



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİNDE TAKİP EDİLEN  
YAŞLILARIN YERİNDE YAŞLANMA MEMNUNİYETİ İLE  
KLİNİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. Gözde ÇEBİ GÜNDÜZ**  
**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/ 2025**





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİNDE TAKİP EDİLEN  
YAŞLILARIN YERİNDE YAŞLANMA MEMNUNİYETİ İLE  
KLİNİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. Gözde ÇEBİ GÜNDÜZ**

**Tez DanıŐmanı: Uzm. Dr. Demet MERDER**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/ 2025**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez sürecinde bana yol gösteren, destek ve emeklerini hiç esirgemeyen, beni yüreklendiren, meslek hayatıma yeni bir bakış açısı kazandıran ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım değerli hocam Başasistan Dr. Demet Merder'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez süreçlerimde birikim ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden yardımcı tez danışman hocam Doç Dr. Nil Tekin'e,

Uzmanlık eğitimim sürecim boyunca uzmanlık eğitimime bilgi ve deneyimleriyle büyük katkılar sağlayan değerli Prof. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Prof. Dr. Haluk Mergen, Prof. Dr. Hülya Parıldar, Prof. Dr. Umut Gök, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Doç. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül ve Dr. Öğr. Üyesi Uzm. Dr. Hande İleri'ye, Başasistan Dr. Tevfik Tanju Yılmaz,

Uzmanlık sürecimdeki rotasyonlarda eğitimime destek olan tüm saygıdeğer hocalarıma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında emeği geçen tüm katılımcılara ve anket sürecinde destek veren değerli çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca evde geçirdiğim zorlu çalışma süreçlerinde sabırla ve sevgiyle yanımda olan sevgili anneme, babama ve abime,

Sevgisi ve desteğiyle hayatımın olmazsa olmazı sevgili eşim Mehmet Gündüz'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>I</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>II</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>IV</b>
<b>KISALTMALAR</b>	<b>V</b>
<b>ÖZET</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VII</b>

<b>1.GİRİŞVEAMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	<b>2</b>
2.1.YAŞLILIK.....	2
2.1.1.Yaşlılığın Tanımı.....	2
2.1.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi.....	3
2.2.YERİNDE YAŞLANMA.....	4
2.3.KLİNİK KIRILGANLIK.....	5
2.3.1.Kırılğanlığın Prevalansı.....	7
2.3.2.Kırılğanlığın Risk Faktörleri.....	7
2.3.3.Kırılğanlığın Patogenezi.....	7
2.3.4.Kırılğanlığın Önemi ve Yönetimi.....	8
2.4.SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİ.....	9
2.5.YAŞLI NÜFUS VE AİLE HEKİMLİĞİ.....	10
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>11</b>
3.1.Araştırmanın Amacı.....	11
3.2.Araştırmanın Hipotezi.....	12
3.3.Evren ve Örneklem.....	12
3.4.Veri Toplama Araçları.....	13

3.4.1.Kişisel Bilgi Formu.....	13
3.4.2.Yerinde Yaşlanma Ölçeği.....	13
3.4.3.Klinik Kırılganlık Skalası.....	14
3.5.Verilerin Analizi.....	14
<b>4.BULGULAR</b>	<b>15</b>
<b>5.TARTIŞMA</b>	<b>34</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>47</b>
<b>7.KAYNAKÇALAR</b>	<b>51</b>
<b>8.EKLER</b>	<b>59</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>65</b>

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1</b> .....	16
<b>Tablo 2</b> .....	17
<b>Tablo 3</b> .....	22
<b>Tablo 4</b> .....	22
<b>Tablo 5</b> .....	23
<b>Tablo 6</b> .....	24
<b>Tablo 7</b> .....	25
<b>Tablo 8</b> .....	26
<b>Tablo 9</b> .....	27
<b>Tablo 10</b> .....	28
<b>Tablo 11</b> .....	29
<b>Tablo 12</b> .....	30
<b>Tablo 13</b> .....	31
<b>Tablo 14</b> .....	32
<b>Tablo 15</b> .....	33
<b>Tablo 16</b> .....	34

## KISALTMALAR

<b>ANOVA</b>	: Analysis Of Variance - Tek Yönlü Varyans Analizi
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>BPH</b>	: Benign Prostat Hiperplazisi
<b>CRP</b>	: C-Reaktif Protein
<b>CMAJ</b>	: Canadian Medical Association Journal
<b>DHEA-S</b>	: Dihidroepiandrostenodion-Sülfat
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
<b>GCP</b>	: Good Clinical Practice (İyi Klinik Uygulama)
<b>GH</b>	: Growth hormon
<b>IGF-1</b>	: İnsülin like growth faktör-1
<b>KKS</b>	: Klinik Kırılganlık Skalası
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>PLUM</b>	: Polytomous Universal Model (Genelleştirilmiş Sıralı Lojistik Regresyon Modeli)
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
<b>TUKEY HSD</b>	: Tukey's Honestly Significant Difference Test-Tukey Gerçekten Önemli Fark Testi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>YYÖ</b>	: Yerinde Yaşlanma Ölçeği

## ÖZET

### SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİNDE TAKİP EDİLEN YAŞLILARIN YERİNDE YAŞLANMA MEMNUNİYETİ İLE KLİNİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Amaç:** Bu tez çalışması, Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'nde takip edilen yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılabilirlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Kesitsel- analitik tanımlayıcı nitelikteki araştırma, SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki Sağlıklı Yaş Alma Merkezinde 10.01.2025 ile 01.04.2025 tarihleri arasında izlenen 115 hastadan yüz yüze veya telefon yoluyla anket tekniği uygulanarak tamamlanmıştır. Araştırmacılar tarafından düzenlenen veri toplama aracı iki bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan anket formu, ikinci bölümde kullanım izni alınmış “Yerinde yaşlanma ölçeği” ve “Klinik kırılabilirlik skalası” yer almaktadır. İstatistiksel analizlerde bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans (ANOVA) ve Pearson korelasyon analizlerinin yanı sıra lojistik regresyon ve Post-hoc testleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  seviyesinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 115 bireyin %66,1'i kadındır ve yaş ortalaması  $84,85 \pm 4,05$  yıldır (min:75-max:102). Katılımcıların çoğunluğu düşük eğitim düzeyine sahip, dul, çok çocuklu bireylerden oluşmakta ve genellikle eşleri veya çocuklarıyla birlikte, kendilerine ait evlerde yaşamaktadır. Elde edilen bulgular, yaş ve kullanılan ilaç sayısının yerinde yaşlanma düzeyini anlamlı şekilde yordadığını ortaya koymuştur. Bu durum, yaş ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça yerinde yaşlanma memnuniyetinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Klinik kırılabilirlik düzeyini anlamlı biçimde yordayan faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı, kronik hastalık varlığı, görme problemi ve kullanılan ilaç sayısı yer almaktadır. Ayrıca, yerinde yaşlanma düzeyi klinik kırılabilirlik üzerinde en güçlü ve anlamlı yordayıcı değişken olarak saptanmıştır. Bu sonuç, yerinde yaşlanma düzeyi arttıkça klinik kırılabilirlik düzeyinin azaldığını göstermektedir.

**Sonuç:** Artan yaşlı nüfusla birlikte kırılabilir birey oranının da giderek yükseleceği öngörülmektedir. Araştırma bulguları, yerinde yaşlanma memnuniyetinin artmasıyla klinik kırılabilirlik düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Literatür incelemesinde, bu durumu belirleyen iki ölçeğin bir arada kullanıldığı başka bir çalışmaya rastlanmadığından literatüre katkısının çok önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, yaşlı bireylerin yaşam

alanlarında desteklenmesi ve yerinde yaşlanma memnuniyetini artırmaya yönelik politikaların geliştirilmesi, kırılmanın azaltılmasında etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yerinde yaşlanma, Kırılma, Yaşlı

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN AGING IN PLACE SATISFACTION AND CLINICAL FRAILTY LEVELS AMONG OLDER ADULTS FOLLOWED UP AT A HEALTHY AGING CENTER

#### **Objective:**

This thesis aims to examine the relationship between satisfaction with aging in place and clinical frailty levels among older adults followed at the Healthy Aging Center.

#### **Method:**

This cross-sectional, analytical-descriptive study was conducted with 115 patients monitored at the Healthy Aging Center of SBU Izmir Tepecik Training and Research Hospital between January 10, 2025, and April 1, 2025. Data were collected through face-to-face or telephone surveys. The data collection tool, prepared by the researchers, consisted of two sections. The first section included a sociodemographic questionnaire created by the researchers, while the second section contained the "Aging-in-Place Scale" and the "Clinical Frailty Scale," for which usage permissions were obtained. Statistical analyses included independent samples t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis, logistic regression, and post-hoc tests. A p-value of  $<0.05$  was considered statistically significant.

#### **Results:**

Out of the 115 individuals who participated in the study, 66.1% were women, with a mean age of  $84.85 \pm 4.05$  years (min:75-max:102). The majority of participants had a low level of education, who were widowed, had many children, and generally lived in their own homes with either their spouses or children. The findings revealed that age and the number of medications used significantly predicted the level of aging in place satisfaction. This indicates that as age and the number of medications increase, satisfaction with aging in place tends to

decrease. Factors that significantly predicted clinical frailty levels included age, education level, number of people living in the household, presence of chronic diseases, visual impairment, and number of medications used. Additionally, aging in place satisfaction was identified as the strongest and most significant predictor of clinical frailty, suggesting that higher satisfaction with aging in place is associated with lower levels of clinical frailty.

**Conclusion:**

With the increasing elderly population, the proportion of frail individuals is also expected to rise. Research findings indicate that as satisfaction with aging in place increases, levels of clinical frailty decrease. A review of the literature revealed no other study that used these two scales together to examine this relationship, highlighting the significant contribution of this study to the literature. In this context, supporting older individuals in their living environments and developing policies aimed at increasing satisfaction with aging in place emerge as effective strategies for reducing frailty.

**Keywords:** Aging in place, Frailty, Elderly

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, sözlük anlamı itibarıyla "yaş alma" olarak tanımlanmakla birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik boyutlarıyla insan yaşamının ileri evrelerine işaret eden daha geniş kapsamlı bir süreci ifade etmektedir. Bu süreç, yalnızca bireysel bir dönüşüm olarak değil, aynı zamanda küresel ölçekte bir demografik olgu haline gelerek toplumsal yapı ve sağlık sistemleri üzerinde önemli etkilere sahip olmuştur (1).

Dünya genelinde ve özellikle gelişmiş ülkelerde, doğum oranlarının düşmesi ve yaşam sürelerinin uzaması, yaşlı bireylerin oranının giderek artırması ile yaşlı nüfusun hızla arttığı gözlemlenmektedir (2). Ülkemizde de benzer bir eğilim gözlemlenmekte, Türkiye'nin yaşlanan nüfusu, sağlık, bakım ve sosyoekonomik politikaların yeniden şekillendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, yaşlılık ve yaşlı nüfusun artışı, toplumsal sürdürülebilirlik açısından önemli bir araştırma alanı olarak dikkat çekmektedir (1).

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, yaşlı bireylerin mevcut çevrelerinde mümkün olan en uzun süreyle başarılı ve bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, yaşlıların oldukları yerde yaşlanmalarının desteklenmesi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Aynı zamanda, bakım evlerine ve hastane yatışlarına duyulan ihtiyacı azaltmayı hedefleyen bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırırken, sağlık giderleri ve maliyetlerinin düşürülmesine de katkı sağlamaktadır (3).

Yaşlanmakla birlikte bireylerde fizyolojik bir süreç olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan zayıflama hali ortaya çıkmaktadır. Bu süreç, bireyin fizyolojik kaynaklarında azalma, homeostazın bozulması ve strese yanıtın zayıflaması sonucunda savunmasızlık durumunun gelişmesine yol açmaktadır. Kırılganlık olarak adlandırılan bu durum, yaşlı bireylerin hastalıklara, yaralanmalara veya çevresel stres faktörlerine karşı daha duyarlı hale gelmesine neden olmakta; bu da iyileşme süreçlerinin uzamasına ve genel sağlık durumlarının hızla kötüleşmesine yol açabilmektedir (4).

Kırılgnlık, yalnızca bir hastalık ya da fiziksel zayıflık durumu değil, aynı zamanda bireyin genel sağlık durumunun, fonksiyonel bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin tehdit altında olduğunu gösteren önemli bir belirtidir. Bu durum, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kapasitesini ve iyileşme yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5). Kırılgnlığın erken tespiti ve doğru yönetimi, yaşlıların bağımsızlıklarını koruyarak daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmelerine olanak tanımaktadır. Fiziksel, psikolojik ve beslenme destekleri gibi çeşitli yaklaşımlar, kırılgnlığın yönetilmesine yardımcı olabilmekte ve yaşlı bireylerin sağlıklı durumlarını sürdürebilmelerini sağlamaktadır. Bu bağlamda, kırılgnlık yönetimi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirirken, sağlık sistemleri üzerinde de uzun vadeli olumlu etkiler yaratmaktadır (6).

Bu çalışma, sosyodemografik özelliklerin yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi ve kırılgnlık durumlarını incelemeyi ve yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılgnlıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflemektedir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.YAŞLILIK

#### 2.1.1.Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 65 yaş ve üzerini kapsayan biyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik boyutlarıyla insan yaşamının ileri evrelerini ifade eden bir kavramdır (1). Yıllar içinde, yapılacak çalışmalara faydalı olması açısından yaş grupları sınıflandırılmış ve 65-74 yaş grubu "genç yaşlılık", 75-84 yaş grubu "ileri yaşlılık", 85 ve üzeri yaş grubu ise "çok ileri yaşlılık" olarak kategorize edilmiştir. Böylece, yaşlılık kavramı daha kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır (1,7).

İnsanın doğum tarihine dayanan ve yaşın sayısal olarak ilerlemesini ifade eden yaşlanmaya 'kronolojik yaşlanma', vücuttaki hücre, doku ve organ işlevlerinde meydana gelen azalma ve yetersizlik sonucu kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla karakterize yaşlanmaya 'biyolojik (fizyolojik) yaşlanma', kişinin deneyimlerinin artması ile oluşan davranışsal uyum yeteneğindeki değişimlere 'psikolojik yaşlanma', bireylerin toplum içerisinde konumlarını ve toplum tarafından nasıl algılandıklarını ifade eden yaşlanmaya ise 'toplumsal yaşlanma' denilmektedir ( 3,8,9).

Yaşlanma, yaşın ilerlemesiyle birlikte fizyolojik işlevlerde azalma ve genel kapasite kaybı ile karakterize olup, çevresel ve genetik etmenlere bağlı, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir süreçtir (10,11). Yaşlılık döneminde, bireylerin fiziksel, psikolojik ve

sosyal değişimlere uyum sağlama yeteneği zamanla azalır (6). Bu nedenle, yaşılanma yalnızca takvim yaşıyla tanımlanabilecek bir süreç olarak görülmemelidir.

### 2.1.2. Yaşlılığın Epidemiyoloji

Dünya genelinde yaşlı nüfusun giderek arttığı bilinmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış, yaşlı sağlığını küresel düzeyde giderek daha önemli bir konu haline getirmektedir. 2024 yılı itibarıyla 65 yaş ve üzeri nüfus oranı, Avrupa Birliği genelinde %21,6 olarak rapor edilmiştir (12). Küresel düzeyde ise, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu verilerine göre dünya genelinde 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki oranı %10,3'tür (13). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı ise %10,6'dır (14). Bu dağılım, Türkiye'de yaşlı nüfusun dünya ortalaması ile paralellik göstermekte olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca Türkiye'nin, Avrupa birliği ülkelerine kıyasla daha genç bir nüfus yapısına sahip olduğunu da göstermektedir. Türkiye'deki yaşlı nüfusun dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğu oluşturan %63,4'ünün 65–74 yaş grubunda yer aldığı ve sonrasında %28,8'inin 75–84 yaş grubunda ve yalnızca %7,8'inin 85 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir (14).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusa oranı 2000 yılında %6,7, 2014 yılında %8,0 iken, 2024 yılında bu oran %10,6 olarak saptanmıştır (15,16). 2030 yılında yaşlı nüfus oranının %12,9'a ulaşması beklenmektedir. Ortanca yaş da buna paralel olarak artış göstermektedir; 2014 yılında 30,8 yıl iken, 2024 yılında bu oran 34,4 yıl olmuştur (14,16). 2060 yılında ise ortanca yaşın 42,3 yıl olması öngörülmektedir (14). Bu veriler, nüfusun hızla yaşlandığını açıkça göstermektedir. DSÖ, 2030 yılı itibarıyla dünya genelinde her altı kişiden birinin 60 yaş ve üzeri olacağını öngörmektedir. Ayrıca, 80 yaş ve üzeri bireylerin sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (1,17).

Çalışma çağındaki birey başına düşen yaşlı birey sayısının oranına “yaşlı bağımlılık oranı” denir. TÜİK verilerine göre bu oran, 2000 yılında %10,5 iken, 2014 yılında %10,8, 2024 yılında ise %15,5'e çıkmıştır. Bu sonuçlar, Türkiye'de genç nüfusun azalması ve 65 yaş ve üzeri nüfusun artmasıyla birlikte, yaşlı nüfusun giderek arttığını ve ilerleyen yıllarda çalışan bireylerin bakmak zorunda olduğu yaşlı nüfus oranının yükseldiğini göstermektedir (15).

Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2024 raporuna göre, dünya nüfusu yaşlanırken 65 yaş ve üzeri nüfus, en hızlı büyüyen nüfus grubu haline gelmiş ve 2070'lerin ikinci yarısına kadar dünya genelinde 65 yaş ve üstü nüfusun, 18 yaş altındaki nüfusu geçeceği öngörülmektedir (2). Başka bir çalışmaya göre, tüm dünyada 60 yaş ve üzeri nüfusun dünya nüfusundaki oranı 2000 yılında %11 iken, 2050 yılında %22'ye çıkması beklenmektedir (10). Bu çalışma ayrıca, 2050 yılı itibarıyla Avrupa nüfusunun yaklaşık %34'ü 60 yaş ve üzeri olacağını ön görürken, dünya üzerinde en genç nüfusa sahip olan Afrika'da ise 60 yaş ve üzeri nüfusun sayısının 2015'ten 2050 yılına kadar yaklaşık 3 kat artacağını beklemektedir.

Dünya Yaşlanma ve Sağlık Raporu'nda, yaşlı bireylerin yalnızca hastalıklarının yönetilmesi ve belirli semptomlarının tedavi edilmesi yerine, sağlık sistemlerinin ve sosyal hizmetlerin entegre edilerek yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin optimize edilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir (10,18). Yaşlıların kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli sağlık hizmetleri ve destek sistemleri, yaşlının yaşam alanıyla bütünsel bir şekilde değerlendirilmelidir (1).

## **2.2.YERİNDE YAŞLANMA**

Yerinde yaşlanma, 2003 yılında Cutchin tarafından, kişinin yaşlandıkça mevcut ortamında kalabilme yeteneği olarak tanımlanmıştır (19). Ayrıca yerinde yaşlanma, çevre üzerinde belirli bir yetkinlik ve kontrol derecesini sürdürerek bağımsızlığın korunması anlamına da gelmektedir (19). DSÖ (2004) tarafından bu kavram daha da genişletilerek “İnsanların, uygun hizmetler ve yardımlar sayesinde, mevcut evlerinde veya uygun bir konut seviyesinde, topluluk içinde bağımsız yaşamaya devam etmeyi istemelerini ve yeteneklerini ifade etmektedir (20). Bu istek desteklenerek huzurevi gibi bağımlı yaşam tesislerine yapılacak travmatik taşınmalar ertelenebilir veya tamamen önlenir; bu da yerinde yaşlanma kavramının temel amacı olarak kabul edilmektedir (10).

Günümüzde yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun hızla artması ile kronik hastalık yükünde ve bakıma ihtiyaç duyan birey sayısında artış beklenmektedir. Dolayısıyla sağlık giderlerinin artışı da beraberinde gelmektedir. Yaşlanan nüfusa kaliteli sağlık hizmeti sunmayı ve bakım maliyetini düşürmeyi hedefleyen sürdürülebilir yeni düzenlemeler, sağlık politikalarını giderek topluluk içinde yaşamak üzerine odaklanmaktadır (9). Bakımın kurumsallaşmasını azaltmanın, bakım sistemlerinin sürdürülebilirliğini

artırdığını ve kullanıcıların yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir (21). Bu kapsamda yerinde yaşlanma, yaşlı bireyin yaşam kalitesini arttırmakla kalmayıp aynı zamanda yaşlı dostu uygulamalar içinde yer alan maliyet etkin bir yaşlı bakım yaklaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır (21).

