



T.C.

**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE
DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Bengü CEBECİ İNANÇ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
YAŞLI SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İZMİR

MAYIS 2025

T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE
DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Bengü CEBECİ İNANÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
YAŞLI SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ

İZMİR
MAYIS 2025

TEZ ONAY

Bengü CEBECİ İNANÇ tarafından hazırlanan " **Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** " adlı tez çalışması İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı**'nda **20/05/2025** Günü, **saat 14:30'da** yapılan tez savunma sınavında aşağıda yer alan jüri üyeleri tarafından **OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU** ile **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Jüri Başkanı Doç. Dr. Nil TEKİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ

İzmir Demokrasi Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum.

Jüri Üyesi Doç. Dr. Kemal Uğur TÜFEKÇİ

İzmir Demokrasi Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum.

İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kuralları doğrultusunda hazırlamış olduğum Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi başlıklı yüksek lisans tezinin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Bengü CEBECİ İNANÇ

İMZA

TEŞEKKÜR

Bu uzun yolda çalışma prensiplerini örnek aldığım, her aşamasında bilgi, düşünce ve azmi ile beni sürekli motive eden, ufkumun genişlemesin emeği çok büyük olan değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gül Bülbül Maraş'a teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum. Ders süreci boyunca mesleki bilgi ve birikimimi artırmamda katkı sağlayan İzmir Demokrasi Üniversitesi Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm değerli hocalarıma teşekkür ederim. Eğitim hayatımın en başından yüksek lisans eğitimime kadar her daim maddi ve manevi tüm konularda desteğini esirgemeyen daima beni motive eden canım aileme, Yüksek lisans eğitimim süresinde sevgisini, sabrını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, varlığıyla huzur bulduğum en büyük destekçim olan eşim Emre İnanc'a ve Nöroloji yoğun bakım ekibime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bengü CEBECİ İNANÇ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	9
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	9
1.2. Amaç	11
1.3. Araştırma Hipotezleri	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Yaşlılık.....	12
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık.....	12
2.1.2. Başarılı yaşlanma	14
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	16
2.2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı.....	17
2.2.2. Sağlık okuryazarlığının önemi	17
2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar	18
2.2.4. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanılan ölçüm araçları	19
2.3. Fiziksel Aktivite	21
2.3.1. Fiziksel aktivite.....	22
2.3.2. Fiziksel aktivitenin yararları.....	27
2.3.3. Dünyada ve Türkiye’de fiziksel aktivite durumu.....	29
2.3.4. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ve önemi	30
2.3.5. Yaşlılarda fiziksel aktivite ile ilgili araştırmalar.....	31

2.4. Uyku.....	33
2.4.1. Uykunun evreleri.....	33
2.4.2. Uykunun değ�erlendirilmesi	34
2.4.3. Uyku kalitesi.....	35
2.4.4. Yaşlılarda uyku	36
2.4.5. Yaşlılık döneminde uykudaki değışikliklerin etkileri.....	37
2.4.6. Yaşlılarda uyku kalitesi	38
2.4.7. Yaşlılıkta uyku problemleri.....	40
2.4.8. Yaşlılarda uyku kalitesi ile ilgili araştırmalar	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Türü/Tipi	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	43
3.3. Araştırmanın Evren ve �rnekleme	43
3.4. Araştırmanın Planı.....	44
3.5. Araştırmanın Değışkenleri	44
3.6. Veri Toplama Araçları	45
3.6.1. Mini mental durum testi �l�eği	45
3.6.2. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi.....	45
3.6.3. Tanımlayıcı bilgi formu	45
3.6.4. Türkiye sağlık okuryazarlığı �l�eği (TSOY-32).....	46
3.6.5. Uluslararası fiziksel aktivite anketi (kısa form)	46
3.6.6. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi.....	47
3.7. Verilerin Analizi	47
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.9. Etik Kurul Onayı.....	49
4. BULGULAR	50
5. TARTIşMA.....	61

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuç.....	71
6.2. Öneriler	72
7. KAYNAKLAR.....	74
8. EKLER.....	102
EK 1. Mini Mental Durum Testi	102
EK 2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	103
EK 3. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	104
EK 4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	105
EK 5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	107
EK 6. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form).....	108
EK 7. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kullanım İzni.....	109
EK 8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 Kullanım İzni	110
EK 9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni.....	111
EK 10. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Puanlama ve Değerlendirilmesi ...	112
EK 11. Bilgilendirilmiş Olur Formu	114
EK 12. Çalışma İzni Geriatri Kliniği	117
EK 13. Çalışma İzni Nöroloji Kliniği	119
Ek 14. Ege Etik Kurul Onay Formu.....	120
9. ÖZGEÇMİŞ.....	123

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye ve Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması ...	19
Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Yaygın Kullanılan Ölçekler	20
Tablo 3. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler	24
Tablo 4. MET Değerleri.....	25
Tablo 5. Borg Algılanan Zorluk Derecesi Ölçeği	26
Tablo 6. Fiziksel Aktivite Unsurlarının Değerlendirilmesine İlişkin Yöntemler.....	27
Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirliği.....	48
Tablo 8. Araştırmanın Normallik Analizi	48
Tablo 9. Katılımcıların Kişisel Bilgilerinin Dağılımı.....	50
Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite ve Uyku Kalitesi Puanları	52
Tablo 11. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite ve Uyku Kalitesi Düzeyleri	52
Tablo 12. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 13. Yaş ile Ölçek Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar	53
Tablo 14. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 15. Eğitim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 16. Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 17. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 18. Genel Sağlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 19. Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 20. Yaşını Algılama Şekline Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 21. Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 22. Yürüme Yardımcısı Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 23. Gündüz Uyuma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 24. BKİ Sınıflamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 25. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar.....	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Başarılı Yaşlanma Modeli İçin Gerekli Ön Şartlar	14
Şekil 2. Başarılı Yaşlanmanın Bileşenleri	16
Şekil 3. Türkiye Fiziki Aktivite Piramidi.....	23
Şekil 4. G Power Analiz Sonucu.....	44



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Avrupa Birliği

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HLS-EU: Health Literacy Survey in Europe

HLS-EU-Q: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi

HT: Hipertansiyon

KAH: Koroner arter hastalığı

KBY: Kronik böbrek yetmeliği

KKY: Kronik kalp yetmezliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MET: Metabolik Eş Değer

NREM: Hızlı Olmayan Göz Hareketleri

NVS: Newest Vital Sign

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini

REALM-S: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Kısa Tahmini

REM: Hızlı Göz Hareketleri

TOFHLA: Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UFAA : Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bengü CEBECİ İNANÇ

İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı

Tezli Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Bu araştırma, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Geriatri polikliniklerine Ekim–Aralık 2024 döneminde başvuran, 65 yaş ve üzeri 250 gönüllü bireyle gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmada, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılmıştır. Veriler, bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların %95,2’sinin yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %28’inin fiziksel olarak inaktif ve %32,4’ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeyleri azalmakta, uyku kalitesi bozulmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı artmakta; kronik hastalığı ve gündüz uyuma durumu olan bireylerde ise sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeyleri düşük, uyku kalitesi daha kötüdür. Kendini “orta yaşlı” olarak algılayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeyleri daha yüksektir. Korelasyon analizine göre sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında pozitif ($r=0,182$; $p<0,01$), sağlık okuryazarlığı ile uyku kalitesi ve fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasında negatif ilişkiler bulunmuştur ($r=-0,330$; $r=-0,178$; $p<0,01$). Uyku kalitesi puanının yüksek olması daha kötü uykuya işaret ettiğinden, bu bulgular sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivitenin artmasının daha iyi uyku kalitesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, Sağlık okuryazarlığı, Uyku kalitesi, Yaşlı bireyler

Tez sayfa Adedi: 128

Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY, PHYSICAL ACTIVITY LEVELS, AND SLEEP QUALITY IN THE ELDERLY

Bengü CEBECİ İNANÇ

Izmir Democracy University Institute of Health Sciences

Elderly Health Masters Program with Thesis

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationship between health literacy, physical activity, and sleep quality among older adults. The research was conducted with 250 voluntary participants aged 65 and above who presented to the Neurology and Geriatrics outpatient clinics of Ege University Medical Faculty Hospital between October and December 2024. This descriptive and cross-sectional study utilized the Descriptive Information Form, Turkey Health Literacy Scale-32, International Physical Activity Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index. Data were analyzed using independent samples t-tests, one-way ANOVA, and Pearson correlation analysis. Results showed that 95.2% of the participants had adequate or excellent levels of health literacy; 28% were physically inactive and 32.4% had poor sleep quality. As age increased, both health literacy and physical activity levels decreased, while sleep quality worsened. Health literacy increased with education level, whereas participants with chronic diseases or who reported daytime sleeping had lower health literacy and physical activity levels and worse sleep quality. Those who perceived themselves as “middle-aged” had higher levels of health literacy and physical activity than those who identified as “elderly.” Pearson correlation analysis revealed a significant positive relationship between health literacy and physical activity ($r = 0.182, p < 0.01$), and significant negative relationships between health literacy and sleep quality ($r = -0.330, p < 0.01$), as well as between physical activity and sleep quality ($r = -0.178, p < 0.01$). Since higher scores on the Pittsburgh Sleep Quality Index indicate worse sleep quality, these findings suggest that improvements in health literacy and physical activity may contribute to better sleep quality among older adults.

Keywords: Health literacy, Older adults, Physical activity, Sleep quality

Page Number: 128

Advisor: Asst. Prof. Gül BÜLBÜL MARAŞ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneğini ifade eder. Sağlık okuryazarlığı; erişim, okuma becerisi, anlama, değerlendirme ve karar verme ve bilginin uygulanması dahil olmak üzere 5 farklı tanımlayıcı özelliğe sahiptir. (Moeini vd., 2024). Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, sağlık bilgilerini doğru bir şekilde anlamalarını ve sağlıkla ilgili doğru kararlar almalarını sağlar. Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, onların kronik hastalıkları yönetme, ilaçları doğru kullanma ve sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmalarına katkı sağlar (Berkman vd., 2011; Wetsutthanon vd. 2023).

Sağlık okuryazarlığının yanısıra, yaşlı bireylerin genel sağlık durumunu iyileştirme ve korumada fiziksel aktivitenin de önemli bir rolü vardır. Düzenli fiziksel aktivite, kas ve kemik sağlığını destekler, kardiyovasküler hastalık riskini azaltır, diyabetes mellitus (DM) ve obezite gibi metabolik hastalıkların önlenmesine yardımcı olup, zihinsel sağlığı olumlu etkiler (Nelson vd., 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer sağlık otoriteleri, yaşlı bireylerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik aktivite ve haftada en az iki gün kas güçlendirici egzersizler yapmalarını önermektedir (DSÖ, 2010).

