84-0.93 ve 0.74-0.97 arasındadır.

3.3.6 Sağlık Algısı Ölçeği (EK 3)

Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik çalışması Yıldız ve Kadioğlu (2012) tarafından yapılan “Sağlık Algısı Ölçeği” 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. “1., 5., 9., 10., 11. ve 14.” maddeler olumlu tutum ifadelerini, “2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15.” maddeler olumsuz tutum ifadelerini göstermektedir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise olumlu ifadelerle göre tersi olacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15 olup, alınabilecek en çok puan ise 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82 olarak belirlenmiştir.

Kolerasyon katsayısına göre ise 0,80 ve üstü yüksek ilişki, 0,60-0,80 güçlü ilişki, 0,40-0,59 orta derecede ilişki, 0,20- 0,39 düşük ilişki ve 0,20’nin altındaysa zayıf ilişki şeklinde yorumlanmalıdır.

3.4 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.4.1 Verilerin Toplanması

Veriler belirlenen tarihler arasında çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerden toplanmıştır. Araştırma verilerinin istatistiki analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 programıyla yapılmıştır. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları frekans analizleriyle saptanmış ve Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının betimleyici istatistikleri verilmiştir. Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının normalliğinin incelenmesi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Aktiviteleri İndeksi puanlarının Sağlık Algısı Ölçeği puanlarına etkisi çok değişkenli regresyon analizi ile belirlenmiştir. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı tablolarda, bağımsız değişkende iki grup bulunuyorsa bağımsız örneklem t testi uygulanmış, ikiden fazla grup bulunuyorsa ANOVA yapılmıştır. Çalışmada post-hoc test olarak ise Tukey testi uygulanmıştır.

3.4.2 Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo 1.

Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Normallik Testleri

	Kolmogorov-Smirnov			Çarpıklık	Basıklık
	İst.	Sd	p		
Hareket	0,168	266	0,000*	-0,468	-1,054
Mutfak	0,272	266	0,000*	-1,246	1,216
Ev İşleri	0,204	266	0,000*	-1,182	0,556
Aktivite	0,167	266	0,000*	-0,444	-1,212
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	0,146	266	0,000*	-0,873	-0,092
Kontrol Merkezi	0,137	266	0,000*	0,735	-0,029
Kesinlik	0,075	266	0,001	0,022	-0,879
Sağlığın Önemi	0,207	266	0,000*	-1,276	1,299
Öz Farkındalık	0,098	266	0,000*	-0,085	-0,691
Sağlık Algısı Ölçeği	0,081	266	0,000*	0,333	0,121

Tablo 1.'de yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının normallığının incelenmesi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi bulguları verilmiş olup, çarpıklığın ve basıklığın düşük ($\pm 1,5$) olmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Etik Kurul onayı ve Lapta Belediyesi Başkanlığından yazılı izin alınmasından sonra başlanmıştır (EK 4, EK 5). Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1 Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 2.

Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
65-69 yaş	90	33,83
70-74 yaş	51	19,17
75-79 yaş	71	26,69
80 ve üstü	54	20,30
Cinsiyet		
Kadın	154	57,89
Erkek	112	42,11
Eğitim düzeyi		
Okur yazar	230	86,47
Okur yazar değil	36	13,53
Medeni durum		
Evli	179	67,29
Boşanmış	30	11,28
Eşi ölmüş	57	21,43
Birlikte yaşayan kişiler		
Eş	168	63,16
Eş ve çocuklar	7	2,63
Çocuklar	22	8,27
Bakıcı	21	7,89
Tek başına	43	16,17
Diğer	5	1,88
Yaşanan yer		
Şehir merkezi	64	24,06
Kasaba	110	41,35
Köy	92	34,59
Konut türü		
Müstakil ev	233	87,59
Apartman	20	7,52
Yardımcı ev	13	4,89
Gelir düzeyi		
Yeterli	144	54,14
Yetersiz	122	45,86

Tablo 2.'de araştırmanın örneklemindeki yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaşlıların %33,83'ü 65-69 yaş, %19,17'si 70-74 yaş, %26,69'u 70-74 yaş, %20,30'u 80 yaş ve üstünde olduğu, %57,89'u kadın ve %42,11'i erkek olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %86,47'si okur-yazar, %67,29'u evli, %11,28'i boşanmış ve %21,43'ünün eşinin hayatta olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların %63,16'sı eşleriyle, %16,17'si tek başına kalmakta olduğu ve %24,06'sı şehir merkezinde, %41,35'i kasabada ve %34,59'u köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Yaşlıların %87,59'u müstakil evde ikamet ettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %54,14'ü gelirlerinin yeterli olduğunu, %45,86'sı ise yetersiz olduğunu belirtmiştir.

4.2 Yaşlıların Sigara-Alkol kullanımına Göre Sağlık Durumlarının Değerlendirmesi

Tablo 3.'te araştırma kapsamına alınan yaşlıların sigara-alkol kullanımı ve sağlık durumlarına göre dağılımları gösterilmiş olup, yaşlıların %20,30'unun alkol ve %22,18'ini sigara kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 3.

Yaşlıların Sigara-Alkol Kullanımı ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol kullanımı		
Var	54	20,30
Yok	212	79,70
Sigara kullanımı		
Var	59	22,18
Yok	207	77,82
Yürümeye yardımcı araç		
Var	71	26,69
Yok	195	73,31
Kronik hastalık		
Var	238	89,47
Yok	28	10,53
Hastalık (n=238)		
Yüksek tansiyon	172	72,27
Kalp Hast.	138	57,98
Pulmoner Hast.	79	33,19
Nörolojik Hast.	65	27,31
Psikiyatrik Hast.	38	15,97
Üriner Hast.	74	31,09
Diabet	154	64,71
Romatizma	48	20,17
Kanser öyküsü	25	10,50
Görme bozukluğu	234	98,32
İşitme bozukluğu	118	49,58
Kas iskelet sistemi boz.	109	45,80
Hastane deneyimi		
Var	238	89,47
Yok	28	10,53

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınmış olan yaşlıların %26,69'unun yürümeye yardımcı araç kullandığı, %89,47'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlıların %72,27'sinin yüksek tansiyon, %57,98'sinin kalp hastalıkları, %33,19'unun akciğer hastalıkları, %27,31'inin nörolojik, %15,97'sinin psikiyatrik, %31,09'unun üriner hastalığı olduğu, %64,71'inin diyabet, %20,17'sinin romatizma, %10,50'sinin kanser öyküsü, %98,32'sinin görme bozukluğu, %49,58'inin işitme bozukluğu ve %45,80'inin kas iskelet sistemi bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların %89,47'sinin hastanede deneyimi olduğu görülmüştür.

4.3 Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Bulguların Özellikleri

Tablo 4.'te araştırmadaki yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler verilmiştir.

Tablo 4.

Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları

	N	$\bar{x}$	s	Min	Max
Hareket	266	18,56	5,05	6	24
Mutfak	266	17,44	3,71	6	20
Ev İşleri	266	16,73	3,95	5	20
Aktivite	266	18,11	5,56	6	24
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	266	70,84	16,30	24	88

Tablo 4.'e göre araştırmaya dahil edilmiş olan yaşlılar Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksindeki hareketten $\bar{x}=18,56\pm5,05$ puan, mutfaktan $\bar{x}=17,44\pm3,71$ puan, ev işlerinden $\bar{x}=16,73\pm5,56$ puan ve

aktiviteden $\bar{x} = 18,11 \pm 5,56$ puan, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından ise $\bar{x} = 70,84 \pm 16,30$ puan almışlardır.

4.4 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Tablo 5.

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanları

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Kontrol Merkezi	266	12,93	4,68	5	25
Kesinlik	266	12,42	4,46	4	20
Sağlığın Önemi	266	12,18	2,24	3	15
Öz Farkındalık	266	9,07	2,94	3	15
Sağlık Algısı Ölçeği	266	46,60	8,92	21	72

Tablo 5.'te yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler gösterilmiş olup, yaşlıların ölçekteki kontrol merkezinden $\bar{x} = 12,93 \pm 4,68$ puan, kesinlikten $\bar{x} = 12,42 \pm 4,6$ puan, sağlığın öneminden $\bar{x} = 12,18 \pm 2,24$ puan ve öz farkındalıkta $\bar{x} = 9,07 \pm 2,94$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından $\bar{x} = 46,60 \pm 8,92$ puan aldıkları belirlenmiştir.