Yaşla birlikte yetkinliklerde meydana gelen azalma, yaşlı bireylerin değişen koşullara ve çevreye uyumunu zorlaştırmaktadır. Diğer yandan yaşlılar, kentleşmeyle birlikte geleneksel aile yapısının değişmesi, kırdan kente göç, emeklilikle birlikte yaşanan statü kaybı, yalnızlık, konut ihtiyacı ve talebi, sosyal ilişkilerdeki zayıflık, bakım desteğine olan ihtiyaç gibi sorunlar yaşamaktadır. Bunlarla beraber yaşlıların kurumsal bakım hizmeti veren yerlere yönelmesi kaçınılmaz bir sonuçtur (3). Yaşlı bireyler için yaşadıkları ev, yalnızca ikamet edilen fiziksel bir ortam değil, aynı zamanda aile, komşular ve arkadaşlarla sürdürülen sosyal destek bağı temsil eden tanıdık bir ortam olup, güven ve bağımsızlık duygusunun hissedildiği, bireyin otonomisini sürdürmeye yardımcı olan bir yer olarak da önem taşımaktadır (22,23). Alışılan ev ortamı dışına çıkmak, kişinin yeni ortama uyumunda problem yaşamaması, kontrolünü ve bağımsızlığını kaybetmesi, sosyal ilişkiler ve ekonomik zorluklar gibi sorunların ortaya çıkması nedeniyle, psikolojik ve sosyolojik açıdan strese neden olabilir (3). Bireyin konutundan duyduğu konfor ve yakın çevresindeki insanlarla kurduğu sosyal bağ, yaşam kalitesini arttırmaktadır (21,23). Yaşlının bağımsızlığını artırarak yerinde yaşlanmasını desteklemek, yaşam memnuniyetini artırarak başarılı yaşlanma açısından olumlu katkı sunmaktadır (9).

Evde kalmanın, uygun fiziksel ve sosyal konut çevresi ile bireyin sağlığı üzerinde doğrudan ya da dolaylı olarak yararlı etkileri bulunmaktadır. Ancak, kötü koşullardaki konutlar, yaşlı bireylerin refahını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek psikolojik strese neden olabilmektedir (22,23). Yaşlı bireyler için azalmış işlevsel kapasitelere karşı ev ortamının yetersizliği, sağlık hizmetlerine ulaşımın gecikmesi, bakım verenlere aşırı yük bindirebilmesi gibi olumsuz etkileri de olabilmektedir (21). Bu nedenle, yerinde yaşlanma kavramının barınma ve sosyal bakım politikalarıyla desteklenmesi önemlidir. Yetkinliğin azalması durumlarında, yaşlı bireyler için bağımsız yaşam fırsatlarını teşvik edilerek bireyin kendi seçtiği ortamda yaşaması desteklemelidir.

### **2.3.KLİNİK KIRILGANLIK**

Kırılgnlık, çok sayıda farklı tanımlamaya sahip olup, hiçbirini altın standart olarak kabul edilmemiştir (24). 1980'lerde kırılgnlık kronolojik yaş, bakım ihtiyacının olması ve engellilik durumunun varlığı ile eş değer görülse de zaman içinde kırılgnlığı tanımlamak için bilim insanları yoğun çaba harcamıştır. 2013 yılında yayımlanan bir mutabakatta, kırılgnlık alanında uzman kişiler ve altı büyük uluslararası bilimsel topluluğun (Uluslararası Gerontoloji ve Geriatri Derneği; Sarkopeni, Kakeksi ve Zayıflama Hastalıkları Derneği; Uluslararası Beslenme ve Yaşlanma Akademisi; Avrupa Geriatrik Tıp Derneği; Amerikan Tıbbi Direktörler Derneği; Amerikan Yaşlanma Araştırmaları Federasyonu) ortak tanımı olarak kırılgnlık, "güç, dayanıklılık ve fizyolojik işlevlerin azalmasıyla karakterize olan, birden fazla nedeni ve etkeni bulunan, bireyin artan bağımlılık ve/veya ölüm riskiyle karşı karşıya kalınan bir tıbbi sendromdur" şeklinde tanımlanmıştır (25). Bu tanımla, kırılgnlığın engellilik, sarkopeni ve/veya çoklu morbiditeden farklı olduğu kabul edilmiştir. Diğer bir deyişle, kırılgn bir birey engelli olabilir, sarkopenisi olabilir ve/veya birden fazla hastalıktan etkilenmiş olabilir, ancak bu üç durumdan hiçbirini kırılgnlık kavramını kapsamlı bir şekilde ele alamaz; bunlar sadece bu karmaşık durumun belirli yönlerini temsil edebilir (25). DSÖ, 2016 yılında kırılgnlığı, yaşlılıkla birlikte bireyin fizyolojik kaynaklarında azalma, homeostazın bozulması ve strese yanıtın zayıflaması sonucunda ortaya çıkan savunmasızlık durumu olarak tanımlamıştır (4). Bu savunmasızlık, bireyleri düşme, deliryum, hastaneye yatış, morbilite ve hatta mortalite gibi bir dizi olumsuz sonuca daha duyarlı hale getirir (5,25).

Özetle, kırılgnlık, sürekli değişen bir kavram olmakla birlikte bazı temel özellikler taşır. Bu temel özellikler:

- Dinamik bir durumdur ve genellikle yaş ilerledikçe daha yaygın hale gelir (6).
- Kişiden kişiye değişir ve zaman içinde gerileyebilir veya hızlı bir şekilde ilerleyebilir (6).
- Önlenebilir bir durumdur (5).
- Fiziksel egzersiz ve beslenme müdahaleleri ile gelişim süreci tersine çevrilebilir (5).
- Kronik hastalıklar ile etkileşimde bulunarak ortaya çıkar (6).

Bu unsurlar, kırılgnlığın anlaşılması ve yönetilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Kırılgnlık, dirençlilik kavramı ile ilişkilendirilebilir. Dirençlilik kavramı, bir travmatik yaşam olayının aniden ortaya çıkması durumunda bireyin bu duruma uyum sağlama yeteneğini tanımlamaktadır. Dirençli bir birey, olumsuz bir stresörün ardından

sağlığını hızlı bir şekilde eski haline getirebilirken, dirençsiz bir birey iyileşme sürecinde zorluk yaşayacak ve eski durumuna dönmekte zorlanacaktır. Kırılgnlık arttıkça dirençli olma durumu azalır (6,25).

### **2.3.1.Kırılgnlığın Prevalansı**

Kırılgnlık prevalansı yaşla birlikte artmakla beraber, 2020 yılında 62 ülke/bölgeden 240 çalışmadan çıkarılan meta- analiz sonucunda 50 yaş ve üstü yetişkinlerde kırılgnlık %12 saptanmıştır (26). Ayrıca kırılgnlık prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Huzurevi ortamında, toplumdan daha yüksek oranda görülmektedir. (27) . Bölgelere göre, kırılgnlık prevalansı en yüksek %22 ile Afrika'da, %17 ile Amerika'da ve en düşük %8 ile Avrupa'da saptanmıştır (26). Yaygınlık oranları düşük-orta gelirli ülkelerde ve göçmen nüfuslarda önemli ölçüde daha yüksektir (28).

### **2.3.2.Kırılgnlığın Risk Faktörleri**

Kırılgnlıkla ilişkili faktörler ele alındığında kadın cinsiyet, yaş, düşük eğitim düzeyi, kilo ve kas kütlelerinde kayıplar, besin alınımı azalması, kötü ağız hijyeni, düşük gelir seviyesi, fonksiyonel iş yapamama, fiziksel hareketlilikte azalma, bireyin uzun süre ağrıya maruz kalması, depresif belirtiler, sigara ve alkol kullanımı, çoklu morbidite varlığı, polifarmasi, düşme korkusu ve bilişsel işlevde azalma gibi durumlar kırılgnlık gelişmesinde önemli olduğu görülmektedir (29,30,31,32).

### **2.3.3. Kırılgnlığın Patogenezi**

Kırılgnlık, birden fazla fizyolojik sistemin zayıflaması sonucu ortaya çıkar. Kırılgnlığın patofizyolojisi incelendiğinde tam olarak açıklanamamakla beraber birbirini etkileyen üç temel etken olduğu düşünülmektedir. Bu üç temel etken nöroendokrin değişiklikler, immünyetersizlik ve sarkopeni olarak bilinmektedir (33).

Kırılgnlığın patofizyolojisinde çok sayıda hormon değişikliği olmaktadır. Bunlardan bazıları Growth hormon (GH), İnsülin like growth faktör-1 (IGF-1), Dihidroepiandrosteron-Sülfat (DHEA-S) ve seks steroidleri azalması ile kortizol artışı olmaktadır (29,34). Yaşlı popülasyonda GH azalması ile güçsüzlük, kortizol artması ile de iskelet kasının azalması ve immün sistemin zayıflaması meydana gelmektedir (34). Ayrıca yaşlılarda D vitamini azalması da ortaya çıkmaktadır (35,36).

Kırılğan yaşlı sendromunda immün sistemin yetmezliğine bağılı olarak hafıza hücrelerinin sayısında artma, inflamasyona neden olan interlökin 6 ve interlökin 1 b artma olurken, naif hücrelerde, interlökin 2, immünglobin A ve immünglobin G'de azalma ve mitojen cevapta azalma meydana gelir. (37,38) Toplum içinde yaşıyan yaşlı kırılğan hastalarda serumda interlökin 6, CRP ve beyaz küre gibi proinflamatuvar sitokin seviyeleri artmıştır. (35,39) Bu sitokinlerin artması anemi, bilişsel işlevde azalma, kas gücünde azalma ve immün sistemde değışime yol açar (37). İmmün sistem aktivasyonu pıhtılaşıma kaskadını tetiklemekte bu da kırılğanlık ve pıhtılaşıma faktörleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (40).

Kırılğanlığın patofizyolojisinde en önemli nedenlerden bir diğeri de sarkopenidir. Yaşlı hastalarda kötü ağız hijyeni, koku ve tat duyusunda azalma, demans, depresyon ve kronik hastalıklar nedeniyle kronik beslenme yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Bu beslenme yetersizliği, enerji ihtiyacının karşılanamaması, negatif nitrojen dengesi, kronik inflamasyona bağılı katabolik süreçte artış, kilo kaybı ve kas kitlesinde azalma gibi sorunlara yol açarak sarkopeniye neden olmaktadır (41). Ayrıca yaşla birlikte görülen hormonal ve infamatuar yollardaki değışiklikler, sitokinlerin artmasına neden olmakta ve bunun sonucunda kas kitlesinde ve fonksiyonda azalma ortaya çıkmaktadır. Güç ve kuvvetteki bu azalma, yaşlının hareketsizleşmesi, dengesinin bozulması ve düşmesi riskini arttırmaktadır (42,43).

Kırılğan bireylerde yaşlanmayla birlikte görülen fizyolojik rezervdeki azalma hızlanır ve homeostatik mekanizmalar başarısız olmaya başlar. Bu başarısızlık sonucunda insan vücudu, enfeksiyon, hastalık, travma ya da herhangi bir akut stresle karşılaştığında birine bağımlı olmaya ya da düşkün hale gelmeye yatkınlık gösterebilir (29).

#### **2.3.4.Kırılğanlığın Önemi ve Yönetimi**

Nüfus yaşlandıka kırılğanlığın görülme olasılığı artmakta ve kırılğanlık önemli bir halk sağığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (44). Altında yatan mekanizmalar incelendiğinde özellikle kronik iltihaplanma gibi biyolojik risk faktörlerinin yanı sıra bilişsel, sosyal ve psikolojik gibi biyolojik olmayan risk faktörleri de bulunmaktadır. Bu nedenle, kırılğanlık sendromunun yönetimi, çok yönlü nedenlerini değılendirebilecek kapsamlı bir multidisipliner yaklaşım gerektirir (6,45). Kırılğanlık, erken dönemde

tanımlanıp uygun müdahale uygulanırsa, yaşlı bireylerin toplum kaynaklarını, hastaneye yatışlarını ve bakımevlerini daha fazla kullanmasını engellemek mümkün olabilir (44). Sağlık hizmetleri ve toplum üzerindeki yük azaltılabilir ve kişiler kırılma öncesi aşamadan geri döndürülebilir (5).

Tüm dünyada kırılma taramasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Kırılma taraması için birçok test geliştirilmiştir. Fried kırılma indeksi (46), Edmonton kırılma ölçeği (47), PRISMA 7 Ölçeği (48), Gérontopôle kırılma tarama aracı (Gérontopôle Frailty Screening Tool) (49), Klinik Kırılma Skalası (KKS) (50) bunlardan bazılarıdır. İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, 2017'den itibaren aile hekimlerinin sözleşmesinde kırılmanın taranması ve yönetimi üzerine bir program uygulamaktadır. İlk aşama, tüm 65 yaş ve üzeri bireylerde, hastane elektronik kayıtlarındaki bilgilerle kullanılarak tarama olarak yapılmaktadır. Kesin tanı, sağlık profesyonelin klinik görüşüne ve daha kapsamlı bir değerlendirmeye dayanarak yapılır; bu değerlendirme, PRISMA-7 anketi, zamanlı kalk ve yürü testi, yürüyüş hızı testi veya KKS gibi araçlarla desteklenmektedir (51). İspanya Ulusal Sağlık Sistemi'nin kırılma ve düşmelerin önlenmesine dair yaptığı bir çalışma, 70 yaş üzerindeki bağımsız bireylerde kırılmanın tespit edilmesi amacıyla tarama yapılmasını ve ardından çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme yapılarak fiziksel aktiviteye odaklı müdahaleleri önermektedir (52). Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılında yayınlanan bir genelge ile tüm ülkede sağlıklı yaş alma merkezleri kurulmuş ve bu merkezlerde çok yönlü ve kapsamlı geriyatrik değerlendirmeler ile yaşlılarda kırılma taramaları yapılmaktadır (53).

## **2.4.SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİ**

Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM), Sağlık Bakanlığı'nın 30.03.2023 tarihli, 95796091/010.06.01 sayılı genelgesi ile kurulmuştur (53). Merkezler geriyatrik, dahiliye uzmanı veya aile hekimliği uzmanı sorumluluğunda olup, hemşire, yaşlı bakım teknikeri, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, gerontolog, sosyal hizmetler uzmanı ve manevi destek uzmanı gibi profesyonelleri içerebilmektedir. Bu merkezler, evde sağlık birimleriyle eşgüdümlü olarak çalışarak adrese dayalı hizmet bölgesi içerisindeki yaşlı nüfusa hizmet vermektedir. YAŞAM, 80 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, evlerinde ve buldukları ortamda tıbbi bakım ihtiyaçlarını belirleyerek, akut ve kronik yakınmaları için gerekli tıbbi izlem ve takipleri yapmak amacıyla

kurulmuştur. Ayrıca, gerektiğinde uzaktan sağlık hizmeti ile muayene ve danışmanlık hizmetleri sunarak, yaşlıların sağlık durumlarını yakından izler ve ihtiyaç duydukları desteği sağlar. Yapılan görüşmelerde yaşlılara Katz Bağımsızlık İndeksi ve Lawton Günlük Enstrümental Yaşam Aktivite Skalası kullanılarak yaşlıların Klinik Kırılganlık Skalası ile kırılganlığın derecesi ölçülür. Kalk-Yürü Testi ve Otur-Kalk Testi ile yaşlıların düşme riski, Mini COG ve Mini Mental Testler ile yaşlı bireyin kognitif durumu değerlendirilir. Ayrıca, Mini Nutrisyon Değerlendirilmesi ile beslenme, Geriatrik Depresyon Ölçeği ile depresyon durumlarına yönelik taramalar yapılır (54). Bu kapsamlı değerlendirmeler, yaşlı bireylerin sağlık durumlarını daha iyi anlayarak, ihtiyaçlarına uygun müdahalelerin yapılmasını sağlar. Bu sayede, yaşlıların daha bağımsız ve sağlıklı bir şekilde yaşamalarına katkıda bulunulur.

## **2.5.YAŞLI NÜFUS VE AİLE HEKİMLİĞİ**

Aile Hekimleri, insan yaşamının tüm evreleri için birincil sağlık hizmeti sağlayıcısı olmakla beraber özellikle yaşlılar için kaliteli bakımın sağlanmasında temel rol oynamaktadır. Aile hekimleri yaşlı bireylerin sağlıklı durumlarından, ileri derecede kırılganlıklarına kadar olan tüm süreçte etkindir (55). Aile hekimleri yaşlı bireylerin ilk temas noktası olmakla beraber ani sağlık bozulmalarının altında yatan nedenleri teşhis eder ve risk faktörlerini ortadan kaldırmak adına ilgili merkezlere yönlendirmesini yapar. Böylelikle erken müdahale ile yaşlı bireylerin uzun vadede evlerinde kalmaları sağlanarak hastanelere gereksiz başvurular önlenir. (11,56).

Aile hekimleri, birçok karmaşık psikososyal sorunu anlamakta, özellikle yaşlı bireyler tarafından değerli bulunan aile ve toplumla uzun süreli bir ilişki sunmaktadır. Aynı zamanda yaşlılar için hastalıkları önleme ve aşırı tıbbileşmeden kaçınmayı teşvik ederek sağlıklı ve aktif yaşlanmayı desteklemektedirler (55). Aile Hekimleri bakımın sürekliliğini sağlamaktadır.

Aile hekimleri, yaşlı bakımında multidisipliner bir ekibin iletişimde merkezi bir rol sağlaması açısından çok önemlidir (55). Multidisipliner bu ekipte aile hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar, gerontologlar, diyetisyenler ve bakım teknisyenleri bulunmaktadır. Ayrıca, bu ekip birinci basamak sağlık merkezleri dışında, palyatif bakım ve evde bakım hizmetleri gibi hizmetler de sunmaktadır (57). Toplum tabanlı programlar bağlamında sağlık profesyonellerinin ev ziyaretlerinin olumlu etkiler gösterdiği

kanıtlanmıştır. Yapılan 64 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir araştırma, ev ziyaretlerinin çok boyutlu değerlendirmeler içerdiğinde ve en az beş kez uygulandığında etkili olduğunu göstermiştir. Bu müdahalelerin en belirgin etkileri; düşme sayısında, acil servis başvurularında, hastaneye yatış sayısında ve hastanede kalış süresinde azalma ile birlikte fiziksel işlevsellikteki iyileşmeler şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda, ev temelli hizmetlerin etkili olabilmesi için güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetiyle bağlantılı olması ve planlı takip süreçlerini içermesi önerilmektedir (58).

Kırılğan yaşlı prevalansındaki artış ve hastane yataklarına erişimdeki azalma göz önüne alındığında, aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kırılğan hasta bakımındaki önemi daha da artmaktadır. Bu doğrultuda, yaşlı bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek, kırılğanlıklarını azaltmak ve onları yaşadıkları ortamlarda başarılı ve bağımsız yaşlanmaya teşvik etmek için iyileştirmeler yapılmalıdır. Böylelikle yaşlıların hastaneye yatışı ve kurum bakımına geçişi engellenebilir ve tüm sağlık sistemi olumlu yönde etkilenir (49,59).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma evreni ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile veri toplama araçlarının uygulanması ve elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu tez çalışması, YAŞAM’da takip edilen yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılğanlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi; ayrıca sosyodemografik özelliklerin yerinde yaşlanma memnuniyeti ve klinik kırılğanlık üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Elde edilecek bulgular, yaşlıların daha sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirmelerine yardımcı olacak stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, yaşlı bakımına yönelik daha verimli ve etkili politikaların oluşturulmasına zemin hazırlayabilir.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezi**

H0: Sağlıklı Yaş Alma Merkezinde takip edilen yaşlıların yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılabilirlik düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

H1: Sağlıklı Yaş Alma Merkezinde takip edilen yaşlıların yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılabilirlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### 3. 3. Evren ve Örneklem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi İzmir ili Konak ve Bornova ilçesinde adrese dayalı olarak 80 yaş ve üzeri tüm nüfusa evde, yerinde sağlık hizmeti vermektedir. Çalışmanın evrenini 10.01.2025 ile 01.04.2025 arasında SBU İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki YAŞAM'a kayıtlı evinde ve yerinde hizmet alan 80 yaş ve üzeri bireyler ile ayaktan poliklinik hizmeti alan 65 yaş ve üzeri 163 birey oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü <http://www.raosoft.com/samplesize.html> ile %95 güven aralığı %5 hata payı ile 115 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırma, Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulama (GCP) ilkeleri ve insan araştırmaları etik kurallarına uygun olarak bilgilendirilmiş onam alınarak yürütülmüştür. Araştırmada SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezinde takip edilen yaşlılardan yüz yüze ve/veya telefon yoluyla veri toplanmıştır.

Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan anket, ikinci bölümde kullanım izni alınmış “Yerinde Yaşlanma Ölçeği (YYÖ)” ve “Klinik Kırılabilirlik Skalası (KKS)” yer almaktadır.