Uyku, vücudun ve beynin dinlenmesine, onarılmasına ve yenilenmesine yardımcı olur. Özellikle yaşlı bireyler için yeterli ve kaliteli uyku, fiziksel ve zihinsel sağlık için elzemdir. İyi bir uyku, bireyin bağışıklık sistemini güçlendirir, bilişsel işlevlerini korur, duygusal sağlığını destekleyerek, genel yaşam kalitesini artırır (Ohayon vd., 2004). Uyku kalitesi düşük olan yaşlı bireylerin, depresyon, anksiyete, kalp hastalıkları, DM ve obezite gibi sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha yüksektir. Düzenli bir uyku, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, rahat bir uyku ortamı ve stres yönetimi gibi faktörler uyku kalitesini artırır (Nelson vd., 2007; Ohayon vd., 2004). Bununla birlikte kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, psikolojik sorunlar ve çevresel faktörler uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Fernandez-Mendoza vd., 2012).

Literatür incelendiğinde Çinde yapılan araştırmada, yaşlı bireyler arasında sağlık okuryazarlığı seviyelerinin oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin fiziksel sağlıklarının kötü olduğu bildirilmiştir (Liu

vd., 2018). Lim vd., (2021) çalışmasında, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan yaşlı bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre haftada beş veya daha fazla gün fiziksel aktivite yapma olasılığının %38 daha düşük olduğu belirtilmiştir (Lim vd., 2021). İran'daki, 60- 75 yaş aralığındaki emekli bireylerle yürütülen diğer çalışmada ise, sağlık okuryazarlığının fiziksel aktiviteyi teşvik ettiği ortaya konmuştur (Moeini vd., 2024). Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığının yaşlı bireylerde fizik aktiviteyi belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Kobayashi ve arkadaşlarının (2016) İngilterede yürüttükleri çalışmada, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanlara kıyasla sekiz yıllık süreçte haftalık orta ve şiddetli fiziksel aktiviteye daha etkin katılım gösterdikleri gözlenmiştir (Kobayashi vd., 2016). Hong-Kong'da yapılan ve sağlık okuryazarlığının aracı etkisini inceleyen bir çalışma, 50-80 yaş aralığındaki bireylerde sağlık okuryazarlığının hem fizyolojik hem de bilişsel işlevlerde aracılık rolü olduğunu ortaya koymuştur (Chov vd., 2024). Van Hoa ve arkadaşları (2020) ise sağlık okuryazarlığı ile fiziksel egzersiz, sosyalleşme ve bakım verme gibi davranışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Türkiye'de Hazer ve Ateşoğlu tarafından yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %53,7'sinin sorunlu/sınırlı, %30,4'ünün ise yetersiz olduğu belirlenmiştir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019).

Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi ilişkisini inceleyen Holfeld ve Ruthig (2014); uyku kalitesinin fiziksel aktivite düzeyini arttırdığını, ancak fiziksel aktivitenin uyku kalitesi için yordayıcı olmadığını saptamışlardır. Wetsutthanon ve arkadaşları (2023) ise Tayland'da yaşayan yaşlı bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin daha yüksek düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduklarını bildirmiştir. Ayrıca, katılımcıların %62'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve yüksek fiziksel aktivite düzeyinin daha iyi uyku kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Wetsutthanon vd., 2023).

Osundiye ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada ise fiziksel aktivite artışının uyku kalitesini artırdığı gösterilmiştir (Osundiye vd., 2021). Ancak Rasmus ve arkadaşlarının (2019), 65 yaş üstü Portekizli katılımcılarla yürüttükleri çalışmada fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (Rasmus vd., 2019). Türkiye'de Pekçetin ve İnal (2019) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Pekçetin ve İnal, 2019).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi konularında sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmalar, genellikle fiziksel aktivitenin ve uyku kalitesinin sağlık üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymakta; ancak yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesinin birbiriyle ilişkisini ele alan çalışmaların sayısı sınırlıdır.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı; yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca;

- Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek.
- Yaşlı bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek
- Yaşlı bireylerin uyku kalitesini belirlemek
- Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, fiziksel aktivite düzeyleri ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırma Hipotezleri

H₀ a Hipotezi: Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile uyku kalitesi arasında bir ilişki yoktur.

H₁ a Hipotezi: Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile uyku kalitesi arasında bir ilişki vardır.

H₀ b Hipotezi: Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki yoktur.

H₁ b Hipotezi: Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki vardır.

H₀ c Hipotezi: Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki yoktur.

H₁ c Hipotezi: Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaş alma, vücutta onarılamaz hasarlara ve fonksiyonlarda ilerleyici bir azalmaya aynı zamanda yeniden oluşma ile devam eden, yaşama başlamak ile yok olmak arasında yer alan karışık yaşamın doğal bir parçasıdır (Can ve Aslan, 2023). Yaşlanma; moleküler ve hücresel düzeyde hasarların zamanla birikmesiyle ortaya çıkan karmaşık bir süreçtir. Bu hasarlar, fizyolojik kapasitenin azalmasına ve çeşitli hastalıklara yatkınlığın artmasına yol açar, dolayısıyla genel sağlık durumunu olumsuz etkiler. Yaşlanmanın bireyden bireye nasıl ilerleyeceğini öngörmek zordur; çünkü süreç, çevresel etmenler ve kişisel özelliklerin etkileşimiyle şekillenir (DSÖ, 2011).

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Günümüzde tıptaki bilimsel ilerlemeler, teknolojinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, erken tanı yöntemleri ve koruyucu uygulamalar ile sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yaygınlaşması, yaşam süresini belirgin biçimde uzatmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak, her ülkede yaşlı birey sayısı ve toplam nüfus içindeki oranı giderek artmaktadır (Yaman ve Şendir, 2021).

Günümüzde DSÖne göre, dünya genelinde yaklaşık olarak 709 milyon yaşlı insan bulunmaktadır. Bu sayının 2050 yılına kadar 2,1 milyara ulaşması öngörülmektedir (Öztürk vd., 2017). Dünya genelinde gerçekleştiği gibi Türkiyede de bulunan yaşlı bireylerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Görülen bu artış nedeni ile toplumun sahip olduğu demografik yapıda yeni bir dönem başlamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) (2023) verilerine göre, 65 yaş üstü olarak tanımlanan yaşlı nüfus, 2018 yılında yaklaşık 7,5 milyon iken, son beş yıl içinde yüzde 21,4 artışla 2023te 8,7 milyonu aştığı görülmektedir. Toplum içinde bulunan yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranında gerçekleşen bu artış temel olarak yaşlanmanın en önemli göstergelerinden biri olarak görülmektedir. 2018de bu oran %8,8 olarak hesaplanırken 2023te bu oran %10,2ye çıkmaktadır. Bu verilere dayanarak Türkiye de yapılacak araştırmalarda toplumun artık yaşlı bir nüfusa sahip olduğu ile karşılaşılacağı ifade edilebilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (2023) yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfusun oranının 2030 yılında %12,9, 2040ta %16,3, 2060ta %22,6 ve 2080de %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. Bu oranlarda gerçekleşme beklenene artış miktarının ülkede gerçekleşen yaşlanma sürecinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (TÜİK, 2024c). Ayrıca, Türkiye İstatistik

Kurumu 2024 yılı Dünya Nüfus Günü temasında da yaşlı bireylerin refahının artırılması ve kuşaklar arası dayanışmanın teşvik edilmesi konularına dikkat çekmiştir (TÜİK, 2024b).

Birçok ulusal ve uluslararası kuruluş ve bu kuruluşların arasından özellikle DSÖ'nün yaşam süresinde gerçekleşen uzamaya paralel olarak bu sürecin başarılı ve kaliteli bir şekilde olması için stratejiler geliştirilmesinin gerekliliği konusunda aynı düşünceyi paylaşmaktadırlar (Young, 2009; Ni, 2012). Bu nedenle Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 2021'den 2030 yılına kadar olan yılları Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanma On Yılı olarak belirlemekte ve bu sürecin uygulanmasında DSÖ'nün öncülük etmesini istemektedir.

Belirlenen bu dönemde dünya genelinde uygulanacak olan politikaların temelinde yer alan raporda dört ana başlık altında toplanan kolektif eylemler ile dünyadaki sağlık alanında bulunan eşitsizliklerin azaltılmasını ve yaşlı bireylerin ailelerinin ve topluluklarının yaşam kalitelerinin artırılmasını hedeflemektedir. Belirlenen bu hedefler arasında (DSÖ, 2020):

- Yaş ve yaşlılıkla ilgili toplumda bulunan ayrımcılık konularında düşünce, hissiyat ve davranış biçimlerini dönüştürme,
- Toplulukları yaşlı bireylerin sahip oldukları yetenekleri daha iyi değerlendirebilecek ve geliştirebilecek şekilde yeniden şekillendirilme,
- Yaşlı bireylere daha çok odaklanan kişilere özel sunulacak bütünsel sağlık hizmetleri ve temel bakım olanakları sunma,
- Kaliteli ve sürekli bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan yaşlı bireylere erişimin sağlanma bu hedefler arasında bulunmaktadır (DSÖ, 2020).

Avrupada bulunan Aktif Yaşlanma İndeksini Avrupa Birliği(AB) üye devletleri için planlaması yapılan yaşlanma politikalarının uygulanma süreçlerinde yol gösterici bir araç olarak benimsenmektedir (Sao Jose, 2017). Türkiyede de planlaması yapılan 2015 ve 2020 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çerçevesinde belirlenen uluslararası alanda diğerlerine göre daha öncelikli görülen meselelere yönelik stratejik adımlar atılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye ve dünya genelinde gün geçtikçe gerçekleşen nüfusun giderek yaşlanması ile gelecek yıllarda yaşlı nüfusun artışının ile nüfusa oranının artışının öngörülmesi sağlıklı ve başarılı bir yaşlanma sürecinin önemini daha da artırmaktadır. Yaşlanmayı

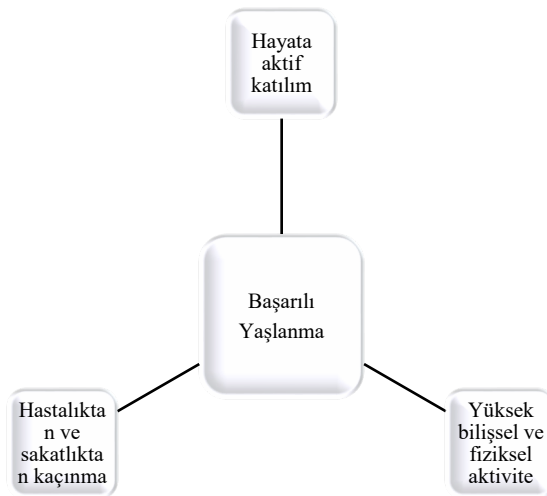
temelde sadece sağlık ve bakım yükü olarak görülmemesi gerektiğini başarılı bir şekilde yaşlanmış bir toplum inşa etmenin yolunda atılacak adımlar olarak görmenin tüm insanlık için en iyi çözümlerden birini sunacağı düşünülmektedir.