4.5 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Algısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 6.

Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları ile Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	Sağlık Algısı Ölçeği
Hareket	r	0,151	0,525	0,192	0,314	0,493
	p	0,014*	0,000*	0,002*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Mutfak	r	0,085	0,419	0,211	0,298	0,405
	p	0,167	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Ev İşleri	r	0,103	0,439	0,242	0,256	0,419
	p	0,092	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Aktivite	r	0,132	0,541	0,236	0,300	0,498
	p	0,032*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	r	0,136	0,549	0,247	0,329	0,516
	p	0,026*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266

Tablo 6.'da yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanları ile Sağlık Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların incelenmesine dair yapılan Pearson testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 6.'ya göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezi puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

toplamından, hareketten ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar bulunmaktadır ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil olan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kesinlik puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar vardır. ($p<0,05$).

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki öz farkındalık puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktivite puanlarının arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.6 Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Algısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Yordanmasına Yönelik Bulgular

Tablo 7.

Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanlarının Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarını Yordama Durumu

	Std. Olm.		Standardize			F	R ²
	B	S.H.	B	T	p	p	DüzR ²
(Sabit)	28,55	2,26		12,651	0,000*		
Hareket	0,33	0,19	0,19	1,801	0,073	25,576	0,282
Mutfak	-0,26	0,30	-0,11	-0,871	0,385	0,000*	0,271
Ev İşleri	0,48	0,27	0,21	1,812	0,071		
Aktivite	0,46	0,15	0,29	3,161	0,002*		

Tablo 7.'de yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanlarının Sağlık Algısı Ölçeği puanlarını yordama durumunun incelendiği regresyon analizi sonuçlarına göre yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksideki Aktiviteden aldıkları puanların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarını istatistik açıdan önemli ve pozitif şekilde yordamakta olduğu görülmüştür ($\beta=0,29$; $p<0,05$).

4.7 Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Yaşlarının Karşılaştırılması

Tablo 8.'de yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının yaşlarına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan ANOVA'nın bulguları verilmiştir.

Tablo 8.

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

	Yaş	N	$\bar{x}$	S	Min	Max	F	p	Fark
Kontrol Merkezi	65-69 yaş	90	12,94	4,90	5	23	0,743	0,527	
	70-74 yaş	51	13,75	4,50	5	23			
	75-79 yaş	71	12,59	4,62	6	25			
	80 ve üstü	54	12,57	4,56	5	25			
Kesinlik	65-69 yaş	90	13,51	3,67	4	20	17,376	0,000*	1-4
	70-74 yaş	51	13,84	4,42	4	20			2-4
	75-79 yaş	71	12,68	4,74	4	20			3-4
	80 ve üstü	54	8,93	3,50	4	18			
Sağlığın Önemi	65-69 yaş	90	12,50	1,84	7	15	3,603	0,014*	1-4
	70-74 yaş	51	12,39	2,07	7	15			2-4
	75-79 yaş	71	12,28	2,21	3	15			3-4
	80 ve üstü	54	11,31	2,81	4	15			
Öz Farkındalık	65-69 yaş	90	9,97	3,01	3	15	10,424	0,000*	1-4
	70-74 yaş	51	9,16	2,66	3	14			2-4
	75-79 yaş	71	9,21	2,65	3	14			3-4
	80 ve üstü	54	7,30	2,72	3	13			
Sağlık Algısı Ölçeği	65-69 yaş	90	48,92	8,27	27	66	14,983	0,000*	1-4
	70-74 yaş	51	49,14	8,94	27	72			2-4
	75-79 yaş	71	46,76	8,52	31	72			3-4
	80 ve üstü	54	40,11	7,33	21	57			

* $p < 0,05$

Tablo 8.'e göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). 80 yaş ve üstündekilerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar diğer yaşlılardan azdır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

4.8 Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Göre Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması

Tablo 9.'da araştırma örneklemine dahil yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları verilmiştir.

Tablo 9.

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol	Kadın	154	12,04	4,23	-3,726	0,000*
Merkezi	Erkek	112	14,15	4,99		
Kesinlik	Kadın	154	11,86	4,41	-2,441	0,015*
	Erkek	112	13,20	4,44		
Sağlığın Önemi	Kadın	154	12,40	1,95	1,906	0,058
	Erkek	112	11,88	2,57		
Öz Farkındalık	Kadın	154	8,90	2,89	-1,075	0,284
	Erkek	112	9,29	3,01		
Sağlık Algısı Ölçeği	Kadın	154	45,20	9,02	-3,039	0,003*
	Erkek	112	48,52	8,45		

* $p<0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar cinsiyetlerine göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Erkeklerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar kadınlardan fazladır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar cinsiyetlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı bulunmamıştır. ($p>0,05$). Kadın ve erkeklerin sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar yakındır.

4.9 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 10.'da araştırmaya katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının eğitimlerine göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları gösterilmiştir.

Tablo 10.

	Eğitim düzeyi	N	$\bar{x}$	s	t	p
Kontrol Merkezi	Okur yazar	230	12,97	4,80	0,361	0,719
	Okur yazar değil	36	12,67	3,81		
Kesinlik	Okur yazar	230	12,90	4,24	4,638	0,000*
	Okur yazar değil	36	9,33	4,64		
Sağlığın Önemi	Okur yazar	230	12,35	2,11	3,216	0,001*
	Okur yazar değil	36	11,08	2,74		
Öz Farkındalık	Okur yazar	230	9,36	2,89	4,243	0,000*
	Okur yazar değil	36	7,19	2,53		
Sağlık Algısı Ölçeği	Okur yazar	230	47,59	8,63	4,753	0,000*
	Okur yazar değil	36	40,28	8,23		

* $p<0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Okur yazarların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar okur -yazar olmayanlardan fazladır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

4.10 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Medeni Hallerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının medeni hallerine göre karşılaştırmaları için uygulanmış olan ANOVA'nın bulguları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11.

	Medeni Hal	n	$\bar{x}$	S	Min	Max	F	p	Fark
Kontrol Merkezi	Evli	179	13,47	4,81	5	25	3,890	0,022*	1-2
	Boşanmış	30	12,07	4,07	7	23			1-3
	Eşi ölmüş	57	11,67	4,29	5	24			
Kesinlik	Evli	179	13,02	4,26	4	20	10,160	0,000*	1-3
	Boşanmış	30	13,17	4,59	6	20			2-3
	Eşi ölmüş	57	10,14	4,33	4	20			
Sağlığın Önemi	Evli	179	12,15	2,37	3	15	0,435	0,648	
	Boşanmış	30	12,53	2,10	7	15			
	Eşi ölmüş	57	12,09	1,86	8	15			
Öz Farkındalık	Evli	179	9,15	3,01	3	15	0,357	0,700	
	Boşanmış	30	8,67	2,70	4	14			
	Eşi ölmüş	57	9,02	2,85	3	14			
Sağlık Algısı Ölçeği	Evli	179	47,80	8,66	21	72	6,773	0,001*	1-3
	Boşanmış	30	46,43	9,14	28	66			2-3
	Eşi ölmüş	57	42,91	8,76	27	72			

* $p<0,05$

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar medeni hallerine göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Eşi ölmüş olanların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar evli ve boşanmış olanlardan daha az bulunmuştur. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar medeni hallerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

4.11 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 12.'de yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının Yaşadıkları Yere göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan ANOVA'nın bulgularına değinilmiştir.

Tablo 12.

	Yaşanan yer	n	$\bar{x}$	S	Min	Max	F	p	Fark
Kontrol Merkezi	Şehir merkezi	64	14,28	5,31	5	23	3,690	0,026*	1-2
	Kasaba	110	12,37	4,51	5	24			1-3
	Köy	92	12,65	4,24	5	25			
Kesinlik	Şehir merkezi	64	13,73	4,43	4	20	6,635	0,002*	1-2
	Kasaba	110	12,67	4,24	4	20			1-3
	Köy	92	11,21	4,47	4	20			2-3
Sağlığın Önemi	Şehir merkezi	64	12,52	1,79	7	15	6,111	0,003*	1-2
	Kasaba	110	12,53	1,90	7	15			2-3
	Köy	92	11,53	2,72	3	15			
Öz Farkındalık	Şehir merkezi	64	9,27	3,28	3	15	3,825	0,023*	1-3
	Kasaba	110	9,51	2,82	3	15			2-3
	Köy	92	8,40	2,73	3	14			
Sağlık Algısı Ölçeği	Şehir merkezi	64	49,80	10,51	27	72	9,378	0,000*	1-3
	Kasaba	110	47,08	7,54	27	72			2-3
	Köy	92	43,79	8,47	21	66			

* $p<0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşadıkları yere göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$).