Veri toplama aracı olarak toplanan anket katılımcılardan alınan bilgiler ile araştırmacı tarafından doldurulan, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgilerini içermektedir.

#### **Dahil Edilme Kriterleri**

- SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'ne kayıtlı olmak
- Türkçe diline hâkim olmak
- İletişimi engelleyen bilişsel, fiziksel veya nörolojik bir engeli bulunmamak
- Bilgilendirilmiş onam formunda çalışma için gönüllü olmak

#### **Dışlanma Kriterleri**

- SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'ne kayıtlı olmamak
- Türkçe diline hâkim olmamak
- İletişimi engelleyen bilişsel, fiziksel veya nörolojik bir engeli bulunmak
- Bilgilendirilmiş onam formunda çalışma için gönüllü olmamak

### 3. 4. Veri Toplama Araçları

#### 3. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu literatür ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, evde kiminle yaşadığı, ikamet ettiği yer bilgisi, kronik hastalık durumu, sürekli kullandığı ilaç sayısı, düşme öyküsü, son 1 yıl içindeki düşme sayısı gibi demografik bilgileri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

#### 3. 4. 2. Yerde Yaşlanma Ölçeği:

Yerde Yaşlanma Ölçeği, 2017 yılında Velittin Kalıncara ve Şahin Kapıkıran tarafından tanıtılmış olup, 'Yerde Yaşlanma Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri' başlıklı makaleleri Elderly Issues Research Journal dergisinde yayınlanmıştır. Araştırmaya Türkiye'nin yedi bölgesinde kırsal ve kentsel kesimde yaşayan toplam 189 (115 kadın ve 74 erkek) yaşlı birey dahil edilmiştir. Yerde yaşlanmayı ele alan bu ölçek, özellikle uzun süredir aynı çevrede yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin yer - çevre değişikliği yapması ya da uzun süredir yaşadığı yerdeki memnuniyet düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 15 madde ve 3 alt boyuttan (algılanan sosyal destek, fiziksel yeterlik, elde edilebilir sosyal destek) oluşmaktadır. Ölçek, 'kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2) ve kesinlikle katılmıyorum (1)' şeklinde kodlanan 5'li Likert tipi bir ölçektir. "Yerde Yaşlanma Ölçeği" nin iç güvenilirlik katsayısını belirlemek için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını hesaplamış, ve tüm ölçek toplamı için güvenilirlik katsayısını 0,90 olarak bulmuştur (60).

#### 3. 4. 3. Klinik Kırılganlık Skalası (KKS):

Klinik kırılganlık skalası (KKS), Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması'nın, 2005 yılında Rockwood ve arkadaşları tarafından Canadian Medical Association Journal dergisinde

yayınlanan bir makalede 7 dereceli olarak geliştirilmiştir (50). İlerleyen dönemde, yine Rockwood ve arkadaşları tarafından 2020 yılında revize edilerek, 9 dereceli yapıya sahip Versiyon 2.0 formunda yeniden yapılandırılmıştır (61). KKS'nin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği, Özsürekcı ve arkadaşları tarafından test edilmiş ve Türk popülasyonunda kullanılabilirliği Turkish Journal of Geriatrics dergisinde (Türk Geriatri Dergisi) dergisinde yayınlanmıştır (44). Bu çalışmada bir üniversite hastanesi geriatri polikliniğine başvuran 118 yaşlı birey araştırmaya dahil edilmiştir. KKS, fiziksel kırılmalığa ek olarak, komorbidite, bilişsel bozukluk ve engellilik gibi maddeleri de içermektedir. 1 (çok sağlıklı) ile 9 (terminal hasta) arasında bir ölçekle puanlanır ve bireyler bu kategorilerden birine yerleştirilir; bu, klinik yargıya dayanmaktadır. Bu ölçeğin her bir puanı, kırılmalığı sınıflandırılmasına yardımcı olmak için görsel bir grafikte tamamlanan yazılı bir açıklama ile eşleşmektedir. 5 ve üzeri bir puan, kırılmalı olarak kabul edilir (44).

### 3.5. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır.

Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama ( $\bar{X}$ ), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir.

Yerinde Yaşlanma ve Klinik Kırılmalılık Ölçeklerinin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir.

Çalışmada katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ), kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. Hesaplanan BKİ değerlerine göre, DSÖ standartlarına uygun olarak katılımcılar; BKİ'si 18,5'in altında olanlar "zayıf", 18,5 ile 24,9 arasında olanlar "normal kilolu", 25,0 ile 29,9 arasında olanlar "fazla kilolu", 30,0 ile 39,9 arasında olanlar "obez" ve 40,0 ve üzeri olanlar "morbid obez" olarak sınıflandırılmıştır (62).

Katılımcıların klinik kırılmalılık düzeylerini ve yerinde yaşlanma memnuniyet düzeylerini yordamada sosyodemografik değişkenlerin (yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, evde kiminle yaşadığı, ikamet ettiği yer bilgisi, kronik hastalık durumu, sürekli kullandığı ilaç sayısı, düşme öyküsü, son 1 yıl içindeki düşme sayısı) etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir.

Bir bireyin günlük olarak beş veya daha fazla sayıda ilaç kullanması polifarmasi, on veya daha fazla ilaç kullanması aşırı polifarmasi olarak sınıflandırılmıştır (63).

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişi ve klinik kırılabilirlik arasındaki ilişkide tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Cinsiyete göre medeni durumun yerinde yaşlanma ile ilişkisi ise bağımsız örneklem t-testi ve post hoc testi analiz edilmiştir.

Yerinde Yaşlanma Ölçeği, alt boyutları ve Klinik Kırılabilirlik arasındaki ilişki incelenirken parametrik test yöntemlerinden “Pearson Korelasyon” analizi tercih edilmiştir.

Yerinde Yaşlanma Ölçeği, alt boyutları ve Klinik Kırılabilirlik arasındaki yordama durumu için regresyon analizi yapılmıştır.

Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  seviyesinde değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma soruları çerçevesinde yapılan analiz sonuçları sunulmuş ve bulgular yorumlanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmuştur. Çalışmaya katılan toplam 115 bireyin %66,1’i kadın ( $n = 76$ ), %33,9’u erkek ( $n = 39$ ) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 75 ile 102 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $84,85 \pm 4,05$  olarak hesaplanmıştır.

Eğitim düzeyi açısından katılımcıların %34,8’i okuryazar olmayan ( $n = 40$ ), %32,2’si yalnızca okuryazar ( $n = 37$ ), %27,8’i ilköğretim mezunu ( $n = 32$ ), %4,3’ü lise mezunu ( $n = 5$ ) ve yalnızca %0,9’u üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir ( $n = 1$ ).

Medeni durum açısından katılımcıların %47,0’ı evli ( $n = 54$ ), %53,0’ı duldur ( $n = 61$ ). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde, %5,2’sinin çocuk sahibi olmadığı ( $n = 6$ ) ve çocuk sayısı incelendiğinde, %7,0’sinin 1 çocuğu ( $n = 8$ ), %36,5’inin 2–3 çocuğu ( $n = 42$ ), %41,7’sinin 4–6 çocuğu ( $n = 48$ ) ve %9,6’sının 7 veya daha fazla çocuğu bulunduğu görülmüştür ( $n = 11$ ).

Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların %20,0’si yalnız yaşamaktadır ( $n = 23$ ), %57,4’ü iki kişiyle ( $n = 66$ ) ve %22,6’sı üç ya da daha fazla kişiyle yaşamaktadır ( $n = 26$ ). Katılımcıların evde kiminle yaşadığına bakıldığında; %20,0’si yalnız ( $n = 23$ ), %37,4’ü eşiyile

(n = 43), %37,4'ü çocuğuyla birlikte (n = 43) ve %5,2'si diğer bireylerle yaşamaktadır (n = 6).

İkamet edilen yer açısından değerlendirildiğinde; %1,8'u zaman zaman yer değiştirdiğini belirtmiş (n = 2), %6,1'i kendine ait olmayan ve kira ödeyen bir evde yaşamakta (n = 7), %13,0'ü kendine ait olmayan ancak kira ödemediği bir konutta yaşamaktadır (n = 15). Katılımcıların büyük çoğunluğu olan %79,1'i ise kendine ait bir evde ikamet etmektedir (n = 91).

**Tablo 1:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları n=115

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Alt Kategoriler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	39	33.9
	Kadın	76	66.1
<b>Yaş</b>	Min/Maks Ort ±Ss	75/102	84.85 ± 4.05
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	40	34.8
	Okuryazar	37	32.2
	İlköğretim	32	27.8
	Lise	5	4.3
	Üniversite ve üstü	1	0.9
<b>Medeni Hal</b>	Evli	54	47.0
	Dul	61	53.0
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	6	5.2
	1	8	7.0
	2-3	42	36.5
	4-6	48	41.7
	7 ve üzeri	11	9.6
	<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>	1	23
	2	66	57.4
	3 ve üzeri	26	22.6
<b>Evde Kiminle Yaşadığı</b>	Yalnız	23	20.0
	Eşiyle	43	37.4

<b>İkamet Ettiği Yer</b>	Çocuğu ile birlikte	43	37.4
	Diğer	6	5.2
	Zaman zaman değişiyor	2	1.8
	Kendine ait değil kira ödüyor	7	6.1
	Kendine ait değil kira ödemiyor	15	13.0
	Kendine ait	91	79.1

Katılımcıların sağlık durumlarına yönelik verdiği cevaplardan oluşan frekans ve yüzde bilgileri ile Tablo 2’de sunulmuştur.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,8) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. En sık bildirilen sağlık sorunu hipertansiyon olup katılımcıların %77,4’ünde hipertansiyon bulunduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcıların %32,2’sinde koroner arter hastalığı, %27,8’inde diyabet ve %27,0’ında çeşitli kalp hastalıkları mevcuttur. Nörodejeneratif hastalıklar (Alzheimer, Demans, Parkinson vb.) %16,5 oranında raporlanmıştır. Solunum sistemi hastalıkları (Astm veya Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı [KOAHI]) ve psikiyatrik hastalıklar %12,2, tiroid hastalıkları %7,8, onkolojik hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar ise %7,0 oranında bildirilmiştir. Böbrek hastalıkları %3,5, kas-iskelet sistemi hastalıkları ise %1,7 oranında görölmüştür. İleri yaş grubunda sık görölebilecek bazı özel durumlar arasında, benign prostat hiperplazisi (BPH) %9,6 oranında, glokom %5,2 oranında ve vertigo %4,3 oranında gözlenmiştir.

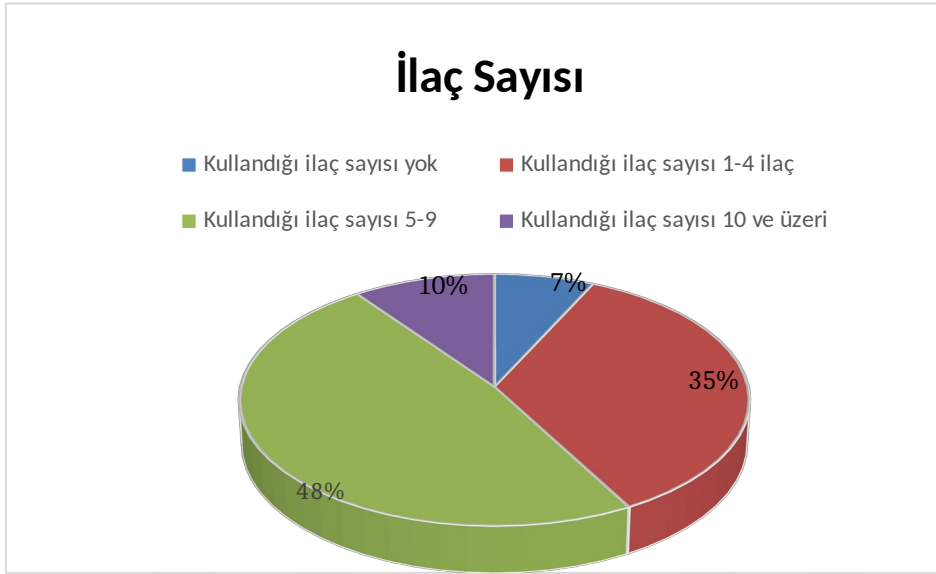
**Tablo 2:** Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları n=115

<b>Sağlık</b>	<b>Alt Kategoriler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Hastalık Var mı?</b>	Yok	6	5.2
	Var	109	94.8
<b>Hipertansiyon</b>	Yok	26	22.6
	Var	89	77.4
<b>Diyabet</b>	Yok	83	72.2
	Var	32	27.8
<b>Nörodejeneratif Hastalıklar</b>	Yok	96	83.5
	Var	19	16.5

<b>Serebrovasküler Hastalıklar</b>	Yok	107	93.0
	Var	8	7.0
<b>Kalp Hastalıkları</b>	Yok	84	73.0
	Var	31	27.0
<b>Koroner Arter Hastalıklar</b>	Yok	78	67.8
	Var	37	32.2
<b>Solunum Sistemi Hastalıkları(Astım/KOAH)</b>	Yok	101	87.8
	Var	14	12.2
<b>Onkolojik Hastalıklar</b>	Yok	107	93.0
	Var	8	7.0
<b>Kas-İskelet Hastalıkları</b>	Yok	113	98.3
	Var	2	1.7
<b>Tiroid Hastalıkları</b>	Yok	106	92.2
	Var	9	7.8
<b>Psikiyatrik Hastalıklar</b>	Yok	101	87.8
	Var	14	12.2
<b>Böbrek Hastalıkları</b>	Yok	111	96.5
	Var	4	3.5
<b>BPH</b>	Yok	104	90.4
	Var	11	9.6
<b>Glokom</b>	Yok	109	94.8
	Var	6	5.2
<b>Vertigo</b>	Yok	110	95.7
	Var	5	4.3

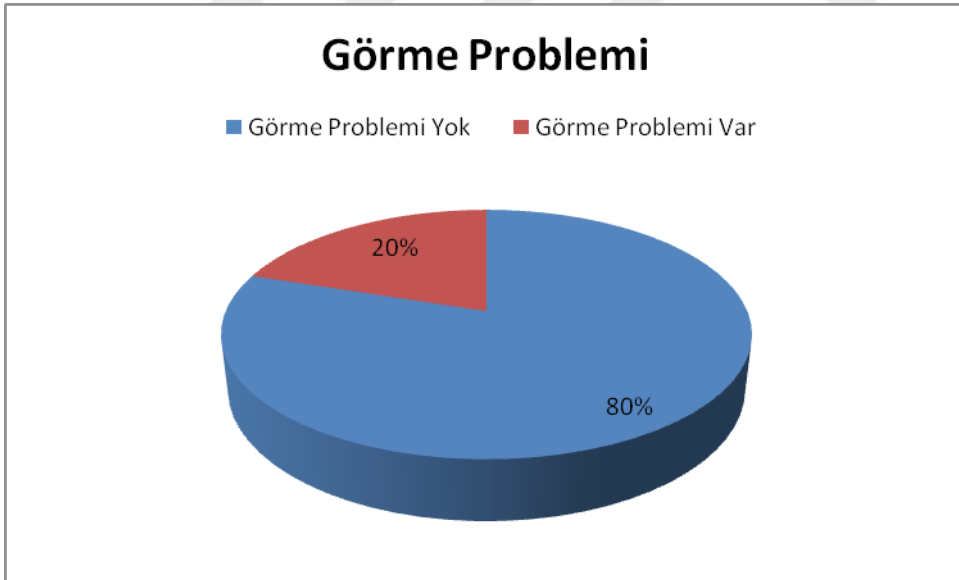
İlaç kullanım durumu da çalışmada önemli bir sağlık göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların yalnızca %7,0'ı hiç ilaç kullanmadığını belirtmiştir. En fazla orana sahip grup, %47,8 ile 5-9 ilaç kullanan bireylerdir. Bunu %34,8 ile 1-4 ilaç kullananlar takip etmektedir. Katılımcıların %10,4'ü ise 10 veya daha fazla ilaç

kullanmaktadır. Bu bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) ile yaşadığını göstermektedir (Şekil 1).



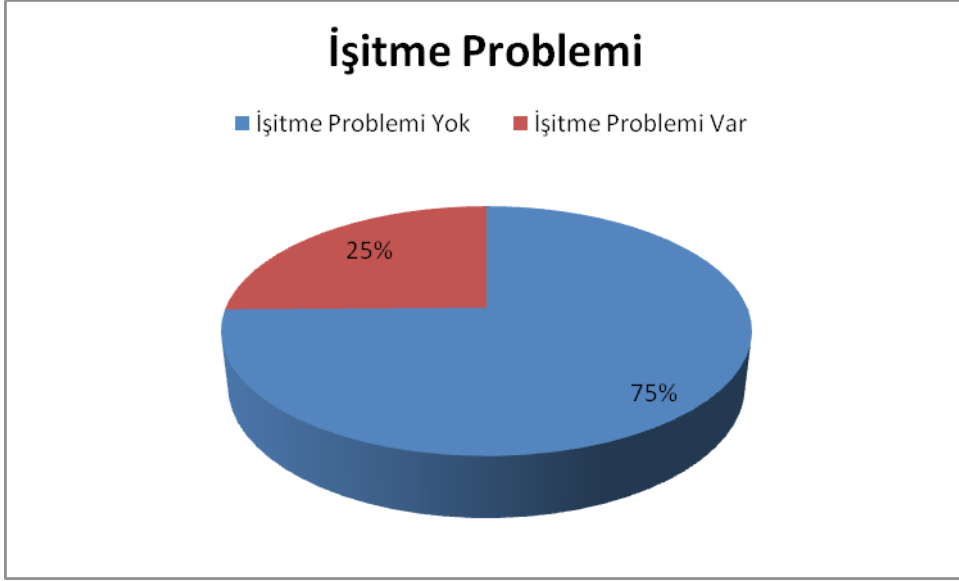
Şekil 1. Katılımcıların ilaç sayısı durumu

Katılımcıların %20,0'ı görme problemi yaşadığını belirtmiştir (Şekil 2).



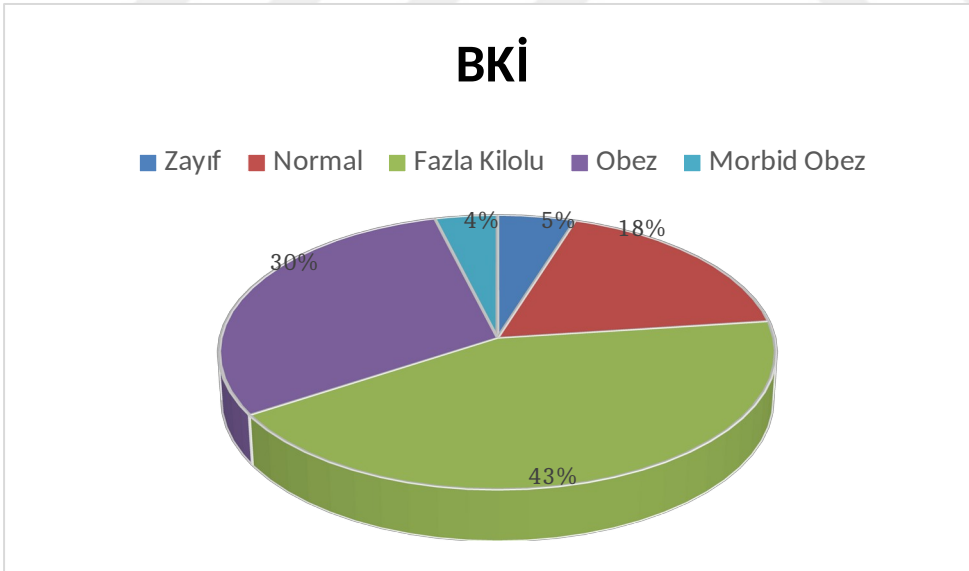
Şekil 2. Katılımcıların görme problemi durumu

İşitme problemleri ise %25,2 oranında bulunmaktadır (Şekil 3).