2.1.2. Başarılı Yaşlanma

Başarılı yaşlanma kavramı gerontoloji alanında yoğun olarak incelenen ve üzerinde tartışılan bir konudur. Bu terim ilk defa 1960larla başlayan dönemde ortaya ık ar ve 1980lerde yaygınlaşmaya başlamaktadır. Bu konuda yapılan ilk tanımlamalarda bir bireyin topluma herhangi bir yük olmaksızın yaşam memnuniyeti ve doyumunun en üst düzeyde olduğu bir durum olarak ifade edilmektedir. DSÖ ise başarılı yaşlanmanın tanımı yapılırken yaşlanma sürecinde insanların birbirleri ile olan sosyal etkileşim, güvenlik, yaşam standartlarını koruma ve yüksek bilişsel ile fiziksel yetenekleri sürdürme imkanlarını devam ettirebilmesi şeklinde açıklamaktadır (Kalache vd., 2003).

Yapılan çeşitli tanımlar ve modeller ile bu kavram erevelenmektedir. Oluşan bu modeller arasında 1990larda Rowe ve Kahn tarafından geliştirilen başarılı yaşlanma modeli geniş kabul görmektedir (Bülow ve Söderqvist, 2014). Yapılan bu modele göre başarılı yaşlanmak temelde üç ana bileşene dayanmaktadır (Rowe, 1997).

- Potansiyel hastalık ve sakatlık risklerinin en aza indirme,
- Kişilerin fiziksel ve bilişsel işlevlerin sürdürebilme,
- Kişilerin sosyal ve kişisel faaliyetlere olan aktif katılımı bu bileşenler olarak sıralanmaktadır.



şekil 1. Başarılı Yaşlanma Modeli İçin Gerekli n şartlar (Rowe,1997)

Başarılı yaşlanma kavramı için yapılacak incelemelerinde bu kavramın hayata aktif katılım, olumlu yaşam görüşüne sahip olma, psikolojik sağlık ve yüksek yaşam doyumu gibi durumlar ile de ilişkilendirilmesi mümkündür. Başarılı yaşlanma için gerekli olan koşullar arasında yer alan bireysel özelliklerin yanı sıra sosyal ve çevresel faktörler de önem taşımaktadır. Bu faktörler arasında bulunan kişinin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, ailevi yapısı, ekonomik durumu, erişebildiği sağlık koşulları, sahip olduğu sosyal ilişkileri, yapabildiği fiziksel aktiviteler ve dengeli beslenme alışkanlıkları ve hobilerine ayırabildiği zaman yer almaktadır. (Rowe, 1997).

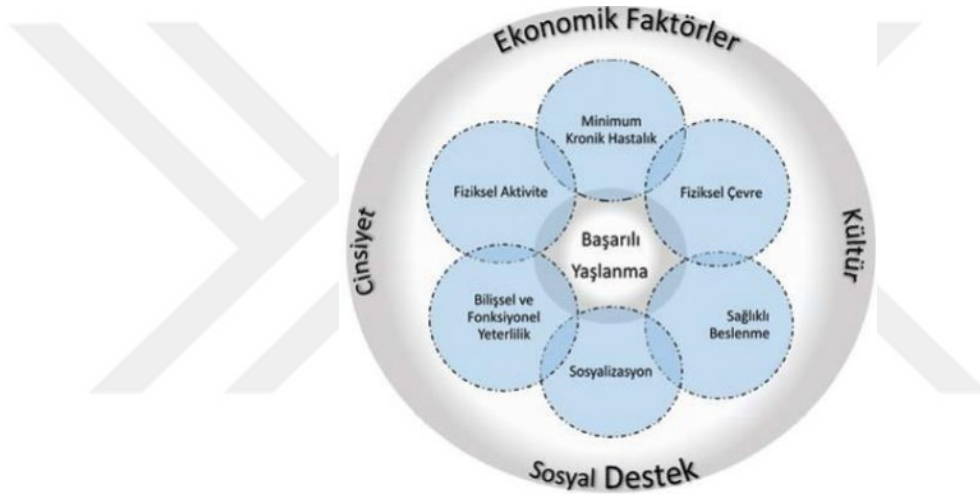
Cinsiyet başarılı yaşlanmayı etkileyen önemli faktörlerden arasında yer almaktadır. İtalyada gerçekleştirilen bir araştırmada 100 yaşını geçebilmiş bireyler arasında bir oranlama yapıldığında kadınların erkeklere oranı 8'e 1 olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar erkeklerin yaşlarının getirdiği hastalıklara daha sık yakalanma ihtimalleri oluşmaktadır. Bu nedenle erkeklerin daha yüksek ölüm oranlarına sahip olduğunu göstermektedir. Buna karşın ileri yaşlardaki erkeklerin sosyal ve işlevsel durumlarının kadınlardan daha iyi olduğu tespit edilmektedir (Franceschi, 2009).

Başarılı bir yaşlanmanın gerçekleşmesinin en belirleyici öğelerinden biri olarak fiziksel aktivite görülmektedir. Fiziksel aktivitelerini kendileri yapabilen bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri olarak kişinin yürüyüş yapması, yataktan kendisinin kalkabilmesi, alışverişe gidebilmek, temel ihtiyaçları kendisinin giderebilmesi, banyo yapmak, giyinebilmek ve yemek hazırlayabilmek gündelik yaşam aktiviteleri olarak sıralanabilmektedir. Bu kişilerin yaşam kalitelerini artırmaktadır (Rowe, 1997; Boylu ve Günay, 2017; McLaughlin vd., 2012). Ayrıca kişilerin düzenli olarak yaptıkları fiziksel aktivite ile geçirecekleri başarılı yaşlanma sürecinde önemli ölçüde iyileştirmeler sağlamaktadır. Yüksek düzeyde fiziksel aktiviteye katılan yaşlı bireylerin daha az aktif olanlara göre daha başarılı bir yaşlanma süreci geçirdikleri görülmektedir (Demir, 2020).

Sosyokültürel ilişkilerde görülen gelişmeler yaşlılar için başarılı yaşlanmanın önemli bir parçası olmaktadır. Yaşlıların aile ve arkadaşları ile düzenli görüşmeler gerçekleştirmeleri hobiler ve sahip oldukları ilgi alanlarına zaman ayırmaları kişilerin yaşam kalitesini artırmaktadır. Sosyal faaliyetlere katılımları sayesinde bireylerin kendilerini daha canlı hissetmelerini sağlamakla kalınmaz aynı zamanda zihinsel olarak

gerçekleşecek olan iyileşmeyi de teşvik ederek yaşlanma sürecine pozitif etkilerde bulunmaktadır (Nosratly, 2015).

Yaşlı yetişkinlerin başarılı yaşlanmayı nasıl tanımladıkları hakkında yapılan 22 çalışmanın sistematik incelemesinde yapıldığında yaşlıların aileleri ve arkadaşları ile anlamlı ilişkiler geliştirmek, toplumla aralarında pozitif etkileşimler kurup bunları sürdürmek, kendilerinin temel ihtiyaçlarını başkalarına ihtiyaç duymadan kendileri karşılamak, yaşlanma ile gelen fiziksel değişikliklere adapte olmak, başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan hayatını sürdürmek, özgürlüklerine sahip olmak, fiziksel aktivitelerini yapmak ve iyi bilişsel sağlık gibi faktörler öne çıkmaktadır (Teater ve Chonody, 2020).



Şekil 2. Başarılı Yaşlanmanın Bileşenleri (Kaynak: Active Ageing: A Policy Framework, DSÖ, p.19)

Yaşlanmanın en temel belirleyicilerinden biri olarak hastalıksız veya minimum düzeyde kronik hastalık ile yaşlanmaktır. Kişiler ilgili koşullarda hayatın her döneminde sağlıklı yaşam bilinciyle ve gerekli önlemleri alarak bunu gerçekleştirmektedir. Bu nedenle kişilerde sağlıklı yaşam farkındalığının oluşması ve bu bilincin yüksek olmasının yaşamın her aşamasında bıraktığı etkinin önemi artmaktadır.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneğini ifade eder. Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, sağlık bilgilerini doğru bir şekilde anlamalarını ve sağlıkla ilgili doğru kararlar almalarını sağlar. Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, onların kronik hastalıkları yönetme, ilaçları doğru kullanma ve sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmalarına katkı sağlar (Berkman vd., 2011; Wetsutthanon vd. 2023). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri

için hayati bir yetkinliktir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip toplumlar, daha sağlıklı, bilinçli ve ekonomik olarak daha sürdürülebilir sağlık sistemlerine sahip olurlar. Bu nedenle, bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığını artırmak hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bir öncelik olmalıdır.

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

DSÖ'nün 2013 yılında yaptığı bir araştırmada sağlık okuryazarlığı; bireylerin ömür boyu aldıkları sağlık hizmetlerine ilişkin durumlarda fikir geliştirme, karar verme, sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirme ile yaşam kalitelerini artırma yetenekleri olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı, doktorun reçete ettiği ilaçları nasıl kullanacağını anlama, randevuya geleceği tarihi hatırlama, bilgilendirme broşürlerini okuma, doktor ve hemşirelerin yaptığı açıklamaları anlama gibi bireylere karmaşık gelen sağlıkla ilgili tüm zorluklarla baş edebilmesidir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını koruması ve iyilik durumunu sürdürmesi için gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve bilgileri günlük hayatına geçirme becerisi olarak ifade edilmektedir (DSÖ, 2007).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının nemi

Gelir eşitsizliği ve hızla kentleşen yaşam, sağlık okuryazarlığını her zamankinden daha kritik bir halk sağlığı sorunu hline getiriyor. Sağlık sigortası kapsamında hastaneye başvuru, sağlık personeliyle etkili iletişim kurma ve ilaç temini gibi çok aşamalı süreçler, günlük hayatın yoğunluğunda daha da karmaşıklaşıyor. Yoksulluk ise kronik stresi artırarak sağlıksız seçimlere zemin hazırlıyor: sigara, alkol veya uyuşturucu kullanımı, hareketsiz yaşam, güvensiz konutlar ve ucuz ama kalorisi yüksek gıdalara yönelim. Sonuçta, artan yoksulluk düzenli ve koruyucu hizmetlere erişimi kısıtlıyor; eğitim altyapısı yetersiz geniş bir kitle ise sağlık profesyonellerinden aldığı bilgiyi anlayıp uygulamakta güçlük çekiyor (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireyler, karşılaştıkları akut veya kronik durumlarda nasıl hareket etmeleri gerektiğini bilmedikleri için kendilerini sağlık çalışanlarına doğru ifade edememekte ve verilen talimatları eksik uygulamaktadır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, tarama testlerine katılımın okuryazarlık düzeyiyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Yetersiz okuryazarlık; tedavi seçeneklerinin açıklanması, ilaç kullanım talimatlarının kavranması, bilgilendirilmiş onamın imzalanması ve sigorta işlemlerinin yürütülmesi gibi alanlarda hasta-profesyonel

iletişimini zorlaştırmaktadır (Brach vd., 2012). Oysa sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, yalnızca bireylerin sağlığını iyileştirmekle kalmayıp toplum için uzun vadeli sosyal ve ekonomik yararlar da sağlamaktadır. Yüksek okuryazarlık düzeyine sahip bireyler, sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemekte, sağlıkla ilgili kararlara aktif olarak katılmakta ve sağlığın kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini daha iyi kavramaktadır (Kinoshita vd., 2024).