Şehir merkezinde yaşayanların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar köyde yaşayanlardan fazladır. Ayrıca şehir merkezinde yaşayanların kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar kasabada yaşayanlardan fazladır. Kasabada yaşayanların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar köyde yaşayanlardan fazladır.

4.12 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Gelirlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 13.'te yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının gelirlerine göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 13.

	Gelir	N	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol Merkezi	Yeterli	144	13,31	4,73	1,458	0,146
	Yetersiz	122	12,48	4,59		
Kesinlik	Yeterli	144	13,14	4,46	2,892	0,004*
	Yetersiz	122	11,57	4,33		
Sağlığın Önemi	Yeterli	144	12,56	1,98	3,070	0,002*
	Yetersiz	122	11,73	2,45		
Öz Farkındalık	Yeterli	144	9,27	2,90	1,226	0,221
	Yetersiz	122	8,83	2,98		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yeterli	144	48,28	8,39	3,417	0,001*
	Yetersiz	122	44,61	9,15		

* $p<0,05$

Tablo 13. incelendiğinde yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten ve sağlığın öneminden aldıkları puanlar gelirlerine göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$).

Gelir düzeyi yeterli olanların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten ve sağlığın öneminden aldıkları puanlar yetersiz olanlardan fazladır. Yaşlıların kontrol merkezinden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar gelirlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

4.13 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Alkol Kullanımlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 14.'de yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının alkol kullanımlarına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları gösterilmiştir.

Tablo 14.

	Alkol kullanımı	N	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol	Var	54	14,00	5,27	1,895	0,059
Merkezi	Yok	212	12,66	4,49		
Kesinlik	Var	54	14,50	4,64	3,942	0,000*
	Yok	212	11,89	4,26		
Sağlığın Önemi	Var	54	11,94	2,81	-0,867	0,387
	Yok	212	12,24	2,07		
Öz Farkındalık	Var	54	8,87	2,77	-0,552	0,581
	Yok	212	9,12	2,98		
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	54	49,31	7,92	2,532	0,012*
	Yok	212	45,91	9,05		

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar alkol kullanımlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Alkol kullananların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar fazladır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezinden, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar alkol kullanımlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Alkol kullanan ve kullanmayanların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezinden, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar yakındır.

4.14 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Sigara İçme Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Araştırmaya dahil olan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının alkol kullanımlarına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları Tablo 15.'te verilmiştir.

Tablo 15.

	Sigara İçme	n	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol Merkezi	Var	59	14,08	5,03	2,168	0,031
	Yok	207	12,60	4,53		
Kesinlik	Var	59	15,32	4,09	6,031	0,000*
	Yok	207	11,59	4,22		
Sağlığın Önemi	Var	59	12,24	2,89	0,221	0,826
	Yok	207	12,16	2,02		
Öz Farkındalık	Var	59	8,81	2,75	-0,752	0,453
	Yok	207	9,14	2,99		
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	59	50,46	7,39	3,865	0,000*
	Yok	207	45,50	9,03		

* $p<0,05$

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar sigara içme durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Sigara içenlerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar fazladır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezinden, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar sigara içme durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

4.15 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 16.'da araştırma kapsamındaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının yürümeye yardımcı araç kullanımlarına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulgularına değinilmiştir.

Tablo 16.

	Yürümeye yardımcı araç	n	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol Merkezi	Var	71	11,93	4,13	-2,116	0,035*
	Yok	195	13,29	4,82		
Kesinlik	Var	71	9,27	3,91	-7,685	0,000*
	Yok	195	13,57	4,09		
Sağlığın Önemi	Var	71	11,58	2,47	-2,680	0,008*
	Yok	195	12,40	2,11		
Öz Farkındalık	Var	71	8,03	3,05	-3,557	0,000*
	Yok	195	9,45	2,81		
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	71	40,80	8,56	-6,937	0,000*
	Yok	195	48,71	8,10		

* $p<0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yürümeye yardımcı araç kullanma durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Yürümeye yardımcı araç kullananların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar kullanmayanların puanlarından daha az bulunmuştur.

4.16 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Tablo 17.'de araştırmaya katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının kronik hastalıkları olmasına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları gösterilmiştir.

Tablo 17.

	Kronik hastalık	N	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol Merkezi	Var	238	12,83	4,66	-0,983	0,327
	Yok	28	13,75	4,84		
Kesinlik	Var	238	12,35	4,55	-0,771	0,442
	Yok	28	13,04	3,62		
Sağlığın Önemi	Var	238	12,16	2,30	-0,441	0,660
	Yok	28	12,36	1,68		
Öz Farkındalık	Var	238	8,90	2,97	-2,690	0,008*
	Yok	28	10,46	2,28		
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	238	46,24	8,92	-1,896	0,059
	Yok	28	49,61	8,53		

* $p<0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar kronik hastalıkları olmasına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklı değildir ($p<0,05$). Yaşlıların öz farkındalıktan aldıkları puanlar puanlarının kronik hastalıkları olmasına göre istatistik açısından önemli seviyede farklıdır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların öz farkındalıktan aldıkları puanlar olanlardan fazladır.

4.17 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Hastane Deneyimlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının hastane deneyimleri olmasına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan t testinin bulguları Tablo 18.'de gösterilmiştir.

Tablo 18.

	Hastane deneyimi	N	$\bar{x}$	S	t	p
Kontrol	Var	238	13,19	4,73	2,680	0,008*
Merkezi	Yok	28	10,71	3,51		
Kesinlik	Var	238	12,33	4,60	-0,995	0,321
	Yok	28	13,21	2,95		
Sağlığın Önemi	Var	238	12,15	2,30	-0,619	0,536
	Yok	28	12,43	1,64		
Öz Farkındalık	Var	238	8,92	2,92	-2,478	0,014*
	Yok	28	10,36	2,80		
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	238	46,58	9,31	-0,073	0,942
	Yok	28	46,71	4,58		

* $p<0,05$

Tablo 18. incelendiğinde, araştırmadaki yaşlıların, kontrol merkezinden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar hastane deneyimi olmasına göre istatistik açısından

önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Hastane deneyimi olan yaşlıların, yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar hastane deneyimi olmayanlardan fazla, öz farkındalıktan aldıkları puanlar ise azdır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından kesinlikten ve sağlığın öneminden aldıkları puanlar hastane deneyimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde görev yapmakta olduğum Lapta Belediyesi Sosyal Hizmet Biriminden sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri üyelerimizin yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve sağlık algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1 Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışması

Araştırmamıza katılan katılımcıların Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaşlıların; %33,83'ü 65-69 yaş aralığında ve %57,89'u kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %86,47'si okur-yazar olduğu ve %67,29'u evli ve %63,16'sı eşleriyle yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %16,17'si tek başına yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %24,06'sı şehir merkezinde, %41,35'i kasabada ve %34,59'u köyde yaşamadığı ve %87,59'u müstakil evde ikamet etmekte olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların %54,14'ü gelirlerinin yeterli olduğunu ve %45,86'sı ise yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız Şahin vd. (2018) Kutlu vd. (2021) ve (Sandıkçı 2022) yapmış oldukları çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Şahin vd.'lerinin (2018) çalışmalarına göre yaşlıların çoğunluğun erkek olduğunu tespit edilirken, araştırma verilerime göre bu bulgu farklılık göstermiştir. Katılımcıların yaş aralığına göre sosyo-demografik özellikler incelendiğinde çalışmamda yaşlıların çoğunluğu 65-69 yaş aralığında olduğu, Şahin vd. (2018), Kutlu vd. (2021) ve Sandıkçı (2022) verilerine göre 65-70 yaş aralığının yüksek olduğu örtüşmektedir. Araştırmamıza katılan yaşlıların çoğunluğun eşiyle birlikte yaşadığı ve okur-yazarlık oranı paralellik gösterirken gelir düzeyinde farklılıkları olduğu tespit edilmiştir. Kurtkapan (2019)'un verilerine göre yaşlıların %16'sının yalnız yaşadığını ve araştırmama katılan yaşlıların oranı ile örtüşmektedir.