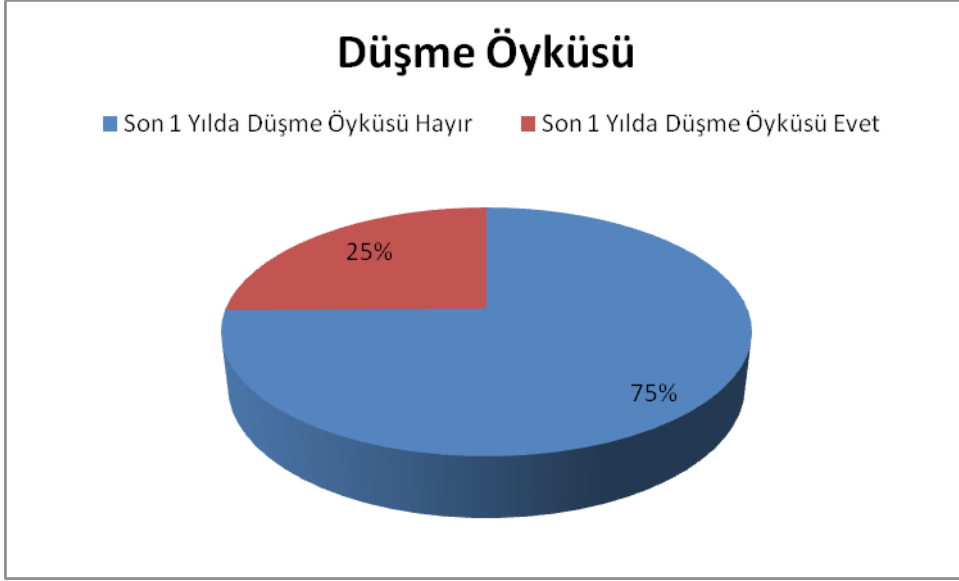
Şekil 3. Katılımcıların işitme problemi durumu

Katılımcıların beden kitle indeksi değerleri değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğun normalin üzerinde kiloya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %5,2'si zayıf (n = 6), %18,3'ü normal kilolu (n = 21), %42,6'sı fazla kilolu (n = 49), %29,6'u obez (n = 33) ve %4,3'ü morbid obez sınıfında yer almaktadır (n = 5) ( Şekil 4) .



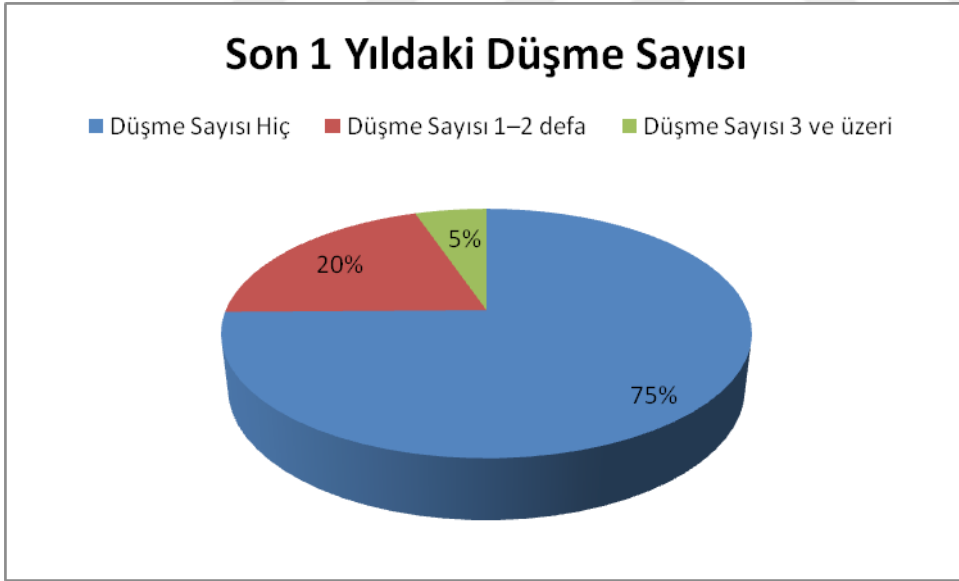
Şekil 4. Katılımcıların BKİ durumu

Son bir yıl içinde düşme öyküsü olan katılımcıların oranı %25,2'dir (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların son bir yıldaki düşme öyküsü

Düşme sayısı değerlendirildiğinde, %74,8'lik bir oranla hiç düşmeyen bireylerin çoğunlukta olduğu, %20,0'ının 1–2 defa ve %5,2'sinin 3 veya daha fazla düşme yaşadığı görülmektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların son bir yıldaki düşme öyküsü ve düşme sayısı

Yerinde Yaşlanma Ölçeği, alt boyutları ve Klinik Kırılganlık çarpıklık ve basıklık katsayılarına ait sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Küçük örneklemelerde verilerin normal dağıldığını ifade eden çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,96 ile -1,96 arasında olması yeterli görülürken; daha büyük örneklemelerde ( $200 \leq n$ ) ise +2,58 ile -2,58 arasında olmasını yeterli değer olarak görmüştür (64). Gerçekleştirilen analizler sonucunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

**Tablo 3:** Değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	N	Çarpıklık	Basıklık
<b>Yerinde Yaşlanma</b>	115	-0.290	-0.262
Algılanan Sosyal Destek	115	-1.043	.419
Fiziksel Yeterlilik	115	-0.289	-0.772
Elde Edilen Sosyal Destek	115	-0.285	-0.573
<b>Klinik Kırılganlık</b>	115	-0.386	-0.508

Yerinde Yaşlanma Ölçeği, alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayılarına ait sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Yapılan güvenilirlik analizine göre tüm ölçek ve alt boyutlar için Cronbach's Alpha katsayısı 0,70'in üzerinde bulunmuştur. Bu bulgular, ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Özellikle Yerinde Yaşlanma Ölçeği ( $\alpha = 0,885$ ) ve Elde Edilen Sosyal Destek alt boyutu ( $\alpha = 0,883$ ) oldukça güçlü güvenilirlik değerlerine sahiptir (65).

**Tablo 4:** Ölçek, Alt Boyutları ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Ölçek	N	Cronbach's Alpha
<b>Yerinde Yaşlanma Ölçeği</b>	115	0.885
Algılanan Sosyal Destek	115	0.787
Fiziksel Yeterlilik	115	0.853
Elde Edilen Sosyal Destek	115	0.883

Çalışmanın bu bölümünde, değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler Tablo 5'te sunulmuştur.

Yerinde yaşlanma ölçeğine ilişkin puanlar 22 ile 73 arasında değişmekte olup, katılımcıların ortalama puanı  $53,85 \pm 9,99$  olarak belirlenmiştir.

Medyan değeri 55,00, alt çeyrek değeri (Q1) 47,00 ve üst çeyrek değeri (Q3) 62,00 olarak hesaplanmıştır.

Algılanan sosyal destek düzeyinin minimum 11 ve maksimum 31 arasında değiştiği, ortalama puanın  $25,00 \pm 3,30$  olduğu görülmektedir. Algılanan Sosyal Destek Alt çeyrek değeri 23,00 ve üst çeyrek değeri 27,00 olan bu değişken, katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin yüksek ve dengeli bir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Fiziksel yeterlilik değişkenine ilişkin puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte, ortalama puan  $16,18 \pm 5,00$  olarak hesaplanmıştır. Fiziksel Yeterlilik Alt çeyrek (Q1) 12,00 ve üst çeyrek (Q3) 20,00 olup, fiziksel yeterliliğin gruplar arasında orta düzeyde bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Elde edilen sosyal destek düzeyi için elde edilen puanlar 4 ile 20 arasında değişmekte ve ortalama değer  $12,67 \pm 4,11$  olarak hesaplanmıştır. Elde Edilen Sosyal Destek Alt çeyrek değeri 10,00, üst çeyrek değeri ise 16,00'dır. Bu sonuç, katılımcıların elde ettikleri sosyal desteğin orta düzeyde ve hafifçe sağa çarpık bir dağılım gösterdiğine işaret etmektedir.

**Tablo 5:** Yerinde Yaşlanma Ölçeği ve Klinik Kırılganlık puanları ile İlgili Betimsel Analizi Sonuçları

Değişkenler	N	Min	Maks	Ort	SS	Median	Q1	Q3
							(%25)	(%75)
<b>Yerinde Yaşlanma</b>	115	22.00	73.00	53.85	9.99	55.00	47.00	62.00
Algılanan Sosyal Destek	115	11.00	31.00	25.00	3.30	25.00	23.00	27.00
Fiziksel Yeterlilik	115	5.00	25.00	16.18	5.00	17.00	12.00	20.00
Elde Edilen Sosyal Destek	115	4.00	20.00	12.67	4.11	13.00	10.00	16.00
<b>Klinik Kırılganlık</b>	115	1	7	4.64	1.35	5.00	4	6

Yerinde Yaşlanma ve sosyodemografik değişkenler arasındaki yordama durumu” değerlendirmelerini yapmak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 6). Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin genel anlamlılık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $F = 1,793$ ;  $p < 0,05$ ) ve modelin açıklayıcılık gücü düşüktür ( $R^2 = ,173$ ). Bu bulgu, yerinde yaşlanma düzeyine ilişkin toplam varyansın %17,3’ünün modele dahil edilen değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir.

Bağımsız değişkenler incelendiğinde, sadece yaş değişkeni yerinde yaşlanma düzeyini anlamlı biçimde yordayan bir değişken olarak belirlenmiştir ( $\beta = -.232$ ;  $p = .019$ ). Bu bulgu, bireylerin yaşı arttıkça yerinde yaşlanma puanlarında anlamlı bir azalma olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle, yaşlı bireylerin yaşı ilerledikçe yerinde yaşlanma algısında düşüş gözlemlenmektedir. Diğer tüm değişkenler (cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, ikamet edilen yer, kronik hastalık durumu, düşme durumu, işitme problemi ve görme problemi) yerinde yaşlanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamamıştır. Bu bulgular, yerinde yaşlanma algısının özellikle bireyin yaşıyla ilişkili olduğunu; diğer sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin ise bu algı üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

**Tablo 6:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yerinde Yaşlanma Düzeyini Yordama Durumu

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar			Model	
	B	Std. hata	$\beta$	t	p	F	R <sup>2</sup>
<b>Sabit</b>	121.398	23.475		5.171	.000		
<b>Yaş</b>	-.570	.239	-.232	-2.381	.019*		
<b>Cinsiyet</b>	1.610	2.666	.077	.604	.547		
<b>BKİ</b>	-.071	.172	-.040	-.411	.682		
<b>Eğitim</b>	1.377	1.092	.130	1.261	.210		
<b>Medeni durum</b>	-.911	1.153	-.091	-.790	.431		
<b>Çocuk sayısı</b>	.147	.487	.030	.302	.763	1.793	.173
<b>Evde Yaşayan Kişi sayısı</b>	-1.598	.986	-.164	-1.622	.108		
<b>İkamet edilen yer</b>	-.230	1.420	-.016	-.162	.872		
<b>Kronik Hastalık</b>	-6.435	4.218	-.144	-1.526	.130		
<b>Düşme Durumu</b>	-2.520	2.143	-.110	-1.176	.242		
<b>İşitme Problemi</b>	-.831	2.140	-.036	-.388	.699		
<b>Görme Problemi</b>	.397	2.310	.016	.172	.864		

**Bağımlı değişken:** Yerinde Yaşlanma

\*  $p < 0.05$

Yerinde yaşlanma alt ölçeklerinden “Algılanan Sosyal Destek ve sosyodemografik değişkenler arasındaki yordama durumu” değerlendirmelerini yapmak için lineer regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 7). Bu analize göre, modele alınan sosyodemografik değişkenler, katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyini anlamlı bir şekilde yordamamaktadır. Ayrıca modelin açıklama gücü düşüktür ( $R^2 = ,122$ ), yani toplam varyansın yalnızca %12,2’u bu değişkenlerle açıklanabilmiştir. Bağımsız değişkenler ayrı ayrı incelendiğinde; eğitim düzeyi ( $B = ,178$ ;  $p = ,097$ ) ve kronik hastalık durumu ( $B = -,164$ ;  $p = ,094$ ) değişkenleri, istatistiksel anlamlılık sınırına yakın bulunmuş; ancak %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı yordayıcılar olarak değerlendirilmemiştir. Diğer tüm değişkenlerin (yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, ikamet yeri, düşme durumu, işitme problemi, görme problemi) algılanan sosyal destek düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 7:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini Yordama Durumu

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar			Model	
	B	Std. hata	$\beta$	t	p	F	$R^2$
<b>Sabit</b>	31.890	7.998		3.987	.000		
<b>Yaş</b>	-.047	.082	-.057	-.571	.569		
<b>Cinsiyet</b>	-.057	.908	-.008	-.062	.950		
<b>BKİ</b>	.015	.059	.025	.249	.804		
<b>Eğitim</b>	.624	.372	.178	1.677	.097		
<b>Medeni durum</b>	-.480	.393	-.146	-1.222	.224		
<b>Çocuk sayısı</b>	.011	.166	.007	.066	.947	1.184	.122
<b>Evde Yaşayan Kişi sayısı</b>	.115	.336	.036	.343	.733		
<b>İkamet edilen yer</b>	.278	.484	.059	.574	.567		
<b>Kronik Hastalık</b>	-2.426	1.437	-.164	-1.688	.094		
<b>Düşme Durumu</b>	-.458	.730	-.061	-.628	.532		
<b>İşitme Problemi</b>	-.461	.729	-.061	-.633	.528		
<b>Görme Problemi</b>	.609	.787	.074	.773	.441		

**Bağımlı değişken:** Algılanan Sosyal Destek

\*  $p > 0.05$

Yerinde yaşlanma alt ölçeklerinden fiziksel yeterlilik ve sosyodemografik değişkenler arasındaki yordama durumu değerlendirmelerini yapmak için lineer regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 8). Kurulan regresyon modeli genel olarak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F(8, 106) = 2,253; p < 0,05$ ). Modele dâhil edilen değişkenler, fiziksel yeterlilik düzeyine ilişkin varyansın yaklaşık %21,0'ini açıklamaktadır ( $R^2 = ,210$ ). Bu durum, modelin orta düzeyde açıklayıcı güce sahip olduğunu göstermektedir. Bağımsız değişkenler incelendiğinde, yaş değişkeninin fiziksel yeterliliği anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir ( $B = -,209; p = ,030$ ). Bu bulgu, yaş arttıkça bireylerin fiziksel yeterlilik düzeyinin anlamlı biçimde azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, evde yaşayan kişi sayısı da fiziksel yeterlilik üzerinde anlamlı bir negatif yordayıcı olarak bulunmuştur ( $B = -,0235, p = 0,019$ ). Buna göre, evde birlikte yaşanan birey sayısı arttıkça fiziksel yeterlilik düzeyinde düşüş gözlemlenmektedir. Modelde yer alan diğer değişkenlerin (cinsiyet, BKİ, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, ikamet edilen yer, kronik hastalık, düşme durumu, işitme problemi, görme problemi) fiziksel yeterlilik düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bununla birlikte, fiziksel yeterlilik düzeyi ile eğitim düzeyi ( $p = 0,077$ ) ve kronik hastalık durumu ( $p = 0,080$ ) anlamlılık sınırına yakın değerler göstermiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 8: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Fiziksel Yeterlilik Düzeylerini Yordama Durumu**

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar			Model	
	B	Std. hata	$\beta$	t	p	F	R <sup>2</sup>
<b>Sabit</b>	48.117	11.479		4.192	.000		
<b>Yaş</b>	-.257	.117	-.209	-2.196	.030*		
<b>Cinsiyet</b>	1.396	1.304	.133	1.071	.287		
<b>BKİ</b>	-.055	.084	-.062	-.652	.516		
<b>Eğitim</b>	.954	.534	.179	1.786	.077		
<b>Medeni durum</b>	-.317	.564	-.064	-.561	.576		
<b>Çocuk sayısı</b>	.339	.238	.140	1.421	.158	2.253	.210
<b>Evde Yaşayan Kişi sayısı</b>	-1.148	.482	-.235	-2.381	.019*		
<b>İkamet edilen yer</b>	-.420	.694	-.059	-.605	.546		
<b>Kronik Hastalık</b>	-3.243	2.062	-.145	-1.573	.119		
<b>Düşme Durumu</b>	-1.853	1.048	-.162	-1.768	.080		
<b>İşitme Problemi</b>	.440	1.046	.038	.420	.675		
<b>Görme Problemi</b>	-.355	1.130	-.029	-.314	.754		

**Bağımlı değişken: Fiziksel Yeterlilik**

\*  $p < 0,05$

Yerinde yaşlanma alt ölçeklerinden Elde Edilen Sosyal Destek ve sosyodemografik değişkenler arasındaki yordama durumu değerlendirmelerini yapmak için lineer regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 9). Regresyon modeline ait genel anlamlılık testi sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $F(8, 106) = 1,163; p > 0,05$ ). Bu sonuç, yer verilen sosyodemografik değişkenlerin bir bütün olarak katılımcıların elde ettiği sosyal destek düzeyini anlamlı biçimde yordamadığını göstermektedir. Ayrıca modelin açıklama gücünün de oldukça düşük olduğu görülmektedir ( $R^2 = 0,120$ ); bu da bağımsız değişkenlerin, elde edilen sosyal destek düzeyine ilişkin varyansın yalnızca %12'sini açıkladığını ifade etmektedir. Bireysel değişken düzeyinde değerlendirildiğinde, yalnızca yaş değişkeninin elde edilen sosyal destek düzeyini anlamlı şekilde yordadığı saptanmıştır ( $B = -0,263; p = 0,010$ ). Bu bulgu, yaş arttıkça elde edilen sosyal destek düzeyinde anlamlı bir azalma yaşandığını göstermektedir. Diğer tüm değişkenlerin (cinsiyet, BKİ, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, ikamet edilen yer, kronik hastalık, düşme durumu, işitme problemi, görme problemi) elde edilen sosyal destek düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 9:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Elde Edilen Sosyal Destek Düzeylerini Yordama Durumu

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar			Model	
	B	Std. hata	$\beta$	t	p	F	R <sup>2</sup>
<b>Sabit</b>	41.391	9.972		4.151	.000		
<b>Yaş</b>	-.266	.102	-.263	-2.619	.010		
					*		
<b>Cinsiyet</b>	.271	1.132	.031	.239	.812		
<b>BKİ</b>	-.030	.073	-.042	-.418	.677		
<b>Eğitim</b>	-.201	.464	-.046	-.434	.666		
<b>Medeni durum</b>	-.114	.490	-.028	-.233	.816		
<b>Çocuk sayısı</b>	-.202	.207	-.101	-.978	.331	1.163	.120
<b>Evde Yaşayan Kişi sayısı</b>	-.566	.419	-.141	-1.351	.180		
<b>İkamet edilen yer</b>	-.088	.603	-.015	-.145	.885		
<b>Kronik Hastalık</b>	-.766	1.792	-.042	-.427	.670		
<b>Düşme Durumu</b>	-.208	.910	-.022	-.229	.819		
<b>İşitme Problemi</b>	-.810	.909	-.086	-.891	.375		
<b>Görme Problemi</b>	.143	.981	.014	.146	.884		
<b>Bağımlı değişken: Elde Edilen Sosyal Destek</b>							

\*  $p < 0,05$

Klinik kırılma puanları 1 ile 7 arasında dağılmakta olup, bu değişkenin ortalaması  $4,64 \pm 1,35$  olarak bulunmuştur. Bu değer, katılımcıların klinik açıdan orta-yüksek düzeyde kırılma gösterdiğine işaret etmektedir.

Klinik Kırılgnlık ve sosyodemografik değişkenler arasındaki yordama durumu” değerlendirmelerini yapmak için lineer regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 10). Kurulan regresyon modelinin genel anlamlılık düzeyi istatistiksel olarak anlamlıdır (F(10, 104) = 3,449 ; p < 0,05) ve modelin açıklayıcılık gücü yüksektir (R<sup>2</sup> = 0,289). Bu bulgu, modelin klinik kırılgnlık düzeyine ilişkin varyansın %28,9’unu açıkladığını göstermektedir. Yaş (B = ,254; p = ,006), eğitim düzeyi (B= -,217; p = ,025), evde yaşayan kişi sayısı (B = 0,318, p =0,001), kronik hastalık durumu (B = ,273, p = 0,002) ve görme problemi (B= = -,171; p = ,050) de klinik kırılgnlığı anlamlı biçimde yordayan diğer değişkenler olarak belirlenmiştir. Buna göre, yaşın artması, düşük eğitim düzeyi, evde yaşayan kişi sayısının artması, bireyde kronik hastalık bulunması ve bireyde görme problemi olması klinik kırılgnlık düzeyini artıran faktörlerdir. Diğer değişkenlerin (cinsiyet, BKİ, medeni durum, ikamet edilen yer, medeni durum, çocuk sayısı, düşme durumu, işitme problemi) klinik kırılgnlık üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p > 0,05).