2.2.3. Dünyada Ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Araştırmalar

Sağlık okuryazarlığı ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişki, ilk kez 1950’lerde incelenmeye başlandı. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yürütölen bir çalışmaya göre, toplam nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan doksan milyon vatandaşın kendi sağlık bilgileri hakkında herhangi bir fikrinin olmadığı ve bu konuları anlamada güçlük çektiğı bildirilmiştir (Kindig, 2004).

Kondilis vd. (2008), ABD’de sağlık okuryazarlığı alanında yayımlanan araştırma sayısının AB ortalamasının yaklaşık üç katı olduğunu rapor etmiştir. Aynı derlemede, 2008 sonrasında Türkiye’de toplam 428 çalışma yürütöldüğü ve bu sayının Avrupa ölkeleri içinde “orta” düzeye karşılık geldiğı belirtilmiştir (Tüzün, 2015). Ancak yürütölen araştırma sayısının artmasına rağmen, Türkiye’de yetişkinlerin %30–40’ının hâlâ yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmektedir (Aras & Bayik, 2019).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (European Health Literacy Survey Questionnaire [HLS-EU-Q]) kapsamında Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan’da 15 yaş ve üzeri 8000 birey değerlendirilmiştir. Katılımcıların %12’si yetersiz, %53’ü ise yeterli-mükemmel okuryazarlığa sahiptir. Hollanda (%71) ve İrlanda (%60) en yüksek düzeyleri gösterirken, İspanya (%42) ve Bulgaristan (%38) en düşük puanları aldıkları belirtilmiştir (Sørensen vd., 2015).

2024-2028 Stratejik Planı’nda bireyleri ve toplumu sağlık risklerinden korumak, sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik etmek ve herkesin kendi sağlığından sorumlu olmasını sağlamak amacıyla sağlık okuryazarlığını artırmayı temel hedeflerden biri olarak belirlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2024). Bu hedefin gerekliliğı, ulusal araştırma sonuçlarıyla da doğrulanmaktadır. Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, HLS-EU-Q ile 2014’te 18 yaş ve üzeri 4924 kişi üzerinde yaptığı çalışmada genel sağlık okuryazarlığı puanını 50 üzerinden 30,4 olarak saptamıştır. Avrupa’da aynı

ölçekle 2012’de yürütülen araştırmada ise bu ortalama 33,8’dir. Çalışma verilerine göre katılımcıların %64,6’sı “yetersiz” (%24,5) ya da “sorunlu” (%40,1) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. O dönemin nüfusu göz önüne alındığında bu oran, yaklaşık 35 milyon yetişkine karşılık gelir. Toplumun yalnızca %35,4’ü “yeterli” veya “mükemmel” düzeyde okuryazarlık sergilerken, aynı oran Avrupa ülkelerinde %52,5 olarak rapor edilmiştir (Tanrıöver vd., 2014) (Tablo 1). Benzer şekilde,

Tablo 1. Türkiye ve Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Türkiye toplumunda %	Avrupa toplumunda %
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	24,5	12,4
Sorunlu sağlık okuryazarlığı	40,1	35,2
Yeterli sağlık okuryazarlığı	27,8	36,0
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	7,8	16,5

Kaynak. Tanrıöver, 2014.

Benzer şekilde, 2018 yılında yürütülen başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu/sınırlı, %23,4’ü yeterli ve %7,7’si mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Özkan vd., 2018).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Ölçüm Araçları

Sağlık okuryazarlığı terimi, ilk kez 1974 yılında Simonds’un *Health Education as Social Policy* makalesinde gündeme gelmiş ve kısa sürede uluslararası literatüre yerleşmiştir. Güncel tanıma göre sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık durumunu koruma-iyileştirme ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma sürecinde gerekli bilgileri edinme, anlama, yorumlama ve uygulama yetkinliğidir (Sørensen vd., 2012). Çevresel ve genetik faktörlerin yanı sıra, bireysel sağlık davranışlarının şekillenmesinde de belirleyici rol oynar; bu yönüyle hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde kritik önem taşır (Beaglehole vd., 2011). Dolayısıyla, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (İlgaz & Gözümlü, 2016).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için kullanılan ölçek seçimi, araştırma grubunun yaş, hastalık durumu ve benzeri özelliklerine göre değişir. Yaygın ölçme

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Yaygın Kullanılan Ölçekler

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R)	Revize Edilmiş- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi
5. Newest Vital Sign (NVS)	En Yeni Yaşamsal Belirteç
6. Single Item Literacy Screen (SILS)	Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması
7. Brief Estimate of Health Knowledge and Action (BEHKA) – HIV Version	Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Ölçeği
8. How confident are you filling out medical forms by yourself?	Tıbbi formları kendiniz doldurma konusunda ne kadar iyisiniz?
9. Public Health Literacy Scale	Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
10. SOS Mnemonic	SOS Kısaltması
11. Health Literacy Screening Question Methodologies (HLSQMs)	Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri
12. eHealth Literacy Scale (eHEALS)	e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
13. Adult Basic Learning Examination (ABLE)	Yetişkinlerde Basit Öğrenme Değerlendirmesi
14. Literacy Assessment for Diabetes (LAD)	Dişabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi
15. Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD)	Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
16. Test of Adult Basic Education (TABE)	Yetişkin Temel Eğitim Testi
17. Health Activities Literacy Scale (HALS)	Sağlık Aktiviteleri i Okuryazarlık Ölçeği
18. Health Literacy Skills Instrument (HLSI)	Sağlık Okuryazarlığı Beceri Aracı
19. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)	İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı
20. European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q)	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi
21. Adult Health Literacy Scale	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Kaynak: (Ertuğrul ve Albayrak, 2020)

Araçlarından bazıları Tablo 2’de özetlenmiştir. Türkiye’de bu alana özgü olarak geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (*Turkey Health Literacy Scale-32 – TSOY-32*), HLS-EU-Q’nin kültürel ve dilsel açıdan uyarlanmış sürümüdür; bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve karar verme süreçlerinde kullanma becerilerini ayrıntılı biçimde ölçer. Bu ölçekler, araştırmacılara hedef grupla uyumlu,

güvenilir ve karşılaştırılabilir veriler sunarak sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmede sağlam bir temel sağlar.

2.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, kişinin iskelet kaslarının kullanımını gerektiren, enerji harcanmasına yol açan, kalp atış ve solunum hızını artıran, yorgunluk hissi uyandıran istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır (Soyuer ve Soyuer, 2008). Bu aktiviteler; ev temizliği, yemek hazırlama, banyo yapma, ütüleme, merdiven kullanımı, yürüyüş, bisiklete binme, koşma ve yüzmeye gibi, günlük yaşamın sürdürülmesi için yapılan eylemleri kapsamaktadır (Değerli vd.,2023).

Yaşlı bireyler arasında müdahale edilebilir sağlık risk faktörleri arasında fiziksel aktivite önemli bir yer tutmaktadır (Soyuer ve Soyuer, 2008). Ayrıca fiziksel aktivite; duygusal, psikolojik ve fiziksel sağlığın iyileştirilmesinde kritik bir role sahiptir. Fiziksel aktivite üzerinde yapılan çalışmalarda, aktivite düzeyleri genellikle hafif, orta ve yüksek şiddet olmak üzere üç kategoride değerlendirilmektedir (Demirel vd., 2014). Bireyin sağlığını koruma ve geliştirme açısından bakıldığında, orta şiddetteki fiziksel aktiviteler yeterli kabul edilmektedir (Simon, 2015). Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin uygulanma şiddetinin kademeli olarak artırılmasının, fiziksel uygunluk açısından daha olumlu sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (DSÖ, 2007).

Orta şiddette yapılan fiziksel aktivite, depresyon, obezite, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, inme, tip II DM, osteoporoz, meme ve kolon kanseri, anksiyete ve uyku sorunları gibi çeşitli kronik hastalıkların rehabilitasyonunda önemli bir faktör olarak görülmektedir (Rejeski ve Brawley, 2006; Stenholm vd., 2016; Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2023).

Fiziksel aktivitenin ölçülmesi için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlar arasında anketler, gözlem, kalp hızı monitörleri, hareket algılayıcılar ve indirekt kalorimetre yer almaktadır (Montoye, 1996). Her bir yöntemin kendine özgü sınırlamaları bulunmaktadır. Fiziksel aktiviteyi ölçmede kabul edilmiş bir altın standart bulunmamaktadır (Welk, 2002; Terwee vd., 2010). Bu yöntemler arasında özellikle anket kullanımı, fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde yaygın olarak tercih edilmektedir. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi amacıyla birçok anket yöntemi kullanılmaktadır. Anketlerin tercih edilme sebebi; araştırma ekibi ve katılımcılar üzerinde aşırı bir iş yükü yaratmaması, verimli, basit ve maliyet açısından avantajlı olmasıdır

(Kowalski vd., 2012). Bu anketlerle yapılan değerlendirmelerde, katılımcıların aktivite düzeyleri yüksek, orta veya düşük olarak sınıflandırırken Metabolik Eşdeğer (MET) cinsinden de ifade edilmektedir (Noble, 1986). MET, bireyin dinlenme veya aktivite sırasında harcadığı enerji miktarını ölçmek için kullanılmaktadır. 1 MET, bir kişinin dinlenme durumunda harcadığı enerji miktarına eşittir (Soyguden ve Cerit, 2015). Fiziksel aktivite sırasında, bireylerin metabolizma hızlarının dinlenme durumuna göre ne ölçüde arttığını gösteren oksijen tüketimi, mililitre/kg/dakika cinsinden hesaplanmaktadır. Bu değer, vücut ağırlığı kilogram başına dakikada 3.5 mililitre oksijen tüketimi olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktivitenin yoğunluğunun hesaplanmasında genellikle MET değerleri esas alınmakta, bu değer, aktivitenin süresi ile çarpılarak haftalık MET dakika skoru elde edilmektedir (DSÖ, 2010).

Son yıllarda yaşam standartlarının artması, teknolojiye erişimin kolaylaşması ve oturarak geçirilen zamanın artması gibi faktörlerle birlikte fiziksel aktivite düzeylerinde düşüş yaşanmaktadır. Bu durum, bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve fiziksel aktivite yetersizliği, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Murathan vd., 2020). DSÖ'nün raporlarına göre, yeterince fiziksel aktivite yapılmaması her yıl yaklaşık 2 milyon insanın etkilenmesine ve ölümüne yol açmaktadır (United Nations, 2024). Özellikle yaşlı bireylerde fiziksel aktivitenin sürdürülmesi, bağımsız yaşamın devam ettirilmesi ve yaşlıların toplumda üretken bir rol oynaması için büyük önem taşımaktadır (Yılmaz vd., 2021). Türkiye'nin doğusunda yapılan bir araştırmada, 65-74 yaş aralığındaki bireylerin %64,9'unun hareketsiz olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ve egzersiz yapma durumu ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle, eğitim düzeyi düşük olan yaşlı bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Aslan ve Bakan, 2022).