5.2 Yaşlıların Sigara-Alkol kullanımına Göre Sağlık Durumlarının Değerlendirmesi

Tablo 3.'te araştırmaya katılan yaşlıların sigara-alkol kullanımı ve sağlık durumlarına göre dağılımları gösterilmiş olup, yaşlıların %20,30'unun alkol ve %22,18'ini sigara kullandığı belirlenmiştir.

Yapmış olduğum araştırmada yaşlıların %26,69'unun yürümeye yardımcı araç kullandığı, %89,47'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların %72,27'sinin yüksek tansiyon, %57,98'sinin kalp hastalıkları, %33,19'unun pulmoner, %27,31'inin nörolojik, ve %15,97'sinin psikiyatrik, %31,09'unun üriner hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %64,71'inin diyabet, %20,17'sinin romatizma, %10,50'sinin kanser öyküsü, %98,32'sinin görme bozukluğu, %49,58'inin işitme bozukluğu ve %45,80'inin kas iskelet sistemi bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların %89,47'sinin hastanede deneyimi olduğu görülmüştür. Kurtkapan (2019) çalışmasında yaşlıların yüksek oranda kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir ve araştırmamdaki kronik hastalık oranı ile benzeşmektedir. Sandıkçı (2022) göre sigara kullanan yaşlı oranı ile araştırmama katılan yaşlıların sigara içme oranı benzeşmektedir. Bilge vd. (2017) göre kronik hastalıkların oranı yapmış olduğum araştırmadaki oranlarla paralellik göstermektedir.

5.3 Yaşlıların Nottingham Geliştirilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda araştırmaya dahil edilmiş olan yaşlıların **Tablo 4'te** Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksindeki hareketten $\bar{x}=18,56\pm5,05$ puan, mutfaktan $\bar{x}=17,44\pm3,71$ puan, ev işlerinden $\bar{x}=16,73\pm5,56$ puan ve aktiviteden $\bar{x}=18,11\pm5,56$ puan, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından ise $\bar{x}=70,84\pm16,30$ puan almış olduğu saptanmıştır. Tarakçı ve ark. (2015) göre Huzurevinde yaşayan yaşlıların kronik ağrı, depresyon semptomları ve günlük yaşamdaki bağımsızlık seviyesini tespit etmek için yaptıkları çalışmada hareketten $\bar{x}=14.20\pm5.96$ puan, mutfaktan $\bar{x}=11.78\pm4.97$ puan, ev

işlerinden $\bar{x} = 8.71 \pm 4.02$ puan ve aktiviteden $\bar{x} = 12 \pm 5.4$ aktivitelerin indeks toplamından ise $\bar{x} = 46.63 \pm 17.9$ puan aldığı gözlemlenmiştir. Sakaar vd. (2020) göre yapıkları çalışmada ise yaşlıların ölçekten aldığı puan n:77 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğin kullanıldığı konuya göre değişken indeksler sahip olduğunu söyleyebiliriz.

5.4 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğine Göre Bulguların Tartışılması

Tablo 5.'te çalışmamıza katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler gösterilmiş olup, yaşlıların ölçekteki kontrol merkezinden $\bar{x} = 12.93 \pm 4.68$ puan, kesinlikten $\bar{x} = 12.42 \pm 4.6$ puan, sağlığın öneminden $\bar{x} = 12.18 \pm 2.24$ puan ve öz farkındalıkta $\bar{x} = 9.07 \pm 2.94$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından $\bar{x} = 46.60 \pm 8.92$ puan aldıkları belirlenmiştir. Yalınkılıç vd. (2020) yapmış oldukları çalışmaya göre kalp yetmezliği olan yaşlıların sağıl algısı ölçeğinden toplam puan ortalamasının düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir “ (33.56 ± 7.16) ”. Araştırmamıza göre tespit ettikleri ortalamanın altında kaldığını söyleyebiliriz. Gür (2017) yüksek lisans tez araştırmasında saptadığı verilere göre koroner arter hastalığı olan hastaların sağlık algı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 47.37 ± 5.77 (35-61 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi (11.33 ± 2.44) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik (10.84 ± 3.22) olduğu görülmüştür. Araştırma verilerini incelediğimizde yapmış olduğum analizle paralel olduğunu söyleyebiliriz.

5.5 Katılımcıların Yaş aralıklarına göre Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Tablo 8.'e göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). 80 yaş ve üstündekilerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar diğer yaşlılardan azdır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Yalınkılıç vd. (2020) göre yapmış oldukları çalışmada örneklem grubunun yapısından dolayı anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Emre vd. (2020) göre yapmış oldukları araştırmada yaş değişkenliğine göre kalp yetmezliği ve ilaç kullanan yaşlıların sağlık algı düzeylerinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Araştırmamızın verilerine göre yaşın artmasıyla sağlık algısının azaldığını öne sürebiliriz.

5.6 Katılımcıların Cinsiyetlerine göre Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği genelinden almış oldukları puan cinsiyetlerine göre istatistik açısından farklı olduğu ve erkeklerin sağlığı algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0,05$). Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar cinsiyetlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklılık göstermemiştir. Yalınkılıç ve ark. (2020) yaptıkları çalışmaya göre de erkek katılımcıların sağlık algılama düzeylerinin yüksek olduğu ve Altay vd. (2016) yaptıkları çalışmada sağlık algı ölçeğinde cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 9)

5.7 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Çalışmamıza katılan yaşlıların Okur-yazar olma düzeylerine göre Sağlık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan açısından farklı olduğu ve okur-yazar olmanın sağlık algı düzeyini artırdığını tespit edilmiştir. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer nitelikte olan ama farklılık gösteren Şen ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada yaş arttıkça sağlık algısı puanının azaldığı saptanmışlardır. Altay vd. (2016) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyinin sağlık algısıyla olan ilişkisine yer verilmemiştir. Yılmaz vd. (2018)'ne göre ise yapmış oldukları çalışma ile bizim çalışma grubumuz tamamen örtüşmese de sağlık algısının eğitim düzeyi arttıkça sağlığı algılama düzeyinin de arttığını saptamışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlara göre eğitim düzeyi arttıkça sağlığı algıma düzeyinin de artırdığını öne sürebiliriz.

5.8 Yaşlıların Medeni Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Çalışmamıza katılan yaşlıların medeni durumlarına göre, kontrol merkezinden ve kesinlikten aldıkları puanlar istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Eşi vefat etmiş olanların aldıkları puanlar evli ve boşanmış olanlardan daha az bulunmuştur. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar medeni hallerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Ancak Altay vd. (2016) yapmış oldukları çalışmada medeni hallerine göre değil de aile yapısına göre incelediklerinde elde ettikleri sonuç çekirdek aile yapısına sahip olan yaşlıların sağlık algı düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Yılmaz vd. (2018) cerrahi hastalarına yönelik yapmış oldukları çalışmada ise evli olmanın sağlığı algılama düzeyini artırdığını belirlemişlerdir. Literatürde bulgularımızı destekleyen farklı

alışmalara rastlanmıştır. Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda aile yapısının sağlığı algılama düzeyini artırdığını ne sürebiliriz (Tablo 11)

5.9 Yaşlıların Yaşadıkları Yere Göre Sağlık Algısı leği

Puanlarının Karşılaştırılma Tartışılması

Araştırmamızdaki yaşlıların Sağlık Algısı leği toplamından, aldıkları puanlar yaşadıkları yere göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). şehir merkezinde yaşayanların sağlık algısı, köyde yaşayanlardan fazladır. Ayrıca şehir merkezinde yaşayanların aldıkları puanlar kasabada yaşayanlardan fazladır. Kasabada yaşayanların ise aldıkları puanlar köyde yaşayanlardan fazladır. Yaptığımız literatür taramasında çalışmama eş değerde verilere rastlamadım. Demirtaş (2015) riner inkontinansı olan yaşlı bireylerin depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada kişilerin yaşadıkları yer sağlık algısını etkilediğini saptamışlarıdır. Başka bir çalışmaya göre Yılmaz (2020) Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığı araştırma sonucunda bireylerin yerinde yaşlanmanın sağlık algısını etkilediğini saptamışlardır. Yapmış olduğum literatür taramasıyla ve elde ettiğim verilerle yaşlı kişilerin kendi alanlarında yaşamasının sağlığın algısının olumlu yönde olduğunu öne sürebiliriz. Bununla birlikte kentte yaşayanların sağlık algısının yüksek olma sebebini kentteki kaynaklara ulaşılabilirliğin kolay olmasından dolayı olduğunu düşünmekteyim. Çalışmam göz önüne alındığın verilerim kentte yaşayanların sağlık algısının köylerde yaşayan bireylere göre daha fazla olduğunu ileri sürebiliriz (Tablo 12).