**Tablo 10:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Klinik Kırılgnlık Düzeylerini Yordama Durumu

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar			Model	
	B	Std. hata	β	t	p	F	R <sup>2</sup>
<b>Sabit</b>	-6.763	2.947		-2.295	.024	3.449	.289
<b>Yaş</b>	.085	.030	.254	2.812	.006*		
<b>Cinsiyet</b>	-.075	.335	-.026	-.223	.824		
<b>BKİ</b>	.034	.022	.142	1.568	.120		
<b>Eğitim</b>	-.312	.137	-.217	-2.277	.025*		
<b>Medeni durum</b>	-.049	.145	-.036	-.339	.735		
<b>Çocuk sayısı</b>	-.090	.061	-.137	-1.471	.144		
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>	.421	.124	.318	3.403	.001*		
<b>İkamet edilen yer</b>	.191	.178	.100	1.072	.286		
<b>Kronik Hastalık</b>	1.651	.529	.273	3.118	.002*		
<b>Düşme Durumu</b>	.134	.269	.043	.498	.620		
<b>İşitme Problemi</b>	-.044	.269	-.014	-.163	.871		

<b>Görme Problemi</b>	<b>-.574</b>	.290	-.171	-1.980	.050*
<b>Bağımlı değişken: Klinik Kırılgnalık</b>					

\* p<0.05

Katılımcıların polifarmasi düzeyine göre yerinde yaşlanma, sosyal destek ve klinik kırılgnalık düzeyleri karşılaştırıldığında, polifarmasi (n = 55) ve aşırı polifarmasi (n = 12) grupları arasında yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre hiçbir değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > ,05).(Tablo:11)

**Tablo 11:** Polifarmasi Düzeyine Göre Yerinde Yaşlanma ve Kırılgnalık Düzeylerinin Karşılaştırılması (N = 67)

<b>Değişken</b>	<b>Polifarmasi</b>	<b>Aşırı Polifarmasi</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>(n = 55)</b>	<b>(n = 12)</b>		
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		
<b>Yerinde Yaşlanma</b>	51.36 ± 10.17	54.83 ± 7.58	-1.113	.270
Algılanan Sosyal Destek	24.25 ± 3.50	25.17 ± 2.29	-0.861	.392
Fiziksel Yeterlilik	14.98 ± 4.99	16.42 ± 4.70	-0.912	.365
Elde Edilen Sosyal Destek	12.13 ± 4.33	13.25 ± 3.72	-0.833	.408
<b>Klinik Kırılgnalık</b>	4.95 ± 1.31	5.00 ± 0.95	-0.136	.892

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre yerinde yaşlanma, sosyal destek ve klinik kırılgnalık düzeyleri tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre bazı değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo:12) .

Yerinde yaşlanma düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F = 2,707; p = ,049). Yapılan post-hoc karşılaştırmalara göre, eşyle yaşayan bireylerin yerinde yaşlanma düzeyleri, çocuğuyla yaşayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (b > c). Bu bulgu, eş ile birlikte yaşamının yerinde yaşlanma algısını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Klinik kırılgnalık düzeyi bakımından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (F = 2,963; p = ,035). Çocuğuyla yaşayan bireylerin klinik kırılgnalık düzeyleri, yalnız yaşayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksektir (c > a).

Diğer değişkenler olan algılanan sosyal destek (F = 1,538; p = ,209), fiziksel yeterlilik (F = 2,567; p = ,058) ve elde edilen sosyal destek (F = 1,490; p = ,221) açısından gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > ,05$ ). Ancak fiziksel yeterlilik düzeyi için  $p$  değeri anlamlılık sınırına oldukça yakın olup, bu değişkenin farklı yaşam düzenlerine göre değişebileceği yönünde bir işaret vermektedir.

**Tablo 12:** Katılımcıların Gruplara Göre Yerinde Yaşlanma ve Kırılgnlık Değişkenlerinin Ortalama Değerleri

Birlikte Yaşadıkları Kişi	Yalnız <sup>a</sup>	Eşiyle <sup>a</sup>	Çocuğu ile birlikte <sup>a</sup>	Diğer <sup>a</sup>	F	p	Grup Farkı
	(n = 23)	(n = 43)	(n = 43)	(n = 6)			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
<b>Yerinde Yaşlanma</b>	55.39 ± 9.07	56.14 ± 9.81	50.51 ± 10.49	55.50 ± 5.05	2.707	.049*	b>c
Algılanan Sosyal Destek	24.78 ± 2.81	25.63 ± 2.60	24.30 ± 4.10	26.33 ± 2.50	1.538	.209	
Fiziksel Yeterlilik	17.26 ± 4.50	17.23 ± 5.32	14.58 ± 4.75	16.00 ± 4.00	2.567	.058	
Elde Edilen Sosyal Destek	13.35 ± 3.49	13.28 ± 4.53	11.63 ± 4.09	13.17 ± 2.23	1.490	.221	
<b>Klinik Kırılgnlık</b>	4.13 ± 1.18	4.47 ± 1.50	5.07 ± 1.20	4.83 ± 1.17	2.963	.035*	c>a

Tablo 13'te Kırılgnlık ve Yerinde Yaşlanmanın cinsiyete göre medeni durum ortalamaları değerlendirmelerini yapmak için bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Erkek katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmalarda, yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi açısından evli bireylerin ( $\bar{X} = 56,25$ ;  $S_s = 9,45$ ) dul bireylere ( $\bar{X} = 51,66$ ;  $S_s = 9,29$ ) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ( $t = 1,888$ ;  $p = ,043$ ). Bu bulgu, erkeklerde evli olmanın yerinde yaşlanma algısını olumlu etkileyebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, algılanan kırılgnlık açısından evli erkeklerin ortalaması 25,85 ( $S_s = 2,80$ ), dul erkeklerin ortalaması ise 24,34 ( $S_s = 3,34$ ) olup fark anlamlılık sınırına yakın bulunmuştur ( $t = 1,808$ ;  $p = ,075$ ). Diğer değişkenlerde, yani fiziksel yeterlilik, elde edilebilir sosyal destek ve klinik kırılgnlık düzeyleri açısından evli ve dul erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > ,05$ ). Kadın katılımcılar açısından değerlendirildiğinde, evli ve dul bireyler arasında yerinde yaşlanma ( $t = -0,358$ ;  $p = ,722$ ), algılanan sosyal destek ( $t = -0,061$ ;  $p = ,952$ ), fiziksel yeterlilik ( $t = -0,491$ ;  $p = ,626$ ), elde edilebilir sosyal destek ( $t = -0,245$ ;  $p = ,808$ ) ve klinik kırılgnlık ( $t = 0,256$ ;  $p = ,800$ ) düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak, dul kadın

grubunun örneklem büyüklüğünün oldukça düşük (n = 5) olması, bu sonuçların istatistiksel gücünü sınırlamakta ve yorumlanmasını dikkat gerektirir kılmaktadır.

**Tablo 13:** Yerinde Yaşlanma ve Kırılgnlık Değişkenlerinin Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Dağılımı

Değişken	Erkek Evli (n=20)	Erkek Dul (n=56)	t / p	Kadın Evli (n=34)	Kadın Dul (n=5)	t / p
	Ort±SS	Ort±SS	t / p	Ort±SS	Ort±SS	t / p
<b>Yerinde Yaşlanma</b>	56.25 ± 9.45	51.66 ± 9.29	1.888 / .043	55.53 ± 11.05	57.40 ± 9.53	- / .0358 / .722
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>	25.85 ± 2.80	24.34 ± 3.34	1.808 / .075	25.50 ± 3.51	25.60 ± 2.61	- / .0061 / .952
<b>Fiziksel Yeterlilik</b>	16.75 ± 5.28	15.02 ± 4.68	1.373 / .174	17.41 ± 5.19	18.60 ± 3.71	- / .0491 / .626
<b>Elde Edilebilir Sosyal Destek</b>	13.65 ± 3.44	12.30 ± 3.74	1.411 / .162	12.62 ± 5.03	13.20 ± 4.32	- / .0245 / .808
<b>Klinik Kırılgnlık</b>	4.55 ± 1.32	4.73 ± 1.26	- / .0549 / .584	4.59 ± 1.54	4.40 ± 1.52	- / .0256 / .800

Klinik kırılgnlık düzeyi, yerinde yaşlanma ölçeği ve alt grupları ile ilaç sayısı ve düşme sayısı arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo14). Bu analize yerinde yaşlanma düzeyi ile ilaç sayı arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = -,182 ; p = ,049) Alt analiz gruplarından fiziksel yeterlilik düzeyi ile kullanılan ilaç sayısı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r = -,191 ; p = ,041). Yerinde yaşlanma ve alt ölçekleri ile düşme sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Klinik kırılgnlık düzeyi ile ilaç sayısı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = ,272; p = ,003). Bu bulgu, kullanılan ilaç sayısı arttıkça klinik kırılgnlık düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir. Klinik kırılgnlık düzeyi ile düşme sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Ek olarak, ilaç sayısı ile düşme sayısı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = ,205; p = ,028). Bu bulgu, daha fazla ilaç kullanan bireylerde düşme riskinin artabileceğine işaret etmektedir.

**Tablo 14:** İlaç sayısı ve düşme sayısı ile Yerde Yaşlanma ve Klinik Kırılgnlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler		İlaç Sayısı	Düşme Sayısı
Klinik Kırılgnlık	r	.272**	.071
	p	.003	.454
Yerde Yaşlanma	r	-.182	-.073
	p	.049	.439
Algılanan Sosyal Destek	r	-.161	.000
	p	.085	1.000
Fiziksel Yeterlilik	r	-.191*	-.134
	p	.041	.152
Elde Edilen Sosyal Destek	r	-.080	-.014
	p	.392	.884
İlaç Sayısı	r	1	.205*
	p		.028
Düşme Sayısı	r		1
	p		

\*\*p<0.01;

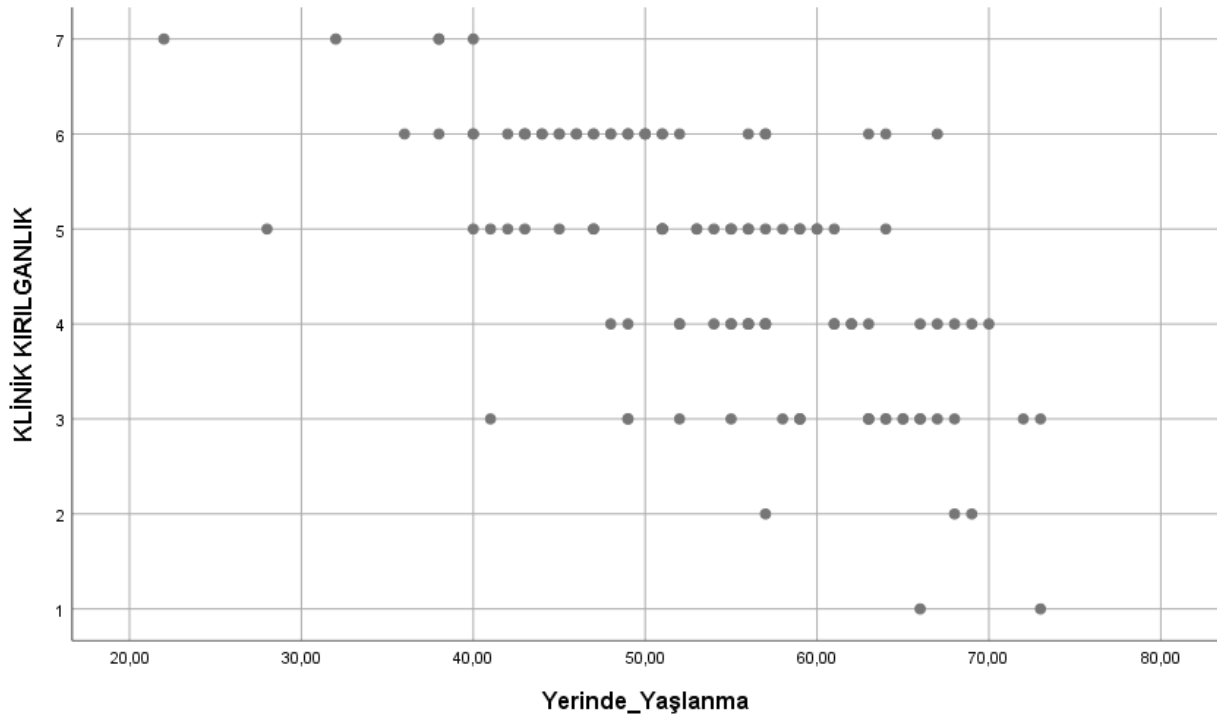
Yerde Yaşlanma ve Klinik Kırılgnlık arasındaki ilişki parametrik test yöntemlerinden “Spearman Korelasyon Analizi” ile incelenmiştir (Tablo 15). Elde edilen bulgulara göre yerde yaşlanma ile klinik kırılgnlık arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,652$ ,  $p < 0,001$ ). Bu sonuç yerde yaşlanma düzeyi arttıkça klinik kırılgnlık düzeyinin azaldığını göstermektedir (Şekil 7). Yerde yaşlanma puanındaki her bir birimlik artış, klinik kırılgnlık düzeyinde 1,109 birimlik azalmaya karşılık gelmektedir. Söz konusu ilişkinin modeli şu şekilde özetlenebilir:  $\text{Klinik Kırılgnlık} = 2,561 - 1,109 \times \text{Yerde Yaşlanma}$ . Algılanan sosyal destek ile klinik kırılgnlık arasında da negatif yönlü ve istatistiksel olarak orta derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r = -0,374$ ,  $p < 0,001$ ). Benzer şekilde, fiziksel yeterlilik düzeyi ile klinik kırılgnlık arasında oldukça güçlü ve anlamlı bir negatif ilişki bulunmuştur ( $r = -0,700$ ,  $p < 0,001$ ). Ayrıca, elde edilen sosyal destek ile klinik kırılgnlık düzeyi arasındaki ilişki de orta derecede anlamlıdır ve negatif yönlüdür ( $r = -0,461$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tablo 15:** Yerde Yaşlanma ve Klinik Kırılgnlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler	Klinik Kırılgnlık
-------------	-------------------

<b>Yerinde Yaşlanma</b>	r	-0.652**
	p	.000
Algılanan Sosyal Destek	r	-0.374**
	p	.000
Fiziksel Yeterlilik	r	-0.700**
	p	.000
Elde Edilen Sosyal Destek	r	-0.461**
	p	.000

\*\*p<0.01;



Şekil 7. Yerinde Yaşlanma puanı ile Klinik Kırılgnlık ilişkisi

Klinik kırılgnlık düzeyini yordamak amacıyla sıralı lojistik regresyon analizi (PLUM) uygulanmış olup, analiz bulguları Tablo 16'da sunulmuştur. Buna göre, fiziksel yeterlilik değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcıdır ( $B = -1,719$ ;  $SE = 0,464$ ; Wald  $\chi^2 = 13,700$ ;  $p < 0,001$ ). Yerinde yaşlanma ölçeği ( $p = 0,519$ ), algılanan sosyal destek ( $p = 0,906$ ) ve elde edilen sosyal destek ( $p = 0,662$ ) değişkenleri ise anlamlı yordayıcılar olarak bulunmamıştır.

**Tablo 16.** Klinik Kırılgnlık Düzeyinin Yordanmasına İlişkin PLUM Analizi Sonuçları

Değişken	B Katsayısı	Std. Hata	Wald $\chi^2$	sd	p Değeri	95% Güven Aralığı (Alt-Üst)
<b>Yerinde Yaşlanma Ölçeği</b>	-0.432	0.670	0.416	1	.519	[-1.746 – 0.881]
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>	-0.049	0.411	0.014	1	.906	[-0.855 – 0.757]
<b>Fiziksel Yeterlilik</b>	-1.719	0.464	13.700	1	.000	[-2.629 – -0.809]
<b>Elde Edilen Sosyal Destek</b>	-0.164	0.404	0.091	1	.662	[-3.132 – -2.604]

a: Modelde referans olarak tanımlanmış ve analizi dahil edilmemiştir

#### 4. TARTIŞMA

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre, yaşlı nüfusun %55,4'ünü kadınlar, %44,6'sını ise erkekler oluşturmaktadır (14). Araştırmamıza dahil edilen ve YAŞAM'da takip edilen yaşlı bireylerin ise %66,1'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımı açısından elde edilen bulgular TÜİK verileriyle uyumlu bulunmaktadır. Derhem ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen geriatrik bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri toplam 298 katılımcı değerlendirilmiş ve katılımcıların %55'inin kadın olduğu rapor edilmiştir (63). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da 65 yaş ve üzeri grupta çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmuş ve kadın cinsiyet daha yüksek oranda izlenmiştir (60,66,67). Kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklere kıyasla daha uzun olması nedeniyle, 65 yaş ve üzeri nüfusta kadın oranının yüksek olması literatürle uyumlu ve beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada yer alan bireylerin yaş ortalaması  $84,85 \pm 4,05$  yıl olarak saptanmıştır. Çalışma popülasyonun yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %51,3'ünün 75–84 yaş grubunda, %48,7'sinin ise 85 yaş ve üzeri grupta yer aldığı belirlenmiştir. Bu durum, çalışmamızın Türkiye yaşlı nüfus istatistiklerine göre "ileri yaşlılık" ve "çok ileri yaşlılık" kategorilerindeki bireyleri kapsadığını göstermektedir. Yavuz ve ark. yaptığı Sağlıklı Yaş Alma Merkezinde takip edilen katılımcıların hasta profilini inceleyen çalışmada yaş ortalaması  $86.53 \pm 5.07$  saptanmış ve çalışmamızla yaş ortalaması olarak uyumlu bulunmuştur (68).

Çalışmamızda BKİ değerleri incelendiğinde katılımcıların %5,2'si zayıf, %18,3'ü normal kilolu, %42,6'sı fazla kilolu ve %29,6'u obez ve %4,3'ü morbid obez kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2019 verilerine göre; 65 ve üzeri yaş grubundakilerin %0,9'u zayıf, %15,2'si normal, %35,0'i fazla kilolu, %42,5'i obez, %6,4'ü ise morbid obezdır (69). Elde edilen bulgular, çalışmamızdaki yaşlı bireylerin zayıf olma

oranının TBSA (2019) verilerine kıyasla yaklaşık 5 kat daha yüksek olduğunu, buna karşılık obez ve morbid obez oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma grubumuzun düşük sosyoekonomik düzeyi ve sağlıklı gıdaya ulaşım imkanlarının kısıtlılığı bu sonuca neden olmuş olabilir. Bu etkenler başka bir çalışmanın araştırma konusu olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre Türkiye'deki yaşlıların %12,5'inin okuryazar olmadığı, %12,7'sinin yalnızca okuryazar olduğu, %56,4'ünün ilköğretim mezunu, %9,7'sinin lise mezunu ve %8,7'sinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (14). Çalışmamızın popülasyonu eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların önemli bir kısmının düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, çalışma grubunun eğitim düzeyi, Türkiye'deki yaşlı nüfusun genel eğitim düzeyiyle karşılaştırıldığında; okuryazar olmayan bireylerin oranının Türkiye ortalamasının yaklaşık 2,5 katı, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin oranının ise Türkiye ortalamasının yalnızca dörtte biri olduğu görülmüştür. Bu farklılığın, çalışma evrenlerindeki sosyodemografik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmanın popülasyonu İzmir ili Konak ve Bornova ilçelerinde İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'nin hizmet bölgesinde yer alan yaşlıları içermekte olup bu bölge sosyoekonomik olarak Türkiye ve il geneline göre düşük sosyoekonomik koşullara sahiptir. Bu nedenle çalışmamızdaki eğitim düzeyi, sosyoekonomik koşullara paralel olarak daha düşük saptanmış olabilir. Ayrıca bu çalışmamızda genç yaşlı (65-74 yaş) nüfus yer almamaktadır. TÜİK (2024) verilerinde yer alan yaşlılardaki eğitim düzeyi oranları 65 yaş ve üstü tüm yaşlıları içermektedir (14). Türkiye'deki eğitim olanakları yıllar içerisinde geliştiğinden genç yaşlı nüfusun, ileri ve çok ileri yaşlı nüfusa göre daha iyi eğitim düzeyi oranlarına sahip olması beklenebilir.

Çalışmada medeni durum ve çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında, katılımcıların %47,0'sinin evli, %53'ünün dul olduğu, %94,8'inin çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Elbi ve arkadaşlarının (2021) 65 yaş ve üzeri bireylerde kırılğanlık prevalansını incelediği, 584 katılımcıyla yürütülen çalışmada, popülasyonun %58,2'si evli, %39,8'i dul ve %94,8'i çocuk sahibi olarak raporlanmıştır (66). Bu çalışmanın yaş ortalaması  $72,83 \pm 6,51$  yıl saptanmış olup çalışmamıza göre daha genç nüfusu içermektedir. Çalışmamızda dul oranının fazla olması, ileri yaşta eş kaybı durumlarının sıklığından kaynaklanmış olabilir. İki çalışmadaki çocuk sahibi olma oranları ise benzerdir.

Katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişilere bakıldığında, %20,0'ının yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Elbi ve arkadaşlarının Manisa ilinde gerçekleştirdiği çalışmada bu oran %22,6 olarak bulunmuştur (66). Manisa'nın İzmir'e coğrafi ve sosyodemografik açıdan benzerlik göstermesi, elde edilen bulguların çalışmamızla uyumlu çıkmasında etkili olmuş olabilir. Buna rağmen, TÜİK (2024) verilerine göre ülke genelinde yalnız yaşayan 65 ve üstü nüfus oranı %6,5 saptanmıştır (14). 2022 yılında İtalya'da 65 yaş üstü kırılğan yaşlılarda gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %78'inin yalnız yaşadığı saptanmıştır (70). Çalışmamızda ileri yaş grubunda yalnız yaşama oranının Türkiye verilerine göre yüksek ancak İtalya verilerine göre ise oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Bölgesel ve kültürel farklılıkların ve katılımcıların ileri yaş grubunda olmasının yalnız yaşama oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Yaşlıların yalnız yaşama durumlarına etki eden faktörler bir başka çalışmanın konusu olabilir.

Katılımcıların ikamet ettikleri yer değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunu oluşturan %79,1'inin kendilerine ait bir konutta yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde, 375 hasta ile birinci basamakta gerçekleştirilen ve 65 yaş ve üstü bireylerde sağlıklı yaşam biçimi ve kırılğanlık ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada da bireylerin %67,7'sinin kendilerine ait bir evde ikamet ettikleri tespit edilmiştir (67). Yaşlı bireylerin sağlık gereksinimlerini inceleyen 35 çalışmayı kapsayan bir narratif derleme sonucunda, yaşlı sağlığını etkileyen başlıca faktörlerin arasında ikamet edilen yer ve sosyoekonomik koşullar olduğu saptanmıştır. Çalışmada yaşlı sağlığı üzerinde en fazla etkili olan sosyoekonomik belirleyiciler arasında; yoksulluk ve yetersiz barınma olanaklarına dikkat çekilmiştir (57).

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,8) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2019 verilerine göre 65 yaş ve üzeri grupta bir hastalığı olduğunu beyan edenlerin oranı %84,9'dur (69). Çalışmamızda en sık görülen kronik hastalık %77,4 ile hipertansiyon olmuştur. Elbi ve arkadaşları tarafından yapılan geriatrik bir çalışmada, katılımcıların %84,6'sının en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve en sık görülen kronik hastalığın ise %53,8 oranıyla hipertansiyon olduğu belirtilmiştir (66). Punnapurath ve ark yaptığı geriatrik bir çalışmada hastaların en sık görülen kronik hastalığı %60 oranda hipertansiyon olarak belirtilmiştir (71). Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği %13,7,

diyabetes mellitus %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır (1). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada yaşlı bireylerin %87,0'si tanılı bir kronik hastalığının olduğu saptanmıştır ve %82,5 oranda dolaşım sistemi bozuklukları tariflenmiştir (72). Yavuz ve ark yaptığı çalışmada en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%81,1) saptanmıştır (68). Çalışmamız kronik hastalık varlığı ve en sık görülen kronik hastalık çeşitleri açısından literatür ile uyumludur. Çalışmada katılımcıların %25,2'inde işitme problemleri, %20'inde görme problemleri gözlenmektedir. Çalışmamızla benzer şekilde, ülkemizde yapılan 65 yaş ve üstü bireylerde sağlıklı yaşam biçimi ve kırılabilirlik ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %26,7'sinde görme kaybı, %25,9'unda işitme kaybı saptanmıştır (63). Mueller ve arkadaşları tarafından 60 yaş ve üzeri 9.319 kırılabilir birey üzerinde yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %16,4'ünde görme problemi, %20,8'inde ise işitme problemi saptanmıştır (73). Ayrıca, Jacobs ve arkadaşlarının 70 yaş üzeri bireylerle gerçekleştirdiği bir başka çalışmada, görme probleminin görülme oranının %16 ile %23 arasında değiştiği belirlenmiştir (74).

Çalışmamızda katılımcıların %83'ünün en az bir ilaç ve üzerinde ilaç kullanımı olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %58,2'sinin beş ve üzeri sayıda ilaç kullandığı, %10,4'ünün ise on ve üzeri ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgular, araştırma grubunda polifarmasi ve aşırı polifarmasi oranlarının dikkat çekici düzeyde olduğunu göstermektedir. Yavuz ve ark, Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'nde yaptığı çalışmada polifarmasi prevalansı %51,0 görülmektedir (68). Derhem ve ark yaptığı çalışmada polifarmasi prevalansı %59,8 olup aşırı polifarmasi prevalansı ise %10,1 saptanmıştır (63). Sonuçlarımız literatürde yaşlı bireyleri kapsayan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların dörtte birinin son bir yıl içinde düşme öyküsü vardır. Düşme sayısı incelendiğinde, katılımcıların %20,0'sinin 1-2 kez, %5,2'sinin ise 3 veya daha fazla kez düştüğü görülmüştür. İspanya'da yürütülen geriatrik bir çalışmada da benzer şekilde, son bir yıl içindeki düşme öyküsü %25 olarak belirlenmiştir (75). Ülkemizde gerçekleştirilen ve 1126 yaşlı bireyi kapsayan bir başka çalışmada ise son bir yıl içinde düşme oranı %26,7 olarak raporlanmıştır (76). Ayrıca çalışmamızda, kullanılan ilaç sayısı ile düşme sayısı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, ilaç kullanımının yaşlı bireylerde düşme riskini artırabileceğini göstermektedir. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklarla birlikte ilaç sayısının da artması, ilaç etkileşimleri ve bazı ilaçların sakinleştirici etkileri nedeniyle düşme riskinin yükselmesine neden olabilmektedir. Literatürde, yaşlı bireylerde kullanılan ilaç sayısının artması ile düşme öyküsü arasında anlamlı ilişki saptayan birçok çalışma bulunmaktadır (77,78).

Çalışmamızda yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyine yönelik uygulanan ölçekten katılımcıların  $53,85 \pm 9,99$  ortalama puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda yerinde yaşlanma ölçeği median değerleri hesaplanmış olup bu bulgulara göre çalışmamızda katılımcıların yerinde yaşlanma düzeylerinin genel olarak orta-yüksek seviyede yoğunlaştığını göstermektedir. Çalışmamıza benzer bir şekilde, Arpacı (2023)'nin 208 yaşlı bireyi içeren ve yerinde yaşlanmanın yaşam doyumuna etkisini inceleyen bir çalışmada yerinde yaşlanma ölçek puanı  $57,96 \pm 9,65$  olarak saptanmıştır (79). Yapılan başka bir çalışmada,

Türkiye'deki 291 yaşlı bireyde yerinde yaşlanma, yalnızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki incelenmiş; çalışmada yerinde yaşlanma ölçek puanı ortalaması  $62,26 \pm 9,94$  olarak belirlenmiştir (80).

Çalışmamızda sosyodemografik değişkenler ile yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnızca yaş değişkeni ile yerinde yaşlanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yaşı arttıkça yerinde yaşlanma memnuniyet düzeylerinde azalma eğilimi gözlemlenmiştir. Tümer ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada yaş değişkeni ile yerinde yaşlanma arasında çalışmamızla benzer yönde negatif bir ilişki tespit edilmiştir (80). Çalışmamızda yapılan alt grup analizleri, yaşın fiziksel yeterlilik ve elde edilebilir sosyal destek ile negatif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Fiziksel yeterlilik soruları, bireylerin düşme ve tökezleme korkusunu ve banyo yapma, giyinme ve alışveriş gibi günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme düzeylerini değerlendirilmektedir. Elde edilebilir sosyal destek soruları ise bireylerin sosyal etkileşim sıklığı, akrabalarıyla vakit geçirme düzeyi, komşuluk ve arkadaşlık ilişkileri gibi sosyal bağlamlar üzerinden değerlendirilmektedir. Bu bulgular, ileri yaşla birlikte bireylerin fiziksel kapasitelerinde azalma yaşayarak günlük işlerinde daha bağımlı hale gelebildiklerini ve sosyal etkileşim düzeylerinin belirgin şekilde azalarak sosyal ağların giderek daraldığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda cinsiyet ile yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür incelemesi yapıldığında, cinsiyet değişkenleri ile yerinde yaşlanma arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (3,9). Ancak literatürde bu konuda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Tümer ve arkadaşlarının 291 katılımcı ile huzurevinde yaşayan yaşlılarda gerçekleştirdiği çalışmada, kadın olmanın yerinde yaşlanma memnuniyetini artıran faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (80). Öte yandan, Korkut ve arkadaşlarının 2020 yılında kendi evlerinde yaşayan 250 yaşlı birey ile yaptığı çalışmada ise, cinsiyet ile yerinde yaşlanma düzeyi ve algılanan sosyal destek alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; erkek olmanın yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyini artırdığı gözlemlenmiştir (81). Çalışma bulguları arasındaki farklılıklar, çalışmamızın diğer çalışmalara göre daha az sayıda katılımcı ile yürütülmüş olması, ileri yaşlı grubunu ele alması ve karşılaştırılan çalışmalarda yaşlı bireylerin farklı yaşam ortamlarında bulunmalarıyla ilişkili olabilir. Gelecekteki araştırmalarda, bulguların geçerliliğini artırmak için daha geniş katılımcı gruplarının dahil edilmesi faydalı olabilir.

Çalışmamızda, yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan literatür incelemesinde, yerinde yaşlanma memnuniyet ölçeği ile BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların eğitim düzeyi ile yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak alt grup analizlerinde eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi ve fiziksel yeterlilik düzeyi ile karşılaştırıldığında, anlamlılık sınırına yakın istatistiksel değerler elde edilmiştir; ancak bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızla benzer sonuçlar veren araştırmalar bulunmaktadır (3,9,80). Bununla birlikte Arpacı (2023) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile yerinde yaşlanma ölçeği arasında anlamlı bir fark bulmuş özellikle gruplar arasında ilkökul mezunu kişilerin okuma-yazma bilmeyen kişilere göre daha yüksek yerinde yaşlanma düzeyinde olduğunu tespit etmiştir (79). Çalışmamızla karşılaştırıldığında, söz konusu farkın, ilgili çalışma grubundaki ilkökul ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin oranının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyinin medeni durum ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği bulunmuştur. Ancak çalışmada cinsiyete göre medeni durumun yerinde yaşlanma puanlarına etkisi incelendiğinde, evli erkeklerin dul erkeklerle göre daha yüksek yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyinde olduğu saptanmıştır. Literatürde medeni hal ve yerinde yaşlanma memnuniyeti ile arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar

bulunmaktadır. Kütmeç Yılmaz'ın (2020) yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, yerinde yaşlanma düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmaktadır. Bu çalışmaya göre, evli olmak yerinde yaşlanma memnuniyetini artıran bir unsur olarak öne çıkmaktadır (9). Ayrıca başka bir çalışmada da **evli olmanın**, yaşlı bireylerin buldukları yerde yaşlanma süreçlerinden duydukları memnuniyet düzeyini artıran bir faktör olarak belirtilmektedir (81). Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak hiç evlenmemiş birey bulunmaması, elde edilen sonuçları etkileyen bir faktör olabilir. Bununla birlikte, erkek katılımcılarda evli olma durumunun yerinde yaşlanma memnuniyetini artırdığı yönündeki anlamlı bulgu, literatüre katkı sağlayan önemli bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumlarıyla yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde benzer şekilde sonuç veren çalışmalar bulunmaktadır (3,80,82).

Çalışmamızda, yaşlı bireylerin evinde yaşayan kişi sayısının artmasının yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi ile ilişkilendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; ancak alt grup analizinde fiziksel yeterlilik seviyesinde düşüşe neden olduğu gözlenmiştir. Bu durum, evde birlikte yaşanan kişi sayısının artmasının yaşlıların kendi günlük bakım ve hareket becerilerinde zorluklara neden olabileceğini düşündürmektedir. Yani, yaşlı bireylerin bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneklerinde düşüş yaşanabilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Korkut ve ark yaptığı çalışmada yerinde yaşlanma memnuniyet ölçeği ve aynı evde yakınlarıyla yaşama durumu karşılaştırılmış, toplam ve tüm alt ölçeklerde anlamlı ilişki bulunmuştur (81). Çalışmalar arasındaki bu farkın nedeni çalışma grubumuzun diğer çalışma grubuna göre daha az katılımcı içermesi olabilir. Çalışmamızda ayrıca, yaşlı bireylerin evlerinde kiminle yaşadığı durumlarının yerinde yaşlanma ile analizi yapıldığında eşile yaşayan bireylerin yerinde yaşlanma düzeylerinin çocuğuyla yaşayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer bir şekilde, Gelen'in (2024) yaptığı çalışmada da eşile yaşayan yaşlı bireylerin, çocuklarıyla yaşayan yaşlı bireylere göre daha yüksek yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyine sahip oldukları gözlenmiştir (3). Yine bir çalışmada yaşlı bireylerin evlerinde eşleri ile yaşama durumlarının diğer durumlarla kıyaslandığında en yüksek yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi veren durum olduğu gözlenmiştir (9). Çalışmamız, bireylerin evde kiminle yaşadıkları ve yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki açısından literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, kendine ait evde ikamet etme durumu ile yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastanede yatan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da kendine ait evde ikamet etmenin yerinde yaşlanma düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (9). Benzer şekilde, bir çalışmada kendine ait evde ikamet etme durumu ile yerinde yaşlanma düzeyi arasında ilişki olmadığını saptanmıştır (79). Ayrıca, 2024 yılında 157 yaşlı birey ile yapılan bir başka çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş; bireyin kendi evinde yaşamasının yerinde yaşlanma ölçeği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (3). Çalışmamız ilgili literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, kronik hastalık varlığı ile yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte, kronik hastalık varlığının fiziksel yeterlilik düzeyinde azalmaya yol açabileceğine ilişkin bulgular anlamlılık sınırına yakın olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Literatürde kronik hastalık ile yerinde yaşlanma düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı çalışmalar bulunmaktadır (9,79,80). Ancak Korkut ve Dikmen'in (2020) çalışmasında, yaşlı bireylerin yerinde yaşlanmaya yönelik memnuniyet düzeylerinin kronik hastalık durumlarına bağlı olarak değişmekte olduğu ve kronik hastalık bulunma durumunda yerinde yaşlanma düzeyinin düştüğü gözlenmektedir (81). Çalışmamızdan farklı olarak, söz konusu

çalışma katılımcıların hastane yatışı sırasında gerçekleştirilmiş olup katılımcıların kronik hastalık bulundurma durumunun yerinde yaşlanma memnuniyetini etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kullanılan ilaç sayısı ile yerinde yaşlanma ölçek düzeyi ve fiziksel yeterlilik alt grup düzeyi arasında negatif yönlü istatistiksel bir fark bulunmuştur. Buna göre kullanılan ilaç sayısı arttıkça bireylerin bildirdikleri fiziksel yeterlilik durumları ve yerinde yaşlanma memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu, mevcut literatürde yeterince ele alınmamış bir konuya işaret etmekte olup, konuyla ilgili ileride yapılacak çalışmalara ışık tutabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %56,5'i kırılğan olarak değerlendirilmiştir. Collard ve ark (2012) tarafından yapılan 21 çalışmaya dayanan bir sistematik derleme ve meta-analizde, kırılğanlık prevalansı %4.0 ile %59.1 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (83). Avrupa'da Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Anketi (SHARE) kapsamında, Birleşik Krallık verileri hariç tutulmak üzere 50 yaş ve üzeri 16.584 erkek ve kadın incelenmiş, 65 yaş ve üzeri bireylerde kırılğanlık prevalansı %17 olarak saptanmıştır (84). Eyigor ve ark yaptığı Türkiye'de bulunan 13 farklı fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezinde 65 yaş üstü 1126 kişi ile yapılan çalışmada kırılğanlık prevalansı %39,2 olarak bulunmuştur (76). Özsürekcı ve arkadaşları tarafından 65 yaş ve üzeri 118 hasta üzerinde gerçekleştirilen ve Klinik Kırılğanlık Skalası'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmada, hastaların %35,6'sı kırılğan olarak belirlenmiştir. (40) Aşık ve arkadaşları tarafından 65 yaş ve üzeri hastalarda klinik kırılğanlık oranı %53,4 saptanmıştır (85). Gökgöz'ün 2023 yılında yaptığı çalışmada yaşlılarda kırılğanlık oranı %54,1 bulunmuştur (86). Kırılğanlık prevalansı incelendiğinde literatürde bildirilen oranlar arasında önemli farklılıklar bulunduğu gözlenmektedir. Bu farklılıklar, büyük ölçüde çalışmalarda kullanılan metodolojik yaklaşımlara dayanmaktadır. Özellikle kırılğanlığın tanımlanmasında kullanılan farklı kriterler ve ölçekler, bu farklılıkların temel nedenlerinden biridir. Ayrıca örneklem özellikleri katılımcıların yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu gibi demografik faktörler ve araştırmanın yürütüldüğü coğrafi bölgeye özgü sağlık sistemi, yaşam tarzı ve kültürel faktörler de kırılğanlık prevalansını etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, kırılğanlığın yaygınlığına ilişkin veriler farklı çalışma popülasyonlarında ve bölgelerde anlamlı ölçüde değişiklik göstermekte olup, bu durum literatürdeki geniş varyasyonu açıklamaktadır. Bizim çalışmamızda Klinik Kırılğanlık Skalası'nda yer alan "çok aşırı kırılğan" ve "terminal hastalık" gruplarına ait bireyler örnekleme bulunmamasına rağmen, saptanan kırılğanlık prevalansı literatürdeki diğer çalışmalara göre yüksek

bulunmuştur. Bu durum, çalışma grubumuzu ileri ve çok ileri yaşlı bireylerin oluşturmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşı ile kırılgnlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Oliveira ve ark (2013) hastanede yatan yaşlıların kırılgnlığını incelediği bir çalışmada kırılgn yaşlılar ortalama daha yaşlı olmalarına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (87). Arabacı ve ark (2023) yaptığı çalışmada da yaş ile kırılgnlık arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (11). Literatür incelendiğinde, çalışmamızla benzer bir şekilde, kırılgnlığın yaşla birlikte arttığını ortaya koyan çok sayıda çalışma olduğu gözlenmiştir (66,83,88,89).

Çalışmamızda kadın cinsiyetin klinik kırılgnlıkla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızla benzer bir şekilde Oliveira ve ark. (2013), Düzgün ve ark. (2021) ve Aşık ve ark. (2022) yaptığı çalışmalarda da kadın cinsiyetin kırılgnlık durumundan daha çok etkilendiği gözlemlenmiş ancak kadın cinsiyet ile kırılgnlık düzeyi arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki gösterilmemiştir. (85,87,90) Öte yandan, literatürde yaşın ve kadın cinsiyetinin kırılgnlık açısından belirleyici faktörler olduğu birçok çalışma bulunmaktadır. (31,76,83). Bu çalışmaların büyük örneklem büyüklüğüne sahip olması ve meta-analiz ya da sistematik derleme niteliğinde olmaları dikkat çekicidir. Çalışmamızda cinsiyet ve kırılgnlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, örneklem sayısının az olmasına bağlı olabilir. Yapılacak daha yüksek katılımlı araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulgular elde edilebilir. Literatürde, ayrıca sağlığın sosyal belirleyicilerinin büyük bölümünün kadınlar açısından daha dezavantajlı koşullar içerdiği vurgulanmaktadır. Özellikle ataerkil toplum yapısının hâkim olduğu ülkelerde; kadınların daha fazla sayıda doğum yapmaları, ev içi bakım ve sorumlulukları büyük oranda üstlenmeleri, erkeklere kıyasla daha düşük eğitim düzeyine ve ekonomik güce sahip olmaları gibi etkenler sonucunda kırılgnlığın kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülebileceğine dikkat çekilmiştir (67,85). Buna rağmen kadınların beklenen yaşam süresinin daha uzun olduğu gözlenmektedir. Biyolojik, sosyal ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerin karmaşıklığı ve birbirleriyle olan etkileşimi bu durumu kısmen açıklasa da, yaşam beklentisindeki cinsiyete dayalı farklılıkları tam olarak açıklayan net bir mekanizma ortaya konamamıştır. Kadınların beklenen yaşam süresinin daha uzun olması ve kırılgnlık prevalansının kadınlarda daha yüksek bulunması, literatürde "cinsiyet-kırılgnlık paradoksu" olarak adlandırılan durumu yansıtmaktadır (91). Kırılgnlıkta gözlenen cinsiyet farklılıkları, yaşlı kadın ve erkeklerin müdahalelere farklı düzeyde yanıt

verebileceğini ve bu nedenle daha cinsiyete özgü müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (92).