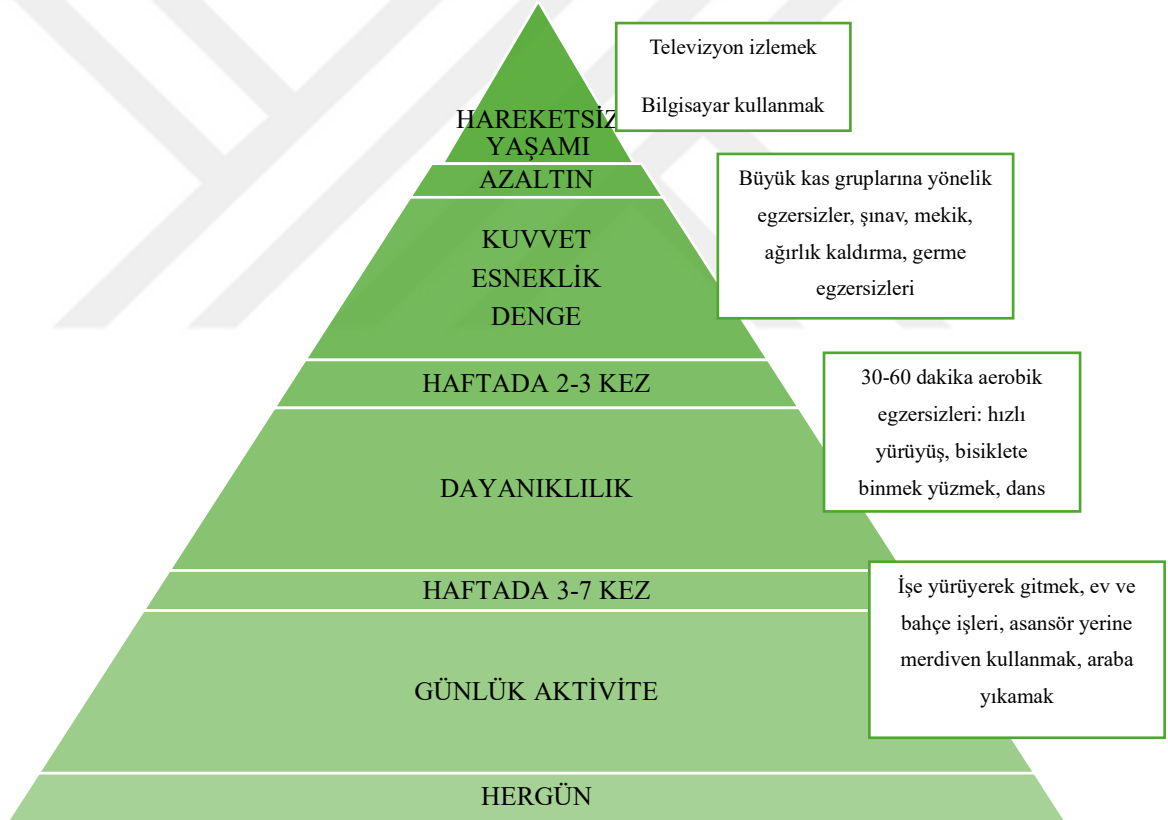
2.3.1. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite; vücutta gerçekleşen enerji tüketimi ile kişinin hareketsizken harcadığı enerjinin üzerine eklenen tüm hareket türlerini kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Booth vd., 2012; DSÖ, 2020). Fiziksel aktivite sırasında kalp atış hızı ve solunum artmakta; yapılan aktivitenin yoğunluğuna bağlı olarak kişide yorgunluk hissi oluşabilmektedir (DSÖ, 2020).

DSÖ'nün küresel değerlendirmelerine göre, 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31'i yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır. Cinsiyet açısından incelendiğinde,

erkeklerin %28'i ve kadınların %34'ü yeterli fiziksel aktivite düzeyine ulaşamamaktadır. Küresel ölçekte fiziksel aktivite düzeylerinin en düşük olduğu bölgeler Amerika kıtası ve Doğu Akdeniz Bölgesi'dir. DSÖ tarafından yürütülen çalışmalarda, fiziksel inaktivitenin dünya genelindeki ölümlerin yaklaşık %6'sından sorumlu olduğu bildirilmektedir (Ricci vd., 2020).

Türkiye'de ise düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin oranı oldukça düşüktür. Erkeklerin %77'si, kadınların ise %87'si düzenli olarak fiziksel aktivite yapmamaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerde bu oran erkeklerde %81, kadınlarda ise %88 olarak bildirilmiştir. Hem Türkiye'de hem de dünya genelinde fiziksel aktivite düzeyleri şehirlerde daha düşük, kırsal alanlarda ise daha yüksektir. Yapılan araştırmalar, bireylerin fiziksel aktiviteye katılım oranlarının birçok faktöre bağlı olduğunu göstermektedir.



Şekil 3. Türkiye Fiziki Aktivite Piramidi, (Demirel vd., 2014)

İnsan yaşamını şekillendiren her türlü olayın kişilerin gerçekleştirdiği fiziksel aktiviteler üzerinde de doğrudan bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bireylerin ekonomik ve sosyal koşulları, fiziksel durumları ve çevresel faktörler, fiziksel aktivite düzeylerini doğrudan etkilemektedir.

Tablo 3. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Değiştirilebilir Faktörler				Değiştirilemeyen Faktörler
Çevresel faktörler	Günlük yaşam aktiviteleri	Sağlık durumu	Fiziksel uygunluk düzeyi	
Fiziksel çevre	Serbest zaman	Ruh sağlığı,	Morfolojik yapı,	Yaş
Sosyal çevre	Çalışma zamanı	Stres düzeyi	Kas yapısı	Cinsiyet
Kültürel çevre	Spor ve egzersiz	Stres düzeyi	Motor beceri düzeyi	İrk
		Genel motivasyon	Metabolizma uygunluğu	Kalıtım

Kaynak: (Genç vd., 2011)

Fiziksel aktivitenin üç temel boyutu bulunmaktadır: frekans, yoğunluk ve süre. Frekans belirli bir zaman dilimi içerisinde yapılan fiziksel aktivitenin ne sıklıkla tekrarlandığını gösterir. Bu, aktivitenin saatlik, günlük veya haftalık olarak ne kadar düzenli uygulandığını ifade eder (Pettee vd., 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik aktivite yapılmasını önermektedir. Orta şiddetli aktiviteler, daha hafif ve kısa süreli olanlara kıyasla daha sağlıklı kabul edilmektedir. Yaşlı bireylerde ise bu egzersizlere denge ve esneklik çalışmaları da dahil edilmelidir (DSÖ, 2020).

Fiziksel aktivite frekansında, bireylerin sağlık durumları veya mevsimsel değişiklikler gibi etkenlere bağlı olarak dalgalanmalar görülebilmektedir. Bu durumlarda bireyin ihtiyacına göre uyarlanmış egzersiz programları uygulanmalıdır. Sağlıklı yaşam için fiziksel aktivitelerin genellikle 10 dakikalık seanslar halinde yapılması önerilmektedir (Strath vd., 2013). Fiziksel performansın değerlendirilmesinde, aktivitenin yoğunluğu büyük önem taşır. Bu yoğunluk; bireyin beden kütlesi, dinlenme hâlindeki enerji harcaması ve aktivite sırasındaki enerji harcamasına göre belirlenmektedir. Elde edilen veriler; sağlık profesyonelleri tarafından uygun fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesinde ve egzersiz planlarının oluşturulmasında kullanılmaktadır (Özer, 2015).

Fiziksel aktiviteler genellikle beş ana kategori altında sınıflandırılmaktadır: sedanter davranış, düşük şiddetli, orta şiddetli, şiddetli ve yüksek şiddetli aktiviteler (Norton vd., 2010).

Sedanter davranış, Latince “oturmak” anlamına gelen *sedere* kelimesinden türetilmiştir ve bireyin oturarak veya yatarak geçirdiği süre boyunca harcadığı enerji miktarını ifade eder. Literatürde sıklıkla “inaktivite” olarak da adlandırılır. Bu davranış biçiminde, bireyler uyanık oldukları süre boyunca $\leq 1,5$ MET enerji harcarlar (Barnes vd., 2012; Can, 2019).

Düşük şiddetli fiziksel aktiviteler, genellikle ev ya da ofis ortamlarında gerçekleştirilen yavaş yürüyüş, bilgisayar kullanımı, yazı yazma, okuma, temizlik, balık tutma ve müzik dinleme gibi faaliyetleri kapsar. Bu aktiviteler sırasında bireyler 1,5 ile 3 MET arasında enerji harcar; kalp atış ve solunum hızlarında belirgin bir artış görülmez (Haskell vd., 2007).

Orta şiddetli fiziksel aktiviteler, kalp atış ve solunum hızında belirgin artışa neden olan hareketleri içerir. Bu aktiviteler genellikle 3 ile 6 MET arasında enerji harcanmasını gerektirir. Örnekler arasında bisiklet sürme, dans, hafif tempolu sporlar, cam silme gibi ev işleri, yüzme, koşu, basketbol ve hızlı yürüyüş yer alır (Tremblay vd., 2017).

Tablo 4. MET Değerleri

Hafif Şiddet <3.0 MET	Orta Şiddet 3.0-6.0 MET	Yüksek Şiddet > 6.0 MET
Yavaş tempoda yapılan yürüme 2.0 MET	Tempolu tempoda yürüme: 3.3-5.0 MET	Hızlı tempoda yürüme: 7.0 MET
Oturma ve uzanma: 1.5 MET	Ağır ev işleri: 3.0-3.5 MET	Koşma: 11.5 MET
Ayakta yapılan işler: 2.0-2.5 MET	Hafif tempoda spor: 4.5 MET	Rekabetçi spor: 7.0-10.0 MET
Sanatsal faaliyetler: 1.5 MET	Bisiklet sürme: 6.0 MET	Hızlı bisiklet sürme: 8.0-11 MET
Balık tutma: 2.5 MET	Yüzme: 6.0 MET	Rekabetçi yüzme: 8.0-11 MET
Müzik aleti çalma: 2.0-2.5 MET		

Kaynak: (Haskell vd.,2007)

Şiddetli ve yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler, kalp atış ve solunum hızının oldukça arttığı ve enerji tüketiminin yüksek olduğu faaliyetlerdir. Bu tür aktivitelerde 6

MET ve üzerinde enerji harcanır. Örnek olarak hızlı bisiklet sürme, bireysel ya da takım halinde yapılan rekabetçi sporlar verilebilir (Heskall vd., 2007) (Tablo 4).

Fiziksel aktivitenin şiddeti aynı zamanda maksimum kalp hızı yüzdesi ile de değerlendirilmektedir. Bu yöntemle göre; maksimum kalp hızının %64'ünün altında kalması düşük, %64–76 arasında olması orta, %76'nın üzerinde olması ise yüksek şiddetli fiziksel aktiviteyi göstermektedir (Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, 2021). Ayrıca, herhangi bir teknik cihaz gerektirmeyen Borg Algılanan Zorluk Derecesi Ölçeği, fiziksel aktivitenin birey tarafından nasıl algılandığını değerlendirmede kullanılmaktadır (Tablo 5). Bu ölçek, 6'dan 20'ye kadar numaralandırılmıştır; 6 puan "çok hafif", 20 puan ise "maksimum efor" olarak tanımlanmaktadır. Kalp atım hızı genellikle bu ölçekle paralellik göstermektedir (Borg, 1982).