5.10 Yaşlıların Gelir Durumuna göre Sağlık Algısı leği

Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda yaşlıların gelir düzey yeterli olanların aldıkları puanlar yetersiz olanlardan fazladır olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$). Altay vd. (2016) Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler çalışmasında sağlığını çok iyi olarak algılayanların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzerlik gösteren zerdoğan vd. (2018)

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler çalışmasına göre gelir durumu azlığının sağlık algısını azalttığına yakın bir sonuç saptamışlardır. Literatür taramasında elde ettiğimiz farklı karşılaştırmalar da ele alındığında gelir düzeyinin yetersizliği sağlık algısını da düşürdüğünü öne sürebiliriz (Tablo 13).

5.11 Yaşlıların Alkol kullanımına göre Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan yaşlıların kontrol merkezinden, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar alkol kullanımlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Alkol kullanan ve kullanmayanların sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar yakın olduğunu saptadık. Karakoyunlu vd. (2020) Sağlık Algısı ile Kanseri Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişkiyi belirleme için yaptığı çalışmada alkol kullananların sağlık algısı puan ortalamaları kullanmayanlarda yüksek olduğunu saptamışlardır. çalışmamıza paralellik gösteren bir diğer çalışmada ise Hoeck ve Hal (2012) yapmış oldukları çalışmada alkol tüketiminin sağlığı algılama düzeyini önemli ölçüde etkilediğini saptamışlardır. Çalışmamızda bulduğumuz verilerle birlikte yaptığımız literatür taramalarında sağlık algısının düzeyiyle alkol tüketimi arasında kesin bir kanıya varılamadı (Tablo 14).

5. 12 Yaşlıların Sigara İçme Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar sigara içme durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Sigara içenlerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından ve kesinlikten aldıkları puanlar fazladır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezinden, sağlığın öneminden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar sigara içme durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzerlik gösteren Şen ve Öztürk (2020) göre sigara kullanımının sağlığı algılama düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Ancak Onat (2013) Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların

Yaşam Kalitesine Etkisi adlı çalışmasında ise sigara kullanımının yaşam kalitesini etkilemediğini saptamışlardır. Çalışmamıza paralellik gösteren Çiftçi ve Yıldız (2021) Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine ilişkin yaptıkları çalışmada sigara kullanma durumun sağlık algısını etkilediğini saptamışlardır. Literatür taramalarımıza ve verilerimize baktığımız da sigara kullanmanın sağlık algılama düzeyi ile ilişkisinde kesin bir sonuca varılamadı (Tablo 15).

5.13 Yaşlıların Yürümeye Yardımcı Araç Kullanımının Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan yürümeye yardımcı araç kullanma durumlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Yürümeye yardımcı araç kullananların kontrol merkezinden, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar kullanmayanların puanlarından daha az bulunmuştur. Çalışmamıza paralellik gösteren Tıraş (2018) yapmış olduğu Yaşlı gonartrozlu hastalarda total diz protezinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesine ilişkin çalışmada fiziksel ve fonksiyonel yetersizliğin sağlık algısını olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. Uğurlu (2020) Sağlıklı geriatric bireylerde bilişsel durumun fiziksel aktivite, üriner inkontinans, fonksiyonel bağımsızlık ve mobilitateye etkisini ölçmek için yaptığı çalışmada fiziksel aktivite düzeyinin sağlık anlayışını etkilediğini saptamıştır. Literatür taramalarımızda ve elde ettiğimiz verileri değerlendirerek yaşlıların fiziksel aktivitelerde yetersiz kalarak yürümeye yardımcı araç kullanmaları sağlık algılarını olumsuz yönde etkilediğini öne sürebiliriz (Tablo 16).

5.14 Yaşlıların Kronik Hastalıklarının Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan yaşlıların sağlık algısı ölçeği öz farkındalıktan aldıkları puanlar puanlarının kronik hastalıkları olmasına göre istatistik açısından önemli seviyede farklıdır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların öz farkındalıktan aldıkları puanlar olanlardan fazla olduğu saptanmıştır. Şen ve Öztürk (2020) yapmış oldukları

çalışmada kronik hastalığı olan yaşlıların sağlığı algılama düzeyini etkilendiği saptamışlardır (Tablo 17).

5.15 Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Hastane Deneyimlerine Göre Karşılaştırılma Sonuçları

Araştırmadaki yaşlıların, kontrol merkezinden ve öz farkındalıktan aldıkları puanlar hastane deneyimi olmasına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). Hastane deneyimi olan yaşlıların yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar hastane deneyimi olmayanlardan fazla, öz farkındalıktan aldıkları puanlar ise azdır. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından kesinlikten ve sağlığın öneminden aldıkları puanlar hastane deneyimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılarda sağlık algısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin değerlendirmesi amacıyla yapılmış bu çalışmanın bulgularına göre sonuç ve öneriler şu şekildedir.

6.1 Sonuç

- Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının normalliğinin incelenmesi için yapıla testinin sonucuna göre, çarpıklığın ve basıklığın düşük ($\pm 1,5$) olmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. (Tablo 1)
- Araştırmaya katılan yaşlıların demografik özelliklerine bakıldığında 65-69 yaş aralığında yoğunlaştığı ve kadın katılımcıların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların yüksek oranda okur-yazar olduğu ve yüksek oranda eşleriyle birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlıların gelir düzeylerini ifade ederken yarısı yeterliyken diğer yarısının yetersiz olduğu belirlenmiştir. (Tablo 2)
- Demografik özelliklerine göre yaşlıların en az bir kronik hastalığı olduğu ve bulgularımıza göre yüksek tansiyon, şeker, nörolojik hastalık, kas-iskelet sisteminde değişiklik ve romatizmanın en sık rastlanan hastalıklar olduğu belirlenmiştir. (Tablo 2)
- Kas-iskelet sisteminde değişikliğe bağlı yürümeye yardımcı araç kullanım oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 2)
- Araştırmaya dahil olan yaşlıların, yaşlanmaya bağlı görme bozukluğunun yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 2)
- Araştırmaya katılan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için kullandığımız “Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri” ölçeğinin toplamından $\bar{x}=70,84\pm 16,30$ puan almışlardır. Aldıkları puana göre çalışmış olduğumuz yaşlı grubun

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. (Tablo 4)

- Araştırmaya katılan yaşlıların sağlıklarını nasıl algıladıklarını değerlendirmek için kullandığımız “Sağlık Algısı Ölçeği” ölçeğinde en az 21 puan en çok 72 puan alırken ölçeğin toplamından $\bar{x}=46,60\pm8,92$ puan almışlardır. Aldıkları puana göre sağlığı algılama düzeylerinin olumlu olduğu belirlenmiştir. (Tablo 5)
- Araştırma katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Elde ettiğimiz bulgulara göre günlük yaşam aktiviteleri ile sağlığı algılama arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir. (Tablo 6)
- Araştırmada kullandığımız ölçeklerin daha önce ilişkilendirilmediği ve elde ettiğimiz verilere göre günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesinin sağlık algısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. (Tablo 7)
- Araştırma verilerine göre yaşlı bireylerin sağlığı algılama şekliyle; yaş aralığının, cinsiyetin, okur-yazarlığın, medeni durumun, gelir düzeyinin, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili verilerde göre istatistik açısından önemli seviyede farklılık bulunamamıştır. ($p>0,05$).
- Araştırma verilerine göre yaşlıların yaşadıkları yere göre sağlık algısının değiştiği belirlenmiştir. Şehirde yaşayan yaşlıların kasaba ve köyde yaşayan yaşlılara göre yüksek olduğu ve kasabada yaşayan yaşlılara göre köyde yaşayan yaşlıların sağlığı algılama düzeyleri düşük olduğu belirlenmiştir. ($p<0,05$) (Tablo 12)
- Araştırma verilerine göre yaşlıların yürümeye yardımcı araç kullanımının sağlığı algılama biçimi etkilediği belirlenmiştir. ($p<0,05$). (Tablo16)

- Araştırma verilerine göre kronik hastalığı olan yaşlıların sağlığı algılama şeklide anlamlı farklılık belirlenmiştir. ($p<0,05$).