Çalışmamızda BKİ ile klinik kırılma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, literatür incelendiğinde hem düşük hem de yüksek BKİ düzeylerinin kırılma ile ilişkili olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızla benzer bir şekilde, Oliveira ve arkadaşlarının (2013) hastanede yatan yaşlı bireylerde kırılma yaygınlığını incelediği çalışmada, BKİ ile kırılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (87). Öte yandan, Brezilya'da, bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 139 yaşlı birey ile kırılma profili ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada, kırılma ile düşük BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; kırılma düzeyinin, düşük BKİ'ye sahip bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (93). Öte yandan, yüksek BKİ değerleri ile kırılma arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (67,94). Literatürdeki bu farklılıklarla birlikte, yaşlıların düşük ya da yüksek BKİ'ye sahip olma durumunda da kırılma olabileceği ve BKİ'nin, bireyin gerçek fizyolojik rezervlerinin ve beslenme durumunun güvenilir bir göstergesi olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların düşük eğitim düzeyine sahip olmaları ile klinik kırılma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre eğitim düzeyi düşüldükçe bireylerin kırılma riskleri artmaktadır. Literatürde, düşük eğitim düzeyinin kırılma ile güçlü bir ilişki içinde olduğu ve kırılma riskini artırabileceği gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (11,30,76,84,85). Çalışmamızda eğitim düzeyi ve kırılma arasında ilişki açısından literatürle uyumludur.

Çalışma grubumuzda klinik kırılma ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde, Feng ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği bir meta-analiz çalışmasında da kırılma ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (95). Buna rağmen, literatürdeki çeşitli çalışmalar, medeni durumun kırılma üzerinde belirleyici bir etken olabileceğini ortaya koymaktadır. Öztürk'ün (2022) çalışmasında, bekar bireylerde kırılma düzeyinin evli bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (96). Benzer şekilde, Grden ve arkadaşlarının (2017) yürüttüğü kesitsel çalışmada, katılımcıların %65'inin dul veya bekar olduğu ve bu durumun sosyal izolasyona yol açarak bireyin öz bakım gücünü azaltıp kırılma riskini artırabileceği belirtilmiştir (97). Çelik ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada ise, bekar ve yalnız yaşayan bireylerde

kırılgnlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (98). Çalışmamızda medeni hal ve kırılgnlık arasında anlamlı ilişki bulunmamasında, çalışma grubumuzda daha önce evlenmemiş(bekar) katılımcı bulunmaması etkili olabilir.

Çalışmamızın bulguları, yaşlı bireylerin ikamet ettiği evde yaşayan kişi sayısının artmasının klinik kırılgnlık düzeyini artırdığını ortaya koymaktadır. Buna rağmen, literatür incelemesi yapıldığında, yalnız yaşamının kırılgnlığı arttığını gösteren çokça çalışma bulunmaktadır (93,99,100). Ayrıca çalışmamızda katılımcıların çocuklarıyla birlikte yaşadığında, yalnız yaşayan bireylere kıyasla kırılgnlık düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer bir şekilde Gökğöz'ün yaptığı çalışmada araştırmaya katılan yaşlı bireylerde, çocuklarıyla yaşayanların kırılgnlıklarının, yalnız veya eşiyile birlikte yaşayan yaşlı bireylere göre yüksek saptanmıştır (86). Yapılan bir çalışmaya göre, medeni durumdan bağımsız olarak yalnız yaşayan ya da eşiyile birlikte yaşayan yaşlı bireylerde kırılgnlığın daha az olduğu, çocuklarıyla, bakıcısıyla ya da bir akrabasıyla yaşayan yaşlı bireylerde ise kırılgnlığın daha fazla olduğu bulunmuştur (85). Ancak başka bir çalışmada, yalnız yaşayan bireylerin kırılgnlığının, eşi ve çocuklarıyla yaşayan yaşlı bireyin kırılgnlığından daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (96). Yapılan bir meta-analiz sonucuna göre, yalnız yaşayan yaşlı bireylerin kırılgn olma olasılığının, yalnız yaşamayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (101). Literatürdeki bu farklılık, çalışmamızdaki grubun kırılgnlık prevalansının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir; bu bağlamda, evde yaşayan kişi sayısı kırılgnlığın nedeni değil, kırılgnlık durumunun bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,8) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır ve klinik kırılgnlık için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, kronik hastalıkların varlığının kırılgnlık durumunun gelişme olasılığını artırdığı gözlemlenmiştir (66,76,85,86). Avrupa'da 55 yaş ve üzeri 14.082 kişi üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, en az bir kronik hastalığı olan kişiler, kronik hastalığı olmayanlara göre daha kırılgn bulunmuştur (102). Öte yandan literatürde kırılgnlık ve kronik hastalıkların ilişkilendirilemediği çalışmalar da bulunmaktadır (101). Oliveira'nın yaptığı çalışmada, kırılgnlık prevalansı ile komorbiditelerin varlığı veya yokluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (87).

Çalışmamızda, katılımcıların işitme problemleri ile kırılgenlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken; görme problemleri ile kırılgenlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde, İspanya’da yürütölen ve 75 yaş ve üzeri 460 yaşlı bireyi kapsayan bir çalışmada da görme problemlerinin kırılgenlikle ilişkili olduğu belirlenmiş; ancak işitme problemleri ile kırılgenlik arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (75). Öte yandan, literatür taramasında hem görme hem de işitme problemlerinin kırılgenlikle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (76,82). Çalışmamızda görme problemleri ile kırılgenlik arasındaki ilişkinin anlamlı bulunması, mevcut literatürle uyumludur. Ancak işitme problemleri ile kırılgenlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, karşılaştırılan diğer çalışmaların daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip olması ve bu çalışmalarda işitme problemi yaşayan birey oranının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, kullanılan ilaç sayısı ile klinik kırılgenlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup, ilaç sayısındaki artışın klinik kırılgenlik düzeyini artırdığı görölmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalar, çalışmamızın bulgularını destekleyen benzer sonuçlar ortaya koymaktadır (30,76,88). Çalışmamız kırılgenlik ve ilaç sayısı ilişkisi açısından literatürle uyumlu bulunmuştur. Öte yandan çalışmamızda, polifarmasi ve aşırı polifarmasi durumlarıyla kırılgenlik arasındaki ilişki anlamlı çıkmamıştır. Derhem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 65 yaş ve üzeri katılımcılarda hem kullanılan ilaç sayısı ve ile kırılgenlik arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğu belirlenmiş hem de katılımcıların polifarmasi ve aşırı polifarmasi durumlarının kırılgenlik için risk faktörü oldukları saptanmıştır (63). Söz konusu çalışmanın daha geniş bir örneklem grubuyla yürütölmüş olması, elde edilen istatistiksel farklılıkların nedeni olabilir.

Çalışmamızda düşme durumu, klinik kırılgenlik düzeyini açıklamada istatistiksel olarak anlamlı bir faktör olarak belirlenmemiştir. Joosten ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde düşme ile kırılgenlik arasında bir ilişki bulamadığı görölmüştür (103). Ancak literatürde, kırılgenlik düzeyinin artmasının düşme riskini önemli ölçüde artırdığı bilinmektedir (93,99). Yapılan bir çalışma, yaşlı kırılgen bireylerin son bir yıl içinde düşme öyküsü bulunma durumunu %56,6 saptamıştır (76). Çalışmamızdan farklı olarak, bu çalışmaların genç yaşlı bireyleri de içerdiği ve daha büyük örneklem büyüklüğüne sahip olduğu dikkat çekmiştir. Hastane ortamlarında gerçekleştirildiği görölen bu çalışmalardaki

düşme öyküsü oranlarının, birinci basamaktaki sıklıktan daha yüksek olabileceği öngörülebilir.

Çalışmamızın asıl amacı YAŞAM'da takip edilen yaşlıların yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılabilirlik düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmektir. Bu amaçla yapılan analizlerde, Spearman korelasyon analizi ve sıralı lojistik regresyon yöntemleri birbirini tamamlayıcı fakat farklı bakış açıları sunan bulgular ortaya koymuştur. Spearman korelasyon analizi sonuçları, yerinde yaşlanma memnuniyeti, algılanan ve elde edilen sosyal destek ile fiziksel yeterlilik düzeyi gibi değişkenlerin klinik kırılabilirlik düzeyi ile negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir. Özellikle fiziksel yeterlilik ile klinik kırılabilirlik arasında güçlü bir negatif ilişki saptanmıştır. Ancak sıralı lojistik regresyon analizine geçildiğinde, yalnızca fiziksel yeterlilik değişkeninin klinik kırılabilirlik düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı görülmektedir. Diğer değişkenler olan yerinde yaşlanma memnuniyeti, algılanan sosyal destek ve elde edilen sosyal destek ise anlamlı yordayıcılar olarak bulunmamıştır. Bu iki analiz türü arasındaki farklılıklar, kullanılan yöntemlerin istatistiksel doğasından kaynaklanmaktadır. Korelasyon analizi iki değişken arasındaki doğrusal ilişki düzeyini ölçerken, sıralı lojistik regresyon analizi birden çok değişkenin aynı anda bağımlı değişken üzerindeki etkilerini kontrol ederek değerlendirir. Bu durum, bazı değişkenlerin tek başına anlamlı ilişkiler gösterse bile, çok değişkenli modelde istatistiksel olarak anlamlı olmayabileceği anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, fiziksel yeterlilik değişkeninin klinik kırılabilirlik üzerinde en belirleyici faktör olduğu, diğer değişkenlerin etkilerinin ise bu faktörün güçlü etkisi karşısında anlamlı düzeyde olmadığı söylenebilir. Elde edilen sonuçlar, çalışma hipotezimize uygun olarak yaşlıların kırılabilirlik düzeyi arttıkça, kendi evlerinde veya alıştikları çevrede yaşamaktan duydukları memnuniyetin azaldığını ortaya koymaktadır. Literatürde doğrudan YYÖ ve KKS arasındaki ilişkiyi birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışma, araştırmamızın bulgularını destekleyen sonuçlar ortaya koymuştur. Oliveira ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların yaşadıkları çevreden memnun olmama durumunun, hem genel kırılabilirlik düzeyini hem de fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarındaki kırılabilirlik düzeylerini artırdığını belirtmiştir (87). Bir çalışmada, 495 yaşlı Çinli katılımcı üzerinde sosyal destek düzeyinin kırılabilirlik durumu üzerinde önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, bireylerin sahip olduğu sosyal destek azaldıkça kırılabilirlik riski arttığı gözlenmiştir (104). Benzer şekilde, başka bir çalışma da sosyal etkileşim kısıtlılığının kırılabilirlik ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (75).

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin Yerinde Yaşlanma Ölçeği puanları ile Klinik Kırılabilirlik Skalası skorları arasındaki ilişki başta olmak üzere sosyodemografik değişkenlerin yerinde yaşlanma memnuniyeti ve klinik kırılabilirlik üzerindeki olası etkileri incelenmiştir. Literatür incelemesinde, bu iki ölçeğin bir arada kullandığı başka bir çalışma olmaması nedeniyle, çalışmamızın literatüre katkısı çok önemlidir.

Bu çalışmada yaş değişkeni, hem yerinde yaşlanma memnuniyetindeki azalma hem de kırılabilirlik artışı için bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Buna göre bireylerin yaş ilerledikçe yerinde yaşlanma memnuniyetleri azalmaktadır. Alt grup analizlerinde; yaş değişkeninin, elde edilen sosyal destek düzeyi ve fiziksel yeterlilik açısından bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma memnuniyet düzeylerindeki azalma; yalnızca fiziksel rezervlerin azalmasına bağlı olmayıp, eş, arkadaş ve akran kayıpları gibi kaçınılmaz yaşam olayları ve buna bağlı olarak sosyal çevrenin

daralması ile de ilişkilendirilebilir. Bu etkenlerin birleşimi, yaşlı bireylerde sosyal izolasyon riskinin artmasına neden olmaktadır. Bu çalışma ileri ve çok ileri yaş grubuna ilişkin literatürdeki kısıtlı veriye önemli bir katkı sunmaktadır.

Çalışmada evli erkeklerin dul erkeklerle göre daha yüksek yerinde yaşlanma memnuniyetinde olduğu saptanmıştır. Özellikle erkek yaşlı bireylerin evli olmamaları durumunda daha düşük yerinde yaşlanma memnuniyeti bildirmeleri, erkeklerin yaşlılık döneminde daha zayıf sosyal ilişkiler kurduğunu ve sosyal destek ağlarının kadınlara kıyasla daha sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber, cinsiyet fark etmeksizin, bireylerin eşleriyle birlikte yaşadıklarında, yaşadıkları yerden duydukları memnuniyet düzeylerinin; çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, yaşlı bireylerin çocuklarıyla birlikte yaşamalarının, yalnız yaşayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde kırılganlık ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak özellikle evli olmayan erkek yaşlı bireyler başta olmak üzere tüm yaşlıların sosyal ilişkilerini güçlendirmeye yönelik psikososyal müdahaleler geliştirilmesi, sosyal izolasyon riskini azaltarak yerinde yaşlanma memnuniyetini artırmada ve klinik kırılganlık riskini azaltmada önemli bir rol oynayabilir.

Evde yaşayan kişi sayısının artmasıyla birlikte, yerinde yaşlanma ölçeğinin bir alt boyutu olan fiziksel yeterlilik düzeyinin azalması ve klinik kırılganlık düzeyinin artması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, kalabalık yaşam koşullarının yaşlı bireyler üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan ek yükler oluşturabileceği ve dolayısıyla kırılganlık riskini artırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan, alternatif bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, fiziksel olarak yetersiz ve kırılgan olan bireylerin bağımsız yaşamlarını sürdüremedikleri için yalnız yaşamaktan kaçındıkları ve bu nedenle daha kalabalık hane ortamlarını tercih ettikleri öne sürülebilir. Sonuç olarak, bu ilişkiyi açıklayan nedensel yön net değildir; gelecekte yapılacak kapsamlı araştırmalar bu konuyu aydınlatılabilir.

Bu çalışmada düşük eğitim düzeyi kırılganlık için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olması, sağlık okuryazarlığı, koruyucu sağlık davranışlarını benimseme kapasitesi ve sağlık hizmetlerine etkin erişimde yetersizliklere neden olabilmektedir. **Bu nedenle, toplumun genel eğitim seviyesinin yükseltilmesi, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını artırarak koruyucu sağlık davranışlarını benimsemelerini kolaylaştırabilir; böylece sağlık durumunun kötüleşmesini önleyerek devletin sağlık alanındaki yükünü hafifletebilir.**

Bu çalışmada kronik hastalık varlığı ve görme probleminin olması kırılganlık için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Görme problemleri yaşayan yaşlı bireylerde, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın ve güvenliğin olumsuz etkilenmesi ve bireylerin daha hassas hale gelmesi mümkündür. Bu nedenle, yaşlıların göz sağlığına özen gösterilmeli; erken tanı ve müdahale ile ileri düzeydeki görme kayıplarının önlenmesi sağlanmalıdır.

Çalışmada, kullanılan ilaç sayısındaki artışın; yerinde yaşlanma ölçeği, alt grup olan fiziksel yeterlilik düzeyi ve klinik kırılganlık ile anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ilaç kullanımındaki artışın bireylerde düşme riskini de artırdığı görülmüştür. Çoklu ilaç kullanımı; sedasyon, postural hipotansiyon, düşmeler ve ilaç etkileşimleri gibi ciddi yan etkilere yol açabileceğinden, birinci basamak sağlık profesyonellerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki rolü daha da kritik hale gelmektedir.

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılabilirlik arasındaki ilişki incelenmiş ve klinik kırılabilirlik arttıkça yerinde yaşlanma memnuniyetinin azaldığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular, kırılabilirliğin yalnızca fiziksel boyutla sınırlı kalmayıp psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri de kapsadığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, yaşlı bireyin sağlığı bir bütüncül olarak ele alınmalı; fiziksel sağlık kadar psikolojik iyilik halinin de kişinin genel sağlığı hakkında önemli bilgiler sunduğu unutulmamalıdır. Yaşlı bireylerin mümkün olan en uzun süre boyunca bağımsız ve kendi tercih ettikleri yerlerde yerinde yaşlanmalarının desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Yaşlıların yaşadıkları çevreden memnun olmaları, psikolojik iyilik halini güçlendirerek genel kırılabilirlik düzeylerinin azalmasına katkı sağlayabilir. Bu durum, yaşlılara yönelik aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biri olan kişi merkezli ve bütüncül yaklaşımların gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Çalışmamızda klinik kırılabilirlik üzerindeki en etkili yerinde yaşlanma alt boyutunun fiziksel yeterlilik olduğu saptanmıştır. Fiziksel yeterlilik, temel bakım işlevlerini gerçekleştirebilme kapasitesini ifade eden günlük yaşam aktiviteleri ile daha karmaşık işlevleri kapsayan enstrümantal aktiviteleri içermektedir. Fiziksel yeterlilik, yaşlı bireylerin bağımsızlığını sürdürülebilirliği açısından kritik bir belirleyicidir. Yaşlıların, düzenli fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi kırılabilirlik yönetiminde stratejiler arasında yer almaktadır. Bu bulgu doğrultusunda, yaşlı bireylerin fiziksel fonksiyonlarını desteklemek ve kırılabilirlik düzeylerini azaltmak amacıyla aşağıdaki gibi çok boyutlu müdahaleler önerilebilir:

## 1. Toplumaya Yönelik Öneriler

- Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığını geliştiren, koruyucu sağlık davranışlarını teşvik eden ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran eğitim ve bilinçlendirme programları düzenlenmelidir.
- Yaşlı bireylerin hareketliliğini desteklemek amacıyla erişilebilir parklar, yürüyüş yolları ve spor alanları oluşturulmalıdır.
- Toplum merkezleri, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları iş birliği ile aktif yaşlanma kulüpleri kurulmalı, bu kulüplerde fiziksel aktiviteye teşvik edici etkinlikler düzenlenmelidir.
- Yaş dostu egzersiz programları (örneğin yürüyüş grupları, düşük yoğunluklu aerobik ya da denge-koordinasyon çalışmaları) mahalle ölçeğinde yaygınlaştırılmalıdır.

## 2. Aile Hekimlerine ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Öneriler

- Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri tarafından yapılan rutin izlem muayenelerinde, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel fonksiyon düzeyleri düzenli olarak değerlendirilmeli, basit fiziksel yeterlilik tarama araçları (örneğin Timed Up and Go testi) kullanılarak kırılabilirlik riski erken dönemde belirlenmelidir.
- Gerekli durumlarda bireyler, fizyoterapi, beslenme danışmanlığı veya evde bakım hizmetlerine yönlendirilerek çok disiplinli destek sağlanmalıdır.

## 3. Politika Yapıcılara Yönelik Öneriler

- Sağlıklı yaşlanma politikaları kapsamında, önleyici rehabilitasyon programları desteklenmeli ve bu hizmetler sosyal güvenlik kapsamına alınmalıdır.
- Yaşlılık dönemine yönelik ulusal fiziksel aktivite stratejileri geliştirilerek birinci basamakta uygulanabilir kılınmalıdır.

- Evde bakım ve toplu temelli yaşlı destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla, fiziksel yeterliliği korumaya ve geliştirmeye yönelik sürdürülebilir modeller oluşturulmalıdır.

Dünya genelinde artan yaşlı nüfus, beraberinde kırılğan bireylerin sayısında da belirgin bir artışa yol açmakta; bu durum sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve uzun süreli bakım ihtiyacını gündeme getirmektedir. Yaşlı bireylerin kendi çevrelerinde bağımsız ve sağlıklı bir şekilde yaşlanmalarını desteklemek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve toplu temelli modellerin güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, aile hekimliği uzmanlarının sorumluluğunda yürütülen Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri, yaşlı nüfusa evinde ve yerinde kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin konu hakkında bilgi ve deneyimlerini arttırabilecekleri bir eğitim ortamı sunmaktadır. Söz konusu merkezlerde izlenen yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma memnuniyeti ile klinik kırılğanlık düzeyi arasındaki ilişkinin kapsamlı ve çok boyutlu yaklaşımlarla incelendiği bu çalışma, hem sağlıklı yaşlanma politikalarının geliştirilmesi hem de yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından literatürdeki sınırlı bilgiye önemli bir katkı sağlamaktadır.