Tablo 5. Borg Algılanan Zorluk Derecesi Ölçeği

ZORLUK DERECESİ	ZORLUĞUN TANIMI	ÖLÇEKLER
6	Yok	Kitap okumak, Müzik dinlemek
7-8	Çok Fazla Hafif	Ayakkabı bağlamak
9-10	Çok Hafif	Giysileri katlama, Hafif ev işleri
11-12	Hafif	Solunumu hızlandırmayan aktiviteler
13-14	Bir Miktar Zor	Kalp atım hızını arttıran fakat solunum hızının çok artırmayan aktiviteler
15-16	Zor	Kalp atım hızını ve solunumu çok hızlandıran aktiviteler
17-18	Çok Zor	Sürdürülen en yüksek aktivite süresi
18-19	Çok Fazla Zor	Bir yarış anında uzun süre korunamayan fiziksel aktivite

Kaynak: (Borg, 1982)

Fiziksel aktivitenin yoğunluğunu değerlendirmek için kullanılan bu ölçütlerin yanı sıra, aktivitenin bileşenlerini veya belirli parametreleri değerlendirmeye yönelik başka yöntemler de mevcuttur. Bu yöntemler objektif ya da subjektif olabilir ve çalışmanın tasarımına göre seçilir (Tablo 6).

Tablo 6. Fiziksel Aktivite Unsurlarının Değerlendirilmesine İlişkin Yöntemler

Kriter Yöntemleri	Objektif Yöntemler	Subjektif Yöntemler
Doğrudan gözlem	Kalp hızı monitarizasyonu	Günlük kayıtlar
Direk kalorimetre	Pedometre	Geçmiş sorgulayan anketler
İndirek kalorimetre	Akselerometre	Retrospektif geçmiş veriler
Çift katmanlı su yöntemi	Stabilometre	Evrensel anketler

Kaynak: (Laporte, Monteye ve Caspersen, 1985)

Subjektif yöntemler arasında en yaygın olanı anketlerdir. Günlük kayıtlar, hatırlatma anketleri, retrospektif veriler ve evrensel anketler bu kapsama girer. Günlük kayıt yönteminde, bireylerin belirli zaman diliminde yaptıkları aktiviteler kaydedilir; ancak düzenli fiziksel aktivite rutini olmayan bireylerde yeterli veri sağlanamayabilir (Şahin, 2010). Ayrıca, başlangıç ve bitiş zamanlarının katılımcı ile araştırmacı arasında uyum sağlamaması, çalışmadan ayrılma ihtimalini artırabilir. Katılımcının davranışlarının değişme riski de bu yöntemin diğer bir sınırlılığıdır (Pennathur vd., 2003).

Hatırlatma anketleri, katılımcı davranışını daha az etkilediği için avantajlıdır. Bu anketlerde, bireylerden geçmiş bir haftadan başlayarak yaşam boyuna kadar uzanan bir döneme ait fiziksel aktiviteleri hatırlamaları istenir. Böylece retrospektif veri sağlanır. Evrensel anketler ise yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklere göre kategorize edilir. Bu anketlerin sonuçları genellikle oransal analizlerle değerlendirilir (Dollman vd., 2009).

2.3.2. Fiziksel Aktivitenin Yararları

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının çalışmasıyla ortaya çıkan ve dinlenme durumundaki kalp atış hızının üzerine çıkan enerji harcamasıyla sonuçlanan her türlü vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır (Department of Health, 2011). MÖ 600'lü yıllarda, Hindistanda Sustra'nın günlük fiziksel aktiviteleri hem bedensel hem zihinsel sağlık açısından önerdiği bilinmektedir (Blair ve Morris, 2009). Antik dönem düşünürleri de fiziksel aktivitenin hem ruh hem beden sağlığı üzerindeki önemine dikkat çekmiştir. Örneğin Platon, fiziksel egzersizin zihinsel gelişim için zorunlu olduğunu vurgulamıştır (Strasser ve Fuchs, 2015). Antik Yunan ve Roma hekimleri ise "Mens sana in corpore sano" - Sağlıklı zihin, sağlıklı bedende bulunur- anlayışıyla hareket etmişlerdir (Tomprowski ve Taylor, 2013). Son 50 yılda, fiziksel aktivite ve sağlık ilişkisine yönelik araştırmalarda

önemli bir artış yaşanmıştır (Blair ve Morris, 2009). Bu artan ilgi, fiziksel aktivitenin bedensel ve zihinsel sağlığa olan katkılarını daha net ortaya koymuştur.

Fiziksel aktivite, bireylerin en sık tercih ettiği sağlıklı yaşam alışkanlıklarından biri olarak öne çıkmaktadır. Kan basıncını düşürmesi, kilo kontrolüne katkı sağlaması, kardiyovasküler sağlığı iyileştirmesi, kas dayanıklılığını artırması, bağışıklık sistemini desteklemesi ve yaşlılıkla ilişkili sağlık sorunlarını önlemesi bu etkiler arasında yer almaktadır (Batoulia ve Saba, 2017). Özellikle orta yaş ve sonrasında, düzenli ve aşırıya kaçmadan yapılan fiziksel aktivite; erken ölümleri ve ciddi hastalıkları önlemede etkili bir yöntemdir (Akyol, Bilgiç ve Ersoy, 2008).

Fiziksel aktivite, aynı zamanda sosyal çevre, kültürel normlar ve ekonomik koşullar gibi bireyin yaşam tarzını etkileyen faktörlerle de ilişkilidir (Joseph ve Wang, 2018). Bu bağlamda, fiziksel aktivite; planlı egzersiz, boş zaman değerlendirme, spor, iş ya da ulaşım temelli olabilir. Abdin ve arkadaşlarının (2018), 1326 kişiyle gerçekleştirdiği çalışmada, ofis ortamında yapılan yoga ve benzeri aktivitelerin dahi iş yerinde olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir (Abdin vd., 2018).

Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin beyin sağlığı üzerindeki olumlu etkileri de literatürde dikkat çekmektedir. Strasser ve Fuchs'a (2015) göre, bu etkiler üç temel başlıkta toplanmaktadır: nöroplastisitenin artırılması, antiinflamatuvar durumun desteklenmesi ve kronik hastalıklar ile strese bağlı bozukluklara karşı tampon mekanizması oluşturulması (Strasser ve Fuchs, 2015). Ayrıca, fiziksel aktivitenin beyin yapısını doğrudan etkilediği ve bu yolla beyin işlevlerini geliştirdiği yönünde de bulgular mevcuttur. Batoulia ve Saba (2017), beyindeki gri maddenin %80'den fazlasının fiziksel aktiviteyle değişime uğrayabildiğini, bu değişimlerin ise daha sağlıklı bir beyin yapısı ve daha yüksek bilişsel işlevsellik sağladığını belirtmiştir (Batoulia ve Saba, 2017). Yüksek aerobik kapasiteye sahip bireylerde, frontal korteks ve hipokampus bölgelerindeki gri madde yoğunluğunun bilişsel bozulma riskini azalttığı ortaya konmuştur (Erickson vd., 2015). Ayrıca, fiziksel aktivitenin uyku sağlığı üzerindeki olumlu etkileri de araştırmalara yansımıştır. Kline ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapan bireylerde uyku kalitesinin yaklaşık %33 oranında iyileştiği rapor edilmiştir (Kline vd., 2021).

2.3.3. Dünyada ve Türkiye’de Fiziksel Aktivite Durumu

Fiziksel aktivite, dünya genelinde uzun ve sağlıklı bir yaşamın temel koşullarından biri olarak kabul edilmektedir. DSÖ, yaptığı çalışmalar sonucunda fiziksel aktivite eksikliğinin her yıl yaklaşık 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olduğunu bildirmektedir. Özellikle yaşlı nüfusun maruz kalabileceği hareketsizlik kaynaklı olumsuz etkilerin farkında olan birçok ülke, bu alanda önleyici politikalar geliştirmektedir (Szurlej vd., 2020). DSÖ’nün 2024 yılında yayımladığı Fiziksel Aktivite Küresel Durum Raporu’na göre, adölesanların %80’inden fazlası ve yetişkinlerin %27’si önerilen fiziksel aktivite düzeylerine ulaşamamaktadır (DSÖ, 2024). Literatürde, her dört yetişkinden birinin fiziksel olarak inaktif olduğu belirtilmekte ve bu durum küresel müdahale gerektiren ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Haileamlak, 2019). Aktif olmayan bireylerde mortalite oranı, aktif bireylere göre %20–30 daha yüksektir (Özdil ve Aktaş, 2017; Haileamlak, 2019).

Dünya genelindeki ölümlerin %13’ü hipertansiyon, %9’u tütün kullanımı ve %6’sı hiperglisemi ile ilişkilidir. Bu sıralamada fiziksel hareketsizlik, %7,2’lik oranla dördüncü sırada yer almaktadır. Özellikle kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %7,6’sının fiziksel inaktivite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Katzmarzyk vd., 2022).

Fiziksel inaktivite gelişmiş ülkelerde daha yaygın olmakla birlikte, nüfus büyüklüğü nedeniyle bu sorunun en büyük yükünü geliştirmekte olan ülkeler taşımaktadır (Katzmarzyk vd., 2022). Gelişmiş ülkelerde erkeklerin %26’sı, kadınların ise %35’i yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır. Gelişmekte olan ülkelere ise bu oran erkeklerde %12, kadınlarda %24’tür (Özdil ve Salici, 2017). Özellikle bu ülkelerdeki yaşlı bireylerin fiziksel aktiviteye katılım oranları oldukça düşüktür.

Fiziksel aktivitenin sağlığa olan olumlu etkileri açıkça bilinmesine rağmen, sedanter yaşam tarzının olumsuz etkileri giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Billot vd., 2020). Hareketsiz yaşam tarzı, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte, yaşlanma sürecini hızlandırmakta ve kronik hastalıkların daha genç yaşlarda görülmesine yol açmaktadır (Sasaki, 2012). Modern yaşamın getirdiği dijitalleşme, günlük işlerin bile bilgisayar ve ekranlar aracılığıyla yapılmasını sağlamakta; bu da bireylerin hareketsizlik süresini artırarak sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Demirel vd., 2014; Sarol, 2017).

2.3.4. Yaşlı Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Önemi

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının çalışması sonucu enerji tüketimi gerektiren hareketleri ifade eder. Bu hareketler günlük yaşam ya da boş zaman etkinlikleri şeklinde olabileceği gibi egzersiz ve spor gibi planlı faaliyetleri de kapsar (Yeşil ve Eyigör, 2015). Yapılan araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin felç, kardiyovasküler hastalıklar, DM ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca zihinsel sağlığı iyileştirme, demansı geciktirme, yaşam kalitesini ve genel iyilik halini artırma gibi faydaları da vardır (Erdem vd., 2021; Psarrou vd., 2023).