6.2 Öneriler

Elde edilen sonuçlara doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Geriatri ve halk sağlığı hemşireleri, sağlık ve sağlık algısına yönelik algılama düzeyleri analiz edilmiş yaşlı gruplarında sağlığı algılama şeklinin değişilmesine yönelik yaşlı gruplarının ailelerinin de iş birliği doğrultusunda sağlık algısını olumlu yönde değiştirebilecekleri eğitim ve seminerlerin planlaması yapılabilir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşları, Belediyeler ve diğer tüm sağlık kuruluşları ile işbirliği içinde yaşlılara yönelik ev ziyaretleri ve sağlık kontrolleri planlanarak yaşlının sağlık anlayışını demografik özelliklerine göre belirleyerek sağlık anlayışını geliştirebilmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Halk sağlığı hemşireleri sağlık anlayışını geliştirme programları hazırlayarak eğitim ve danışmanlık vermelidir.
- Yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir yaşam sürme, çocuk ve torunlarına rol model olma isteklerini sağlık anlayışlarını geliştirme sürecinde motivasyon faktörü olarak kullanılabilir.
- Hemşireler yaşlı bireylerin sağlık anlayışının sağlık kurumlarına erişimin zor olmasından kaynaklı olduğunu analiz etmesi gerekmektedir.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarına erişimi sınırlı veya zor olan yaşlı grubu için sağlık hizmetinden ve sağlık kurumlarından etkin şekilde hizmet alabilmeleri için plan, program ve organizasyonlar yapılarak, ilgili kurumlardan destek alınarak yaşlı sağlık merkezlerine ulaşımı sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- Ageing And Health. (2018, Şubat 5). Aralık 16, 2020 Tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 22.12.2022
- Akbayrak, E., Aysan, Ü. Yaşlı Perspektifiyle Yerinde Ve Başarılı Yaşlanma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(55), 399-427.
- Akdeniz, M., Kavukçu, E., Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. İzbırakır G, editör. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-15.
- Akkoyun, S., Arslan, F. T. (2019). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk Hastanın Değerlendirmesi: Olgu Sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 78-93.
- Aközer, M., Nuhurat, C., & Say, Ş. (2011). Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27), 103-128.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3 (3), 347-354. DOI: 10.38108/ouhcd.752133
- Alınışık Erdoğan, A. (2016). Yaşlılık Döneminde İşitme Kaybı ve İşitme Kaybına Yaklaşımlar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (1), 22-33. DOI: 10.5455/tjfm.204524
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.

KAYNAKLAR (devam)

- Arpaci, F. (2015). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi açısından günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1).46-53
- Aslan, M., Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1),53-62.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/31210/339576>
- Aytaç, Ö., Kurttaş, M. Ç. (2016). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri Ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Bakanlığı, S. (2015). Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/1978>
- Baltacı, P., Alp, A. G.,Yavuzer, H. (2022). Yaşlılık Döneminde Gastrointestinal Hastalıklar. *Sağlık & Bilim: Beslenme-1*, 95-99
- Bayık Temel, P. D. A. , Altuğ Özsoy, P. D. S. , Uysal, Y. D. D. A. , Ergül, Y. D. D. Ş. , Vural, A. G. B. Yıldırım, A. G. B. (2009). Yaşlılarda Sağlık Anlayışı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 16 (16) , 95-105. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/spcd/issue/21096/227197>
- Bayrak, S., Semiha, A. K. I. N. (2019). Yaşlılarda Cilt Sorunları Ve Bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 215-220.
- Beğer, T. (2011). Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler. *Akademik Geriatri Derneği*, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 25, 29, 1-3.

KAYNAKLAR (devam)

- Beğer, T.,Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim, 25 (3), 1-3.
- Bolluk, A. Ç., Özçakar, N. (2019). Yaşlılarda Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarına Yaklaşım. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 10, 69-75.
- Boylu , A. A. (2013). Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Konut İlişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 24(1), 145-156.
- Bozdemir (haştar), E., Amasya, H. (2019). Yaşlanmayla birlikte ağız ve çevresindeki dokularda gözlenen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler. *Selcuk Dental Journal* , 6 (2) , 239-246 . DOI: 10.15311/selcukdentj.439068
- Bölüktaş, R. P. (2019). Yaşlanma Teorileri Ve Geriatrik Değerlendirme. <https://hdl.handle.net/20.500.12436/4041>. Erişim Tarihi: 22.12.2022
- Canlı, S., Karataş, N. (2018). Yaşlılar İçin Bir Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı: "Fiziksel Aktivite Danışmanlığı". *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 36-45.
- Cengiz Özyurt, B, Eser, E., Çoban, G., Akdemir, S. N., Karaca, İ., Karakoç, Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 10(3), 117-123.
- Coventry, P. A., Mcmillan, D., Clegg, A., Brown, L., Van Der Feltz-Cornelis, C., Gilbody, S., Ali, S. (2020). Frailty And Depression Predict Instrumental Activities Of Daily Living In Older Adults: A Population-Based Longitudinal Study Using The CARE75+ Cohort. *Plos One*, 15(12), E0243972.

KAYNAKLAR (devam)

- Çakan, F. Ö. (2017). İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 45(5), 5-8. Doi: 10.5543/tkda.2017.89856
- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., & Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin *İncelenmesi*. *Türk Geriatri Dergisi* 9(1) 30-33
- Çengelci Özekes, N. (2014). Yaşanılan Kentin Büyüklüğü, Yaşanılan Mekânın Özellikleri, Eğitim ve Cinsiyet Faktörleri Açısından Yaşlıların Yaşam Doyumları ve Günlük Yaşam Aktiviteler. *Ege Eğitim Dergisi*, 15(2), 476-496.
- Çiftçi, M., Zelka, M. (2019, November). Türkiye'de Yaşlı Bakımı Hizmetlerinin Gelişimi İstanbul İli Üzerine Bir Araştırma. In *International Congress Of Management Economy And Policy 2019 Autumn Proceedings Book* (P. 574).
- Çimen, Z., & Temel, A. B. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Duyar, İ. (2008). Gerontolojinin Temelleri. Ş. Akman, R. Mas, T. Işık, A. Karan, T. Beğer, T. Ünal İçinde, *Geriatri*, 9-19.
- Mustafa, E.(2020). Psikososyal Stresin Kemik Sağlığına Etkileri. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 66-74. DOI: 10.47141/geriatrik.727624

KAYNAKLAR (devam)

Erkal, S., Sahin, H. (2010). Home Accidents And Assistance İn Daily Activities Of Older Women İn Turkey. Educational Gerontology, 36(12), 1086-1099.
<https://doi.org/10.1080/03601271003715954>

Ekici, Y. E. ve Zengin Çelik, H. (2022). Yaşam kalitesi yaklaşımlarının çevre, kent ve planlama ekseninde değerlendirilmesi. Eksen Dokuz Eylül Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Dergisi, 3(2), 19-37. DOI: <https://doi.org/10.58317/eksen.1117389>

Silva, A. F., Cancela, J. M., Mollinedo, I., Camões, M., Bezerra, P. (2021). The relationship between health perception and health predictors among the elderly across European countries. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), 4053.3.

Gökbunar, A. R., Uğur, A., Duramaz, S. (2016). Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi1. International Journal Of Economic & Social Research, 12(1). Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 12(1),109-122

Guido, G., Miletì, A. (2021). Health Choices And Risk Perception İn Elderly Consumers: A Systematic Review. 4 21, 2022 Tarihinde Health Marketing Quarterly: <https://doi.org/10.1080/07359683.2021.1996307> Adresinden Alındı

Güder, D. (2020). İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. Aralık 16, 2020 Tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=istatistiklerle-yasli-lar-2019-33712> Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 16.12.2022

KAYNAKLAR (devam)

Jones, K. (2020, January 15). The Problem Of An Aging Global Population, Shown By Country. December 17, 2020 Tarihinde Visual Capitalist: <https://www.visualcapitalist.com/aging-global-population-problem/> Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 16.12.2022

Kalyoncuo, S, Kartın, P. T. (2021). Aktif Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 26-32.