## 7.KAYNAKÇA

1. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*. 2012;25(3). [https://klinikgelisim.org.tr/kg\\_25\\_3/1.pdf](https://klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). World population prospects 2024: Summary of results (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9). [https://desapublications-un-org.translate.google/publications/world-population-prospects-2024-summary-results?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=tr&x\\_tr\\_hl=tr&x\\_tr\\_pto=tc](https://desapublications-un-org.translate.google/publications/world-population-prospects-2024-summary-results?x_tr_sl=en&x_tr_tl=tr&x_tr_hl=tr&x_tr_pto=tc) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
3. Gelen T. Yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2024;24(62):51–87. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1461566>
4. World Health Organization. Clinical consortium on healthy ageing topic focus: Frailty and intrinsic capacity: Report of consortium meeting, 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 36. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272437> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
5. Liu X, Yang X. Research progress on frailty in elderly people. *Clin Interv Aging*. 2024;19:1493–1505. <https://doi.org/10.2147/CIA.S474547>
6. Cesari M, Prince M, Thiagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: an emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(3):188–92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
7. Lee SB, Oh JH, Park JH, Choi SP, Wee JH. Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clin Exp Emerg Med*. 2018;5(4):249–55. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.261>
8. Çankuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G, Akbaş E. Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*. 2019;2(2):58–67.
9. Kütmeç Yılmaz C. Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2020;30(3):38–48.
10. World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2016. (Document No. A69/17). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
11. Arabacı S, Tunç Karaman S, Basat O. Yaşlıların sağlık durumları ile kırılğanlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi. *Türk J Fam Med Prim Care*. 2023;17(2):324–32. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1325466>
12. Eurostat. Population structure and ageing. Luxembourg: European Union; 2025 Feb. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
13. United Nations Population Fund. Ageing. New York: UNFPA; 2024 Jun 19. <https://www.unfpa.org/ageing> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
14. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2024. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2025. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2024-54079> Erişim

tarihi: 28 Mayıs 2025

15. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2024. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuculari-2024-53783> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
16. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2014. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2014. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2014-18620> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
17. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
18. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
19. Cutchin MP. The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model. *Soc Sci Med.* 2003;57(6):1077–90. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00486-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00486-0)
20. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Verté D. The association between frailty and quality of life when aging in place. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;85:103915. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103915>
21. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schalock RL, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Qual Life Res.* 2017;26(11):2899–907. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1651-0>
22. Sixsmith A, Sixsmith J. Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing Int.* 2008;32(3):219–35. <https://doi.org/10.1007/s12126-008-9019-y>
23. Kalinkara V, Arpacı F. Yerinde yaşlanma. In: *VII. Ulusal Yaşlılık Kongresi*; 2013 May 23–25; Karabük, Türkiye. p. 54–60.
24. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab.* 2008;52 Suppl 1:6–11. <https://doi.org/10.1159/000115340>
25. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
26. O’Caoimh R, Sezgin D, O’Donovan MR, Molloy DW, Clegg A, Rockwood K, et al. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. *Age Ageing.* 2021;50(1):96–104. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa219>
27. Veronese N, Custodero C, Cella A, Demurtas J, Zora S, Maggi S, et al. Prevalence of multidimensional frailty and pre-frailty in older people in different settings: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2021;72:101498. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101498>
28. Dent E, Daly RM, Hoogendijk EO, Scott D. Exercise to prevent and manage frailty and fragility fractures. *Curr Osteoporos Rep.* 2023;21(2):205–15. <https://doi.org/10.1007/s11914-023-00777-8>
29. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
30. Coelho T, Paúl C, Gobbens RJ, Fernandes L. Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Front Aging Neurosci.* 2015;7:56. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00056>
31. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saude Publica.* 2014;30(6):1143–68. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00148213>
32. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: a review. *Eur J Intern Med.* 2016;31:3–10. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>
33. Gómez-Gómez ME, Zapico SC. Frailty, cognitive decline, neurodegenerative diseases and nutrition interventions. *Int J Mol Sci.* 2019;20(11):2842. <https://doi.org/10.3390/ijms20112842>
34. Varadhan R, Walston J, Cappola AR, Carlson MC, Wand GS, Fried LP. Higher levels and blunted diurnal variation of cortisol in frail older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63(2):190–5. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.2.190>
35. Puts MTE, Visser M, Twisk JWR, Deeg DJH, Lips P. Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;63(4):403–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2005.02355.x>

36. Morley JE. Frailty and sarcopenia in elderly. *Wien Klin Wochenschr.* 2016;128 Suppl 7:439–45. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1087-5>
37. Cevenini E, Caruso C, Candore G, Capri M, Nuzzo D, Duro G, et al. Age-related inflammation: the contribution of different organs, tissues and systems. How to face it for therapeutic approaches. *Curr Pharm Des.* 2010;16(6):609–18. <https://doi.org/10.2174/138161210790883840>
38. Zanni F, Vescovini R, Biasini C, Fagnoni F, Zanlari L, Telera A, et al. Marked increase with age of type 1 cytokines within memory and effector/cytotoxic CD8+ T cells in humans: a contribution to understand the relationship between inflammation and immunosenescence. *Exp Gerontol.* 2003;38(9):981–7. [https://doi.org/10.1016/s0531-5565\(03\)00160-8](https://doi.org/10.1016/s0531-5565(03)00160-8)
39. Soysal P, Stubbs B, Lucato P, Luchini C, Solmi M, Peluso R, et al. Inflammation and frailty in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2016;31:1–8, <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.08.006>
40. Walston J, McBurnie MA, Newman A, Tracy RP, Kop WJ, Hirsch CH, et al. Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities: results from the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med.* 2002;162(20):2333–41. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.20.2333>
41. Gielen E, Dupont J, Dejaeger M, Laurent MR. Sarcopenia, osteoporosis and frailty. *Metabolism.* 2023;145:155638. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155638>
42. Joseph C, Kenny AM, Taxel P, Lorenzo JA, Duque G, Kuchel GA. Role of endocrine-immune dysregulation in osteoporosis, sarcopenia, frailty and fracture risk. *Mol Aspects Med.* 2005;26(3):181–201. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2005.01.004>
43. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander J, editors. *Principles of geriatric medicine and gerontology.* 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 1387–1402.
44. Özsüreki C, Balci C, Kızılarslanoğlu MC, et al. An important problem in an aging country: identifying the frailty via 9 Point Clinical Frailty Scale. *Acta Clin Belg.* 2020;75(3):200–4. <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1597457>
45. Turner G, Clegg A; British Geriatrics Society, Age UK, Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing.* 2014;43(6):744–7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>
46. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59(3):255–63. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
47. Rolfsen DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006;35(5):526–9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041>
48. Raïche M, Hébert R, Dubois MF. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47(1):9–18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.06.004>
49. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B; Platform Team. Integration of frailty into clinical practice: preliminary results from Gérontopôle. *J Nutr Health Aging.* 2012;16(8):714–20. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0391-7>
50. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489–95.
51. British Columbia Ministry of Health. (t.y.). Frailty. [https://books.google.com.tr/books/about/Frailty\\_in\\_Older\\_Adults.html?id=6x5NwAEACAAJ](https://books.google.com.tr/books/about/Frailty_in_Older_Adults.html?id=6x5NwAEACAAJ) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
52. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar [Frailty in primary care: Diagnosis and multidisciplinary management]. *Atencion Primaria.* 2022;54(9):102395. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
53. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı 95796091/010.06.01 Sayılı Sağlıkla Yaş Alma Merkezlerinin Kurulmasına Dair Genelge, 2023/5 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45451/0/ust-yazipdf.pdf> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
54. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Ölçekler Ek-5. Sağlıkla Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) Genelgesi. 2023. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45450/0/olcekler-ek-5pdf.pdf> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025

55. World Organization of Family Doctors (WONCA) Working Party on Ageing. 2018. *Statement on ageing*. <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/ageing/18%20Statement%20on%20ageing.pdf> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
56. Turner G, Clegg A; British Geriatrics Society, Age UK, Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014;43(6):744–7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>
57. Santoyo-Sánchez G, Reyes-Morales H. Health needs of older people: a challenge for primary health care. Necesidades de salud de personas mayores: un reto para la atención primaria de salud. *Gac Med Mex*. 2024;160(3):239–46. <https://doi.org/10.24875/GMM.M24000895>
58. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287(8):1022–8. <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.1022>
59. Frank C, Wilson CR. Models of primary care for frail patients. *Can Fam Physician*. 2015;61(7):601–6.
60. Kalınkara V, Kapıkıran Ş. Yerde yaşlanma ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2017;10(2):54–66.
61. Rockwood K, Theou O. Using the clinical frailty scale in allocating scarce health care resources. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):210–5. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.463>
62. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (WHO Technical Report Series No. 894). Geneva, Switzerland: WHO; 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
63. Derhem B, Özşari S. Frailty and polypharmacy in primary care. *Biol Res Nurs*. 2023;25(4):658–63. <https://doi.org/10.1177/10998004231179485>
64. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*. 2012;10(2):486–9. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
65. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p. 408–10.
66. Elbi H, Özyurt BC, Doktorası YS. 65 yaş ve üstü bireylerde kırılanlığın prevalansı ve kırılanlığı etkileyen faktörler. *Smyra Tıp Dergisi*. 2021;1(1).
67. Mert A. 65 yaş üstü bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kırılanlık ilişkisi [doktora tezi]. Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnterdisipliner Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Doktora Programı; 2024. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/5129> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
68. Yavuz E, Şimşek Yurt N, Kadioğlu K. Evaluation of the patient profile and service provided registered to the Healthy Aging Center in Samsun. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2024;18(2):223–9.
69. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2019: Rapor*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye\\_Beslenme\\_ve\\_Saglik\\_Arastirmasi\\_TBSA\\_2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Beslenme_ve_Saglik_Arastirmasi_TBSA_2017.pdf) Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
70. Melchiorre MG, Soggi M, Quattrini S, Lamura G, D'Amen B. Frail older people ageing in place in Italy: Use of health services and relationship with general practitioner. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9063. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159063>
71. Punnapurath S, Vijayakumar P, Platty PL, Krishna S, Thomas T. A study on medication adherence in geriatric patients with chronic disease. *J Fam Med Prim Care*. 2021;10(4):1644–8. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1302\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1302_20)
72. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2009;31(4):367–73.
73. Mueller-Schotte S, Zuithoff NP, van der Schouw YT, Schuurmans MJ, Bleijenberg N. Trajectories of limitations in instrumental activities of daily living in frail older adults with vision, hearing, or dual sensory loss. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(6):936–42. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly155>
74. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y, Cohen A, Stessman J. The impact of visual impairment on health, function and mortality. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17(4):281–6.

75. Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):625–31. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.07.002>
76. Eyigor S, Kutsal YG, Duran E, Huner B, Paker N, Durmus B, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. *Age (Dordr).* 2015;37(3):9791. <https://doi.org/10.1007/s11357-015-9791-z>
77. Milos V, Bondesson Å, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatr.* 2014;14:40. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-40>
78. Liu X, Zhao R, Zhou X, Yu M, Zhang X, Wen X, Jin J, Wang H, Lv D, Zhao S, Jiao J, Wu X, Xu T. Association between polypharmacy and 2-year outcomes among Chinese older inpatients: a multi-center cohort study. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):748. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05340-3>
79. Arpacı F. Yaşlı yetişkinlerde yerinde yaşlanmanın yaşam doyumuna etkisinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2023;27(3):541-550.
80. Tümer A, Dönmez S, Gümüşsoy S, Balkaya NA. The relationship among aging in place, loneliness, and life satisfaction in the elderly in Turkey. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;58(2):822–829. <https://doi.org/10.1111/ppc.12855>
81. Korkut G, Dikmen T. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yerinde yaşlanmaya ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler bağlamında incelenmesi. *İğdir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2020;(22):93-118. [https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/issue/66829/1045131#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/issue/66829/1045131#article_cite)  
Accessed: May 28, 2025
82. Yébenes-Briones H, Caballero FF, Struijk EA, Rey-Martinez J, Montes-Jovellar L, Graciani A, et al. Association between hearing loss and impaired physical function, frailty, and disability in older adults: a cross-sectional study. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(11):951–8. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.2399>
83. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(8):1487–92. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
84. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(6):675–81. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>
85. Aşık Z, Kılınc Ş, Kurşun Ö, Özen M. Validation of the Clinical Frailty Scale version 2.0 in Turkish older patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2022;22(9):730–5. <https://doi.org/10.1111/ggi.14445>
86. Gökçöz R. Yaşlı bireylerde kırılabilirlik, yaşlılığa uyum güçlüğü ve başarılı yaşlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Aksaray: Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim tarihi: 28 Mayıs 2025
87. Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann AL. Prevalence of frailty syndrome in old people in a hospital institution. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(4):891–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400009>
88. Castell MV, Sánchez M, Julián R, Queipo R, Martín S, Otero Á. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Fam Pract.* 2013;14:86. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-86>
89. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, Lopez Samaniego L, Rodriguez-Mañas L, Bernabei R, Onder G; Joint Action ADVANTAGE WP4 Group. Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2019;74(5):659–66. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly110>
90. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Assessment of frailty in the elderly. *Florence Nightingale J Nurs.* 2021;29(1):2–8. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2021.414736>
91. Gordon EH, Hubbard RE. Differences in frailty in older men and women. *Med J Aust.* 2020;212(4):183–8. <https://doi.org/10.5694/mja2.50466>
92. de Oliveira DC, Máximo RO, Ramirez PC, de Souza AF, Luiz MM, Delinocente MLB, Steptoe A, de Oliveira C, Alexandre TDS. Does the incidence of frailty differ between men and women over time? *Arch Gerontol Geriatr.* 2023;106:104880. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104880>

93. Santos PH, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro Rda S, Carneiro JA. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família [The profile of fragility and associated factors among the elderly registered in a Family Health Unit]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1917–24. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152006.17232014>
94. Schwenk M, Mohler J, Wendel C, D'Huyvetter K, Fain M, Taylor-Piliae R, Najafi B. Wearable sensor-based in-home assessment of gait, balance, and physical activity for discrimination of frailty status: baseline results of the Arizona frailty cohort study. *Gerontology*. 2015;61(3):258–67. <https://doi.org/10.1159/000369095>
95. Feng Z, Lugtenberg M, Franse C, Fang X, Hu S, Jin C, Raat H. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178383>
96. Öztürk D. Yaşlı bireylerde kırılabilirlik, düşme korkusu kaçınma davranışının ve yaşam kalitesinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
97. Grden CRB, Lenardt MH, Sousa JAV, Kusomoto L, Dellaroza MSG, Betioli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2886. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>
98. Çelik M. Yaşlı hipertansiyon hastalarında kırılabilirlik ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Düzce: Düzce Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
99. Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Rodrigues MMP, Fernandes MDGM. Frailty syndrome in the elderly: conceptual analysis according to Walker and Avant. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 3:e20190601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0601>
100. Kojima G, Taniguchi Y, Aoyama R, Tanabe M. Associations between loneliness and physical frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2022;81:101705. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101705>
101. Kojima G, Taniguchi Y, Kitamura A, Fujiwara Y. Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2020;59:101048. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101048>
102. Etman A, Kamphuis CB, van der Cammen TJ, Burdorf A, van Lenthe FJ. Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? *Eur J Public Health*. 2015;25(2):345–50. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku093>
103. Joosten E, Demuyneck M, Detroyer E, Milisen K. Prevalence of frailty and its ability to predict in hospital delirium, falls, and 6-month mortality in hospitalized older patients. *BMC Geriatr*. 2014;14:1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-1>
104. Wu C, Smit E, Xue QL, Odden MC. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling Chinese older adults: the China Health and Retirement Longitudinal Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(1):102–8. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx098>

## 8. EKLER

### SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİNDE TAKİP EDİLEN YAŞLILARIN YERİNDE YAŞLANMA MEMNUNİYETİ İLE KLİNİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

#### Tanıtcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:...
2. Cinsiyetiniz:

- Kadın → Erkek
3. Boy:.... Kilo:.... BMI:....
4. Eğitim Durumunuz?  
→ Okuryazar Değil → Okuryazar → İlköğretim  
→ Lise → Üniversite ve üzeri
5. Medeni durumunuz?  
→ Evli → Bekar → Dul
- 6.Çocuk sayısı: .....
7. Evde yaşayan kişi sayısı:....
8. Evde kiminle yaşıyorsunuz?  
→ Yalnız → Eşi ile birlikte → Çocuğu ile birlikte → Diğer.....
- 9.İkamet ettiği yer  
→ Zaman zaman değişiyor → bakımevi  
→ kendine ail değil kira ödüyor → kendine ait değil kira ödemiıyor → kendine ait
10. Kronik hastalığınız var mı?  
→ Evet ise hastalıklarınız.....  
→ Hayır
11. Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı?  
→ Evet ise kullandığınız ilaç sayısı.....  
→ Hayır
12. Son bir yılda düşme öykünüz var mı?  
→ Evet → Hayır
13. Düştüyseniz kaç defa düştinüz?  
→ 1 defa → 2 defa → 3 defa → 4 defa → 5 veya daha fazla

## KLİNİK KIRILGANLIK SKALASI



**1 Çok zinde**-Dinç, aktif, enerji dolu, motive olan kişiler. Bu kişiler sıklıkla düzenli egzersiz yaparlar. Kendi yaşlıları arasında en dinç olan kişilerdir.



**2 İyi**- Aktif hastalık semptomu olmayan fakat 1. Kategorideki kişilerden daha az dinç; sıklıkla egzersiz yaparlar veya ara sıra çok aktiftirler. Örn: mevsimsel



**3 İyi idare edebilir**- Medikal sorunları kontrol altında olan, düzenli yürüyüş dışında aktif olamayan kişilerdir.



**4 Kolay incinebilir**- Günlük işlerinde bağımsız olmasına rağmen hastalık semptomlarından dolayı hareketleri kısıtlıdır. Genellikle yakınmaları 'yavaşlık' ve 'gün boyu yorgunluk hissi' dir.



**5 Hafif kırılabilir**-Hareketlerde daha belirgin olan yaşayış, enstrümental günlük yaşam aktivitesinde (finansal konular, transfer, ağır ev işleri, ilaç kullanımı) yardıma ihtiyaç duyma.



**6 Orta Derece Kırılabilir**-Ev dışı aktivitelerinin tamamında ve ev içi temizlik işlerinde tamamen bağımlı. Genellikle merdiven çıkması sorunu, destekli banyo yapan ve giyinme konusunda minimal yardım ihtiyacı olabilecek kişilerdir.



**7 Aşırı Kırılabilir**- herhangi bir sebepten dolayı (fiziksel veya kognitif) kişisel bakım için tamamen başkasına bağımlı. Bununla birlikte stabil görünümde veya ölüm riski yüksek olmayan kişiler (6 ay içinde)



**8 Çok Aşırı Kırılabilir**- Tamamen bağımlı, ömrünün sonuna yakın kişiler. Tipik olarak hafif bir hastalığı bile atlatamayacak kişilerdir.



**9 Terminal Hastalık**- Ömrünün sonuna yakın olan kişiler. Bu kategori kırılabilirlik olmadan da 6 aydan daha kısa yaşam beklentisi olanlar için

-Demansı olanlar hastalarda kırılabilirlik değerlendirilmesi: Kırılabilirlik derecesi ile demans derecesi benzerdir.  
-Hafif demans durumundaki genel semptomlar, yakın zamanlı olayın kendisini hatırlasa da detayları unutma, aynı soruları/hikayeyi tekrarlama, sosyal geri çekilme  
-Orta evre demans durumunda, eski olaylar hatırlansa da yakın dönem hafıza ciddi olarak bozulmuştur. Destekleme ile kişisel bakım yapabilirler.  
-İleri evre demans durumunda, kişisel bakım desteksiz yapılamaz.

## Yerinde yaşlanma ölçeği

Açıklama: Aşağıda yaşadığınız ev çevreden memnuniyetinizi anlamaya yönelik ifadeler bulunmaktadır. Herbir ifadeyi, yaşadığınız ev ve çevreden ne kadar memnun olduğunuza göre beşli puanlama ölçeğini dikkate alarak işaretleyiniz.		Tercih				
		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>Faktör 1</b>	<b><i>Algılanan Sosyal Destek</i></b>					
1	Çevremde beni gerçekten anlayan insanlar var	1	2	3	4	5
2	Etrafımda beni seven insanlar var	1	2	3	4	5
3	Bu çevrede yaşamakla kendimi çok şanslı hissediyorum	1	2	3	4	5
4	Bu çevrede kendimi özgür ve bağımsız hissediyorum	1	2	3	4	5
5	Evimde yaşamaktan memnunum	1	2	3	4	5
6	Uzun zamandır bu çevrede yaşıyorum, çevredeki herkesi tanıyorum	1	2	3	4	5
<b>Faktör 2</b>	<b><i>Fiziksel Yeterlik</i></b>					
7	Günlük ihtiyaçlarımı kendim giderebiliyorum	1	2	3	4	5
8	Yıkama, giyinme gibi kişisel ihtiyaçlarımı kendim yapabiliyorum	1	2	3	4	5
9	Düşmeden ve tökezlemeden güvenle yürüyebiliyorum	1	2	3	4	5
10	Çevrede istediklerimi yapabiliyorum	1	2	3	4	5
11	İhtiyaç duyduğum her şeyi yakın çevreden satın alabiliyorum	1	2	3	4	5
<b>Faktör 3</b>	<b><i>Elde Edilebilir Sosyal Destek</i></b>					
12	Akranlarımla bir arada oluruz	1	2	3	4	5
13	Komşularıyla her gün görüşüyorum	1	2	3	4	5
14	Yakın çevredeki akranlarımla hoşça vakit geçiriyorum	1	2	3	4	5
15	Arkadaşlarımla sık sık buluşuyoruz	1	2	3	4	5

## 9. ÖZGEÇMİŞ