Yaşlı bireylerin toplumsal hayatta daha aktif rol üstlenmeleri, bağımsız yaşayabilmeleri ve fonksiyonel kapasitelerini koruyabilmeleri için fiziksel aktivite önem kazanmıştır (Yeşil ve Eyigör, 2015). Fiziksel aktivite, fiziksel kondisyon, dayanıklılık, kuvvet, esneklik, kas ve kemik gücü gibi pek çok fizyolojik kazanç sağlarken, sosyal etkileşimi artırarak özgüven gelişimine de katkı sunar (Can vd., 2014).

Egzersiz; bireyin fiziksel uygunluğunu geliştirmek veya korumak amacıyla planlı, yapılandırılmış ve tekrarlanan fiziksel aktivitelerden oluşur (Yeşil ve Eyigör, 2015; Erdem vd., 2021). Farklı egzersiz türleri, yaşlı bireylerin fiziksel fonksiyonlarını farklı biçimlerde etkileyebilir (Lee vd., 2017). DSÖ, 65 yaş ve üzeri bireyler için haftada en az üç gün aerobik, kas gücü ve denge egzersizleri önermektedir (DSÖ, 2010).

Dayanıklılık egzersizleri kalp ve dolaşım sistemini geliştirir. Bisiklet, yürüyüş, yüzme, tenis ve kürek çekme gibi aktiviteler bu kapsamdadır (Taylor, 2014; Muchiri vd., 2018). Esneklik egzersizleri eklem hareketliliğini korur ve kan dolaşımını artırır. Parmak ucunda yükseltme, kol-bacak germe, çömelip kalkma gibi hareketler bu türe örnektir (Galip, 2017).

Direnç egzersizleri, kas gücünü artırmak ve kemik mineral yoğunluğunu desteklemek amacıyla yapılır. Ağırlık kaldırma, direnç bantları kullanma ve bahçe işleri gibi aktiviteler bu kategoriye girer (Güneş vd., 2020; Taylor, 2014). Denge egzersizleri ise alt vücut kaslarını güçlendirerek düşme riskini azaltmayı hedefler. Tek ayak üzerinde durma ve topukta yürüme gibi aktiviteler bu türe girer (Muchiri vd., 2018).

DSÖ'nün 2020 kılavuzunda, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin haftada en az üç gün, orta ila yüksek yoğunlukta dengenin ve kas gücünü geliştiren çok bileşenli egzersizleri yapması tavsiye edilmektedir (Bull vd., 2020).

Düzenli egzersiz; osteoporozun önlenmesinde, kas kütlesinin korunmasında, eklem hareketliliğinin artırılmasında ve ağrının azalmasında etkilidir (Bartels vd., 2016; Cornelissen ve Smart, 2013). Su içinde yapılan egzersizler ise eklem basınçlarını azaltarak ağrıyı hafifletmektedir. Düzenli fiziksel aktivite ayrıca DM, obezite, hipertansiyon, tip 2 DM, depresyon, kolon ve meme kanseri gibi hastalıkların riskini azaltmakta, yaşam kalitesini artırmakta ve bağımsızlığı desteklemektedir (Fournier vd., 2014; Yeşil ve Eyigör, 2015).

Yaşlılarda fiziksel aktivite eksikliği; kardiyovasküler hastalıklar, kas güçsüzlüğü, yürüme hızında azalma, düşme riski ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur (Alpözgen ve Özdiñler, 2016). Fiziksel aktivite, aynı zamanda bağırsak hareketlerini artırarak kabızlığı önler, diyafram gücünü artırarak solunumu iyileştirir ve akciğer enfeksiyonu riskini azaltır (Yeşil ve Eyigör, 2015). Astım hastalarında ise uygun egzersizler solunum semptomlarını azaltabilir (Sağlam vd., 2014).

Grup aktivitelerine katılım sosyal etkileşimi artırır, yalnızlığı azaltır ve ruhsal iyilik halini destekler (Erdem vd., 2021; Şahin, 2021). Fiziksel aktivite, yaşlılarda depresyon ve anksiyeteyi azaltırken, özgüveni ve uyku kalitesini de iyileştirir (Cengiz ve Delen, 2019; Çalık, 2013; Ergün, 2013). Fiziksel olarak aktif bireylerin, sedanter bireylere göre daha iyi psikolojik ve fizyolojik profil gösterdiği bilinmektedir (Demirtaş vd., 2017).

Düşmeye bağlı yaralanmalar hastaneye yatışların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle, kas gücünü ve dengeyi geliştirmeye yönelik egzersizler düşme riskini azaltmada önemlidir (Kocaman vd., 2020; El-Khoury vd., 2013; Casado vd., 2016). Erdem vd. (2021), tam hedeflere ulaşılmasa da az miktarda fiziksel aktivitenin bile hareketsizliğe göre fayda sağladığını belirtmektedir (Erdem vd., 2021). Sonuç olarak, fiziksel aktivite yaşlılarda sağlıklı yaşlanmanın temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmekte ve bağımsızlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik rol oynamaktadır.

2.3.5. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ile İlgili Araştırmalar

Ülkemizde 2011 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” sonuçlarına göre toplumumuzda fiziksel aktivite düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Hem kadınlar hem de erkekler açısından işyerlerine aktif olarak ulaşım oranları oldukça düşük, ekran başında geçirilen süre dört saatin üzerindedir. Özellikle

kadınlar, ileri yaş grubundaki bireyler ve kentsel alanlarda yaşayanlar daha az fiziksel aktivite yapmaktadır. Yaşlı bireylerin televizyon karşısında geçirdikleri zamanın, gençlerin bilgisayar karşısında geçirdikleri zamandan olduğu belirtilmiştir. Bu farklılıklar dikkate alınarak, toplulukların ihtiyaçlarına uygun fiziksel aktivite eğitimlerinin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayımlanan Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi'nde, DSÖ raporlarında bildirilen yetersiz fiziksel aktivite düzeyinin %30 civarında olduğu, ancak Türkiye'de bu oranın %80'lere ulaştığı ve hareketsiz yaşam tarzının ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturduğu ifade edilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Rehberde, fiziksel aktivitenin her yaş grubunda sağlık üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmış; yaş gruplarına ve dezavantajlı topluluklara yönelik teşvik ve uygulama önerileri sunulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021-2026) kapsamında, yaşlı bireylerin toplumsal hayata katılımının artırılması, sağlıklı yaşam biçimlerinin sürdürülmesi ve yaşam doyumunun yükseltilmesi hedeflenmektedir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2021). Programda, yaşlılarda düzenli fiziksel aktivite ve egzersizin sağlıklı yaşlanmanın önemli bir belirleyicisi olduğu, dengeyi geliştirdiği, düşme riskini azalttığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmiştir.

Türkiye'de yaşlı nüfus üzerinde dengeyi artırma ve düşme riskini azaltma amacıyla çeşitli egzersiz programları araştırılmıştır. Bu programlar arasında pilates (Kayaoğlu, 2019), kare adım (Kocaman vd., 2020), Otago egzersiz programı (Jahanpeyma, 2018), elastik bant ve jimnastik topu egzersizleri (Kılınç, 2013), dans temelli egzersizler, yoga ve denge egzersizleri ile Tai Chi (Birimoğlu Okuyan, 2017) yer almaktadır. Ayrıca, zıplama hareketlerini içeren kombine egzersizlerin etkileri de değerlendirilmiştir. Bu programların dengeye ve düşme sıklığına etkileri, çeşitli ölçüm araçları kullanılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmalarda yaşlı bireylerin denge ve düşme riskini değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. Berg Denge Ölçeği 14 maddeden oluşur ve 0-56 puan arasında değerlendirilir; yüksek puan iyi dengeyi gösterir (Berg vd., 1995). Zamanlı Kalk ve Yürü Testi'nde sandalyeden kalkıp 3 metre yürüyüp geri oturma süresi 12 saniyeden fazla ise düşme riski artmış kabul edilir. Tinetti Performansa Dayalı Mobilite Değerlendirmesi denge ve yürüme becerilerini ölçer, yüksek puan düşük düşme riskini ifade eder (Canlı ve Özyurda, 2020). Duyu Organizasyonu Testi postüral dengeyi değerlendirir ve 100 puan mükemmel stabiliteyi

gösterir (Kocaman vd., 2020). Tinneti Denge ve Yürüme Testi, düşme riskini belirler; düşük puan yüksek riskle ilişkilidir (Ağircan, 2009). DENN Düşme Riski Değerlendirmesi bireyin sağlık durumu ve mobilitesine dayalı olarak risk düzeyini sınıflandırır (Erden ve Güner, 2018). MED-SP 300 Dinamik Denge Platformu ve Tetrax İnteraktif Denge Cihazı denge yeteneğini ölçer; düşük değerler iyi dengeyi gösterir (İrez vd., 2011). Kısa Fiziksel Performans Bataryası, günlük yaşama benzer görevler üzerinden alt ekstremite fonksiyonlarını değerlendirir. Aktiviteye Özgü Denge Güven Ölçeği bireylerin farklı aktivitelerdeki güven düzeylerini ölçer; 60 puan ve üzeri iyi fonksiyonel durumu gösterir (Ayhan vd., 2014). Fonksiyonel Erişme Testi ise öne doğru uzanma mesafesini değerlendirir; 15,2 cm'nin altındaki değerler yüksek düşme riskine işaret eder (Balaban vd., 2009).

2.4. Uyku

Uyku, vücudun temel bir fizyolojik ihtiyacı olarak kabul edilmektedir. Uyku sırasında bireylerin dış uyaranlara karşı tepkileri azalmış olsa da, özellikle hafif uyku evrelerinde çevresel uyarılara kısmi tepkiler verebildikleri bilinmektedir. Bu durum, kısmi bir bilinç kaybı şeklinde nitelendirilebilmektedir. Uyku sırasında vücudun fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, yaraların iyileşme sürecinin hızlanması, zihinsel sağlığın korunması, hormonal işlevlerin devamı, hücresel onarım ve biyolojik ritmin sürdürülmesi gibi önemli süreçler gerçekleşmektedir (Özol ve Özvurmaz, 2018; Can, 2022; Dikmen Demir, 2019). Gece karanlıkta melatonin hormonunun salgılanması artarken, gündüz ışıqla birlikte bu hormonun salgısı azalmaktadır (Akıncı ve Orhan 2016). Genel bir değerlendirmeyle yetişkinlerin günde 7.5-8 saat uyumaları yeterli görülürken dört saatten az ya da dokuz saatten fazla uyumak anormal sayılmaktadır (Algın vd., 2016). Toplumun büyük bir çoğunluğu (%80) 7-8 saat arası uyurken, %10u altı saatten daha az, %10 u ise sekiz saatten daha fazla uyumaktadır. Uyku süresinin artması, etkinliğinin azalmasına yol açabilmektedir. Uyku gereksinimleri bireyden bireye genetik faktörlere bağılı olarak değişiklik göstermektedir. Yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi, çevresel koşullar, beslenme alışkanlıkları, mevcut kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yaşam şartları ve mental durum gibi çeşitli faktörler duyulan bu ihtiyacı etkilemektedir (Özol ve Özvurmaz, 2018).