Kalkan, S., Ersöz, C. (2017) Yaşlanmaya Bağlı Gelişen Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları. *Kontinans Ve Nöroüroloji Bülteni*; 4: 19-24

Kapucu, S. (Editor), (2019). Geriatri Hemşireliği. *Ankara: Hipokrat*.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlı sağlığı ve bakım. *Akademisyen Tıp Kitapevi*.

Keskin, A. O., Uncu, G., Tanburoğlu, A., Adapınar, D. Ö. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Journal of Medicine*, 38, 75-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.51945>

KKTC Başbakanlığı (2011). Nüfus Sayımı. Aralık 17, 2021 Tarihinde KKTC İstatistik Kurumu: <http://www.stat.gov.ct.tr/Nufus2011.aspx> Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 17.12.2022

Köroğlu, C. Z., Köroğlu, M. A. (2015). Mekânın Dönüşümü Ve Yaşlılık Üzerine: Kentleşme Ve Yaşlılık Olgusu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(41), 812- 821.

Kurtkapan, H. (2018). Kentte Yaşlılık Ve Yerel Yönetim Uygulamaları. <http://hdl.handle.net/20.500.11787/2564>. Erişim Tarihi: 22.12.2022

KAYNAKLAR (devam)

- Küçük, U., Karadeniz, H. (2021). Yaşlanmaya Bağlı Bireylerde Görülen Fizyolojik, Ruhsal, Sosyal Değişiklikler ve Korunmaya Yönelik Önlemler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 14 (2) , 96-103. DOI: 10.46414/yasad.877517
- Ofisi, D. S. Ö. A. B. (2021). Avrupa’da Yaş Dostu Çevreler Oluşturmak: Politika Yapıcılar Ve Planlamacılar İçin Bir Araç (No. Who/Euro: 2021-4153-43912-61850). *Dünya Sağlık Örgütü. Avrupa Bölge Ofisi*. Erişim Tarihi 10.01.2023
- Ören, M., Kızıltepe, R., Özekes, B. Ç. (2016). Yaşlılıkta cinsellik. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2016; 55 (Ek Sayı / Supplement): 38-44
- Özbek, Y. S., Kalaycı, I. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S., & Bakar, C. (2018). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal Of Public Health*, 16(2), 90-105.
- Özkul, M., Kalaycı, İ. (2016). Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, Volume: 0 Issue: 52. DOI: 10.18368/IU/sk.98114
- Öztürk, Z. A. (2022). *Pratik Geriatri*. Prof. Dr. Zeynel Abidin Öztürk. Galenos Yayınevi, İstanbul, 1-4.

KAYNAKLAR (devam)

- Pehlivan, S., Vatansever, N. (2019). Hemşirelerin Yaşlıya Tutumları Ve Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(1), 47-53.
- Pınar, Ş. E., Demirel, G. (2016). Huzurevinde Yaşayan Orta Yaş Ve Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 39-52.
- Savaş H. B. , Gültekin F. (2017). İnsülin Direnci ve Klinik Önemi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 24(3): 116-125. <https://doi.org/10.52881/gsbdergi.861600>
- Sınmaz, S., Erbey, S. (2019). Aktif Yaşlanma Sürecinin Yerel Ekonomi İle Etkileşimi: Balıkesir Üzerine Bir Araştırma Ve Sistem Önerisi. 14(4), 567-575, *Megaron*. <https://doi.org/10.14744/MEGARON.2019.94840>
- Sınav, A. (2020). Genç-Yaşlı, Orta-Yaşlı Ve İleri-Yaşlı Bireylerin Sosyal Medya Kullanım Davranışlarının Karşılaştırmalı Analizi: Eskişehir İli Örneği. *Üsküdar Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi Etkileşim*, (5), 116-145.
- Skaar, E., Øksnes, A., Eide, L. S. P., Norekvål, T. M., Ranhoff, A. H., Nordrehaug, J. E., Schaufel, M. A. (2021). Baseline Frailty Status And Outcomes Important For Shared Decision-Making In Older Adults Receiving Transcatheter Aortic Valve Implantation, A Prospective Observational Study. *Aging Clinical And Experimental Research*, 33(2), 345-352.
- Sütçü, S., Yüksel, D., Çalış, N. (2022). Yaşlılığın Çok Boyutlu Değerlendirilmesi ve Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla Yaşlılık. *Güncel Tartışmalarla Yaşlılık*, 67-130.

KAYNAKLAR (devam)

- Tarakci, E., Zenginler, Y., Kaya Mutlu, E. (2015). Chronic Pain, Depression Symptoms And Daily Living Independency Level Among Geriatrics İn Nursing Home. *Agri-The Journal Of The Turkish Society Of Algology*, 27(1).35-41. doi: 10.5505/agri.2015.14238
- Tekin, Ç. S., Kara, F. (2018). Dünyada Ve Türkiye'de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırma Dergisi, 3(1), 219-229.
- Tel, H., Güler, N., Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu Ve Yaşam Kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 59-67.
- Temel, A. B., Çimen, Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Tereci, D., Turan, G., Nergis, K. A. S. A., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 84-116.
- Toğaçar, Ş., Sezer, S. Y., Demir, M. B. (2022). Yaşlılıkta Egzersizin Kas-İskelet Sistemi Değişikliklerine Etkisi. Spor, Sağlık Ve Eğitim Araştırmaları Dergisi, 1(1), 29-40.
- Uz Tunçay, S., Özdiñler, A. R., Erdiñler, D. S. (2011). Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 14(3).

KAYNAKLAR (devam)

World Health Organization. (2007). Large Analysis And Review Of European Housing And Health Status. December 26, 2020 Tarihinde World Health Organization:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/107476/Lares_Result.Pdf Adresinden Alındı

Yalınkılıç, M., Kılıçaslan, K., Uysal, H., Bilgin, S., Enç, N. (2020). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Durumunun Belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 51-59.

Yaman, M., Kismiroğlu, C. , Uğur, H. , Belli, İ. Özgür, B. (2020). Aşırı beslenmeye bağlı oluşan insülin direncinin biyokimyasal gelişimi ve AMP-ile aktive edilmiş protein kinaz (AMPK)'ın fonksiyonu. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (20) , 67-76 . DOI: 10.31590/ejosat.746132

Yaparel, C. Elmacı, Y. (2016). Tat-Koku İnteraksiyonları . Akademik Gıda, 14 (2) , 218-22. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/akademik-gida/issue/55784/763600>

Yazıcı, S. Ö., Kalaycı, İ. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. Ersoy, S. (2013). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2), 19-23. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/4840/66564>

Nüfus Ve Demografi - TÜİK - Veri Portalı <https://data.tuik.gov.tr> > Kategori > Getkategori > P=Nu... Erişim Tarihi: 23.12.2022

KAYNAKLAR (devam)

Nüfus Ve Demografi Bülteni (1977-2021) <https://stat.gov.ct.tr> › Portals ›
Nufusdemo1 Erişim Tarihi: 23.12.2022

EK-1

**YAŞLILARDA SAĞLIK ALGISI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRMESİ**

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ TANILAMA SORU FORMU

Form No:	
1. Yaş:	
2. Cinsiyet:	Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Düzeyi :	Okur yazar () Okur yazar değil ()
4. Medeni Durumu:	Evli () Boşanmış/ Dul () Evlenmemiş () Eşi Ölmüş ()
5. Kimlerle yaşar:	Eşi () Çocukları () Bakıcı () Tek başına () Diğer ()
6. Yaşadığı bölge:	Şehir Merkezi () Kasaba () Köy ()
7. Konut şekli:	Müstakil Ev () Apartman () Yardımcı ev () Oda ()
8. Hastane deneyimi:	Var () Yok ()
9. Gelir düzeyi:	Yeterli () Yetersiz ()
10. Alkol Kullanımı:	Var () Yok ()
11. Sigara kullanımı:	Var () Yok ()
12. Yürümeye yardımcı araçlar:	Var () Yok () Belirtiniz:.....
13. Kronik hastalık: (Varsa)	Var () Yok ()
Yüksek tansiyon	Var () Yok ()
Kalp hastalığı	Var () Yok () Belirtiniz:
Pulmoner Hastalık	Var () Yok () Belirtiniz:

Nörolojik Hastalık	Var ()	Yok ()
Psikiyatrik Hastalık	Var ()	Yok ()
	Belirtiniz:	
Üriner Hastalık	Var ()	Yok ()
	Belirtiniz:	
Diabet	Var ()	Yok ()
Romatizma	Var ()	Yok ()
Kanser Öyküsü	Var ()	Yok ()
	Belirtiniz:	
Görme Bozukluğu	Var ()	Yok ()
İşitme Bozukluğu	Var ()	Yok ()
Kas İskelet Sistem Bozukluğu	Var ()	Yok ()
	Belirtiniz:.....	

EK-2

NOTTINGHAM GENİŞLETİLMİŞ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ				
AKTİVİTE	Hiç yapamıyor (0)	Yardım alarak (1)	Tek başına Zorlanarak (2)	Tek başına kolayca (3)
HAREKET				
Dışarıda yürür müsünüz?				
Merdiven çıkar mısınız?				
Arabaya binip iner misiniz?				
Engeli yolda yürür müsünüz?				
Karşıdan karşıya geçer misiniz?				
Toplu taşıma araçlarına biner misiniz?				
MUTFAKTA				
Yemeğinizi kendiniz mi yersiniz?				
Kendinize sıcak içecek yapar mısınız?				
Bir odadan diğerine sıcak içecek taşır mısınız?				
Bulaşıkları yıkar mısınız?				
Kendinize atıştıracak sıcak bir şeyler yapar mısınız?				
EV İŞLERİ				
Dışarı çıktığınızda kendi paranızı idare edebiliyor musunuz?				
Ufak tefek çamaşırları yıkar mısınız?				
Ev işlerinizi yapabilir misiniz?				
Kendi alışverişinizi yapar mısınız?				
Bütün çamaşırları yıkar mısınız?				
BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ				
Gazete ya da kitap okur musunuz?				
Telefon kullanabilir misiniz?				
Mektup yazar mısınız?				
Dışarı çıkıp insanlarla görüşür müsünüz?				
Bahçenizle, çiçek, evcil hayvan bakımı ile uğraşır mısınız ?				
Araba kullanır mısınız?				

EK-3
SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi karşlarına işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacağsam zaten olan olur	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Benim için sağlıklı olan şeylere, daha fazla para harcamaya hazırım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10.Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11.Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12.Sağlıklı olmak şans işidir	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13.Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14.İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15.Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

EK-4

Gönderen: fusun sahin <drfusunsahin@yahoo.com.tr>

Gönderildi: 20 Nisan 2022 Çarşamba 10:15

Kime: fikriye cetinsel <fikriye_S@windowslive.com>

Konu: Re: Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği kullanım izni

Sayın Fikriye Çetinsel,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeği ve makaleyi ekte gönderiyorum.
iyi çalışmalar dileklerle...

Prof. Dr. Füsun Şahin

20 Nisan 2022 Çarşamba 09:56:45 GMT+3 tarihinde, fikriye cetinsel
<fikriye_S@windowslive.com>şunu yazdı:

Sayın Füsun Şahin

Ben LAÜ Hemşirelik Y. Lisans öğrencilerinden Fikriye Çetinsel " Yaşlılarda sağlık algısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" için hocam Yrd. Doç. Dr. Mine Bahçeci danışmanlığında tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği"ni izninizle kullanmayı planlamaktayız.

Saygılarımla

Fikriye Çetinsel

Tel: [0548 838 89 24](tel:05488388924)

EK-5

Gönderen: hasibe kadioğlu <hasibek@gmail.com>
Gönderildi: 19 Nisan 2022 Salı 10:19
Kime: fikriye cetinsel <fikriye_S@windowslive.com>
Konu: Re: Sağlık Algısı Ölçeğinin kullanım izni

Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

fikriye cetinsel <fikriye_S@windowslive.com>, 19 Nis 2022 Sal, 10:01 tarihinde şunu yazdı:

--
Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdür Yardımcısı

Tel: [0216 330 20 70](tel:02163302070)
Cep: [0533 648 09 04](tel:05336480904)

Hasibe Kadioglu, RN, Professor
Marmara University
Faculty of Health Sciences
Department of Public Health Nursing

EK-6

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda “Yaşlılarda Sağlık Algısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.” başlıklı araştırma Fikriye Çetinsel tarafından **gönüllü katılımcılarla** yürütülmeyi planlamaktadır. Araştırma sırasında sizden alınacak bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Cevaplarınız toplu olarak analiz edileceğinden isim beyan edilmesine gerek yoktur. Araştırma verilerinin geçerli olabilmesi için ölçeklerde yer alan soruların tamamının cevaplanması gerekmektedir.

Bu araştırmaya **katılmama** hakkınız bulunmaktadır. Aynı zamanda çalışmaya katıldıktan sonra çalışmadan **çıkabilirsiniz**. Bu formu onaylamanız, **araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık algısı ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırmanın Nedeni: 65 yaş ve üzeri bireylerde sosyo-demografik özellikler sağlık algı düzeyini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörleri belirlemek ve öneriler geliştirmektir.

Araştırma Veri Toplama Gereçleri: 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Sosyo-demografik özellikleri belirleyici (13 soru), ikinci bölümde yaşlı bireylerin sağlık algı düzeyini ölçen (15 soru) ve son bölümde ise günlük yaşam aktivitelerini belirlemede kullanılan (22 soru) ölçekler bulunmaktadır.

Süresi: 30-40 dk

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: **LAPTA BELEDİYESİ SOSYAL HİZMETLER BİRİMİ**

Çalışmaya Katılım Onayı:

Katılmam beklenen çalışmanın amacını, nedenini, katılmam gereken süreyi ve yeri ile ilgili bilgileri okudum. Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklamalar sözlü olarak araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Islak imzası ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

e-posta:

İmzası:

EK-7



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK)

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (BAYEK) RAPORU

Etik İnceleme Konusu:	Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 163317 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Fikriye Çetinsel'in "Yaşlılarda Sağlık Algısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması
Konunun Etik Kurul'a Geldiği Tarih:	25.04.2022
Konunun Etik Kurul'da İncelendiği Tarih:	03.06.2022
Etik Kurul Karar Tarihi ve Sayısı:	03.06.2022, BAYEK008.04

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Önceri ve Açıklamalar:

Etik inceleme konusunun görüşülmesinde hazır bulunun ve konuyla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) üyeleri adına

Prof. Dr. Hüseyin Oğuz
Başkan

Lefke Avrupa Üniversitesi
ASLI GIBİDİR
European University of Lefke
TRUE COPY

EK-8



LAPTA BELEDİYESİ
Atatürk Meydanı



Sayı : Şahsi Dosya
Konu: Anket Uygulaması Hk.

Tarih: 21/06/2022

İlgili Makama,

Belediyemiz bünyesinde buluna Sosyal Hizmetler Biriminde kayıtlı 65 yaş ve üzeri üyelerimizden "Yaşlılarda sağlık algısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" başlıklı tes çalışması için, belediye çalışanımız 229231 KKTC kimlik kartı hamill Fikriye Çetinsel'in anket çalışması yapmasında belediyemiz açısından herhangi bir sakınca yoktur.

Konu hakkında bilgi edinmenizi saygılarımla rica ederim.



e-mail : info@laptabelediyesi.com
www.laptabelediyesi.com

TEL: (0392) 821 83 27 – 821 16 91
FAX: (0392) 821 23 13

İntihal Farkındalık Bildirimi

Öğrenci Adı & Soyadı: Fikriye ÇETİNSEL

Öğrenci Numarası: 163317

Programı: Hemşirelik

☐ Tezsiz Y.Lisans

☒ Tezli Y.Lisans

☐ Doktora

Bu lisansüstü çalışmanın tez yazımında kendime ait olmayan düşünceleri ve ifadeleri tırnak içinde alıntı yaparak ve kaynak göstererek kullandığımı, aksi takdirde bunun intihal, intihalin de disiplin soruşturması sonucunda Üniversite'den uzaklaştırma ve diğer hukuki sonuçları olduğunun farkında olduğumu bildiririm.

.....
(İmza)