2.4.1. Uykunun Evreleri

Uyku, REM (Hızlı Göz Hareketleri) ve NREM (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri) olarak iki ana bileşenden oluşur. Bu evreler beyin dalgaları, göz hareketleri ve kas tonusundaki

değişikliklerle elektroensefalografi kullanılarak tespit edilmektedir (Baranwal vd., 2016). NREM uyku döngüsü: uykunun başladığı ve en dinlendirici kısımlarını kapsamaktadır. Ört evreden oluşan NREM uykusunda, Evre I ve II yüzeysel, Evre III ve IV ise derin uyku evreleri olarak tanımlanmaktadır. Uyku evreleri belirli bir sıra izler; Evre IV'ten III'e, ardından II'ye geri dönlür. NREM II'nin ardından REM evresine geçilir ve döngü bu şekilde devam eder. Süreç, kişinin NREM ile tekrar girmesiyle uyanma ile sonuçlanabilir (Algin vd., 2016; Von Ellenrieder vd., 2017).

Evre I NREM, uyanıklık ile uyku arasındaki geçişi ifade eder. Bu dönemde vücut sıcaklığı, solunum, nabız ve metabolizma hızı azalır; kısa süreli rüyalar görülebilir. Genellikle beş ila yedi dakika sürmektedir (Baranwal vd., 2016). Evre II NREM, toplam gece uykusunun yaklaşık yarısını oluşturan ve uyku sürecinin tam olarak başladığı aşamadır. Bu evrede göz hareketleri durur, solunum, nabız ve kas tonusunda azalma gözlenir (Von Ellenrieder vd., 2017). Evre III NREM, yüzeysel uykudan derin uykuya geçişi temsil eder ve uyku döngüsünün yaklaşık %10'unu kapsar. Beyin dalgaları düzensiz olsa da solunum ve nabız düzenli ancak düşük seviyelerdedir (Can, 2022). Evre IV NREM, uyku süresinin %10'unu oluşturan ve en derin uyku olarak tanımlanan aşamadır. Bu evrede bireyin uyanabilmesi için güçlü uyaranlara ihtiyaç duyulur. REM uykusu ise, solunum, kan basıncı, nabız ve temel metabolizma hızında artışın gözleendiği evredir. Baş, boyun kasları ve derin tendon reflekslerinde baskılanma, mide sekresyonlarında artış ve gözlerde belirgin hareketlilik görülmektedir (Dikmen Demir, 2019).

2.4.2. Uykunun Değerlendirilmesi

Uyku kalitesi toplam uyku süresi, uyku başlangıç gecikmesi, uyku süresince yaşanan kesintiler, toplam uyanma süresi ve uyku verimliliği gibi çeşitli ölçütlere dayanarak değerlendirilen önemli bir sağlık göstergesidir (Krystal ve Edinger, 2008). Dünya genelinde uyku sorunlarına yönelik şikayetlerin giderek arttığı bildirilmektedir. Bu sorunlar arasında en sık rastlanan uykusuzluk, nüfusun yaklaşık üçte birini etkilemektedir (Ohayon, 2002; Sateia, 2014). Uykusuzluk; uykuya dalmada güçlük, gece boyunca sık uyanma, uyanıldıktan sonra tekrar uykuya dalamama ve yeterli uyku süresine rağmen yorgunluk hissi ile karakterize edilmektedir (Sateia, 2014).

Narkolepsi, huzursuz bacak sendromu ve uyku apnesi ise diğer yaygın uyku bozuklukları arasında yer almaktadır (Klink ve Quan, 1987). Uyku bozuklukları yalnızca kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlamakla kalmamakta, bireylerin psikolojik ve

fizyolojik açıdan optimal sağlık düzeylerine ulaşmalarını da zorlaştırmaktadır (Cappuccio vd., 2011; Ohayon ve Roth, 2003; Mendoza vd., 2012). Ayrıca, uyku bozukluklarının artmış ölüm riski ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, bu problemlerin erken tanınması ve uygun tedavi süreçlerinin başlatılması büyük önem taşımaktadır (Hammond, 1964).

Uyku kalitesi hem objektif hem de subjektif yöntemlerle değerlendirilebilmektedir. Objektif yöntemler arasında polisomnografi ve aktigrafi yer almakta olup, bu yöntemler yüksek maliyetleri ve klinik uygulamada zorlukları nedeniyle sınırlı kullanım alanına sahiptir (Krystal ve Edinger, 2008). Subjektif değerlendirme yöntemleri arasında ise bireysel uyku günlükleri, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeği bulunmaktadır. Özellikle PUKİ, geniş çapta kabul görmüş ve uyku kalitesi ölçümünde "altın standart" olarak değerlendirilen bir araçtır (Buysse vd., 1989).

2.4.3. Uyku Kalitesi

Kaliteli uyku, zihinsel, fiziksel ve psikolojik sağlık açısından temel bir öneme sahiptir. Uyku süresi ve kalitesi; bireyin günlük enerji düzeyi, hücresel yenilenme, hormonal denge, zihinsel iyileşme ve duygusal durum üzerinde belirleyici etkiler göstermektedir (Nurmi, 2016). Uyku kalitesinin hem içsel hem de dışsal faktörlerden etkilenebildiği belirtilmektedir (Hirshkowitz vd., 1997).

Uyku eksikliği, öğrenme ve hafıza süreçlerini olumsuz etkileyerek depresif belirtilerin artmasına, duygusal dengesizliklere ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir (Keskin ve Tamam, 2018). REM ve NREM evrelerindeki kesintiler bilişsel işlevlerde bozulmalara neden olabilmektedir. Özellikle fiziksel hastalıklar, psikiyatrik rahatsızlıklar ve madde kullanımı gibi durumların uyku kalitesi üzerinde belirgin olumsuz etkileri bulunmaktadır (Gislason vd., 1991; Hızlı ve Ağargün, 2009).

Araştırmalar, kötü uyku kalitesinin majör depresyon tanısı almış bireylerde intihar davranışlarıyla ilişkili olduğunu ve REM uykusu eksikliğinin intihar riskini artırdığını göstermektedir (Ağargün vd., 1997; Ağargün ve Cartwright, 2003). Ayrıca ölüm gibi derin kayıplar, kronik hastalıklar ve sosyo-demografik değişkenlerin de uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Dew vd., 1994).

Düşük uyku kalitesi; bağışıklık sistemi zayıflığı, kalp hastalıkları, obezite, DM, hipertansiyon gibi ciddi sağlık sorunlarının gelişimine zemin hazırlamaktadır (Sardrodi, 2019; Beccuti ve Pannain, 2011; Agras vd., 2004; Spiegel vd., 2004). Uyku eksikliği

iştahı artırarak hormonal ve metabolik değişikliklere yol açmakta ve bu da kilo alımını tetiklemektedir.

Kalitesiz uyku; depresyon, dürtü kontrolü problemleri, konsantrasyon güçlükleri, anksiyete ve bilişsel gerileme gibi pek çok psikolojik ve fizyolojik sağlık sorunuyla ilişkilidir (Durmer ve Dinges, 2005; Dorrian, 2004). REM uykusunun eksikliği ise hafıza bozulmalarına, agresif davranışlara ve duygusal dengesizliklere yol açabilmektedir (Mallick vd., 2008).

Uyku düzeni ile yaşam kalitesi arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Uyku bozuklukları yaşam doyumu ve genel yaşam kalitesinde azalmaya neden olmakta, düşük yaşam kalitesi ise uyku düzenini olumsuz etkileyebilmektedir (Zeitlhofer, 2000; Urponen vd., 1991; Pavot ve Diener, 2009).

Uykusuzluk, bireylerin akademik ve sosyal performansını da olumsuz yönde etkilemektedir. İyi bir uyku düzenine sahip olmayan bireylerde bilişsel işlevlerde, problem çözme ve konsantrasyon becerilerinde gerileme gözlenmekte, bu durum akademik başarıyı da düşürmektedir (Molzon vd., 2013; Lai vd., 2020; Becker vd., 2008).

Kaliteli uyku düzenine sahip bireylerin yüksek öz güven, yüksek yaşam memnuniyeti ve daha az depresif belirti gösterdikleri bildirilmektedir (Lai vd., 2020). Ayrıca düzenli uyku alışkanlığı olan bireylerin fiziksel aktiviteye daha fazla katıldığı, daha sağlıklı vücut kitle indeksine sahip olduğu ve akademik performanslarının yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Becker vd., 2008). Kötü uyku kalitesi ise, artan yorgunluk ve azalan motivasyon ile bireylerin akademik ve sosyal yaşamlarında olumsuz etkiler yaratmaktadır (Bumin vd., 2022). Üniversite öğrencilerinin çalışma alışkanlıklarının uyku kalitesi, stres ve yorgunluk ile ilişkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10(2), 37-44.).

2.4.4. Yaşlılarda Uyku

Uyku, bireylerin yaşamlarını ve sağlıklarını doğrudan etkileyen temel bir fizyolojik ihtiyaçtır. Erişkin bireyler günün yaklaşık 6–8 saatini uykuda geçirmektedir (Atar vd., 2012; Crowley, 2011). Uyku; fizyolojik, zihinsel ve psikolojik işlevleri etkileyen ve bu işlevlerden etkilenen bir süreçtir (Miner ve Kryger, 2017).

İnsanların günlük uyku ve uyanıklık döngüsü, hipotalamusta yer alan suprakiazmatik çekirdek tarafından düzenlenen sirkadiyen ritimlere bağlıdır (Atar vd.,

2012). Yaşlanma süreciyle birlikte sirkadiyen ritimler zayıflamakta ve melatonin düzeylerinde azalma meydana gelmektedir (Gulia ve Kumar, 2018). Bu değişiklikler genellikle 60 yaş civarında belirginleşmekte ve uyku parametrelerinde yaşa bağlı değişimlere yol açmaktadır (Miner ve Kryger, 2017).

Yaşlı bireylerde toplam uyku süresi ve uyku verimliliğinde azalma görülmektedir. Derin uyku evrelerinin süresi kısalmakta, gece boyunca uyanıklık süresi ve uyanma sayısı artmaktadır. Bu durum, gece uykusunun altı ila yedi saate kadar düşmesine neden olabilmektedir (Liu vd., 2018; Gulia ve Kumar, 2018). Yaşlı bireyler genellikle daha erken saatlerde uyuyup daha erken uyanmakta ve gündüzleri daha sık kısa uyku dönemleri geçirmektedirler. Ayrıca, uyku sürecinde hafif evrelerde daha fazla zaman geçirmekte, derin uyku süreleri azalmaktadır (Tufan ve Bahat, 2017; Gulia ve Kumar, 2018).

NREM uyku evresinin derin kısımlarındaki (Evre III ve IV) süre azalmış olup, bu durum gece uyanmalarını artırmakta ve uyku deneyimini dinlendirici olmaktan uzaklaştırmaktadır. REM uykusunda da azalma gözlenmekte ve bu durum yüksek kortizol düzeyleriyle ilişkilendirilmektedir. Uyku bölünmeleri, insülin direncinin artmasına, öğrenme ve hafıza süreçlerinde bozulmalara yol açabilmektedir (Campbell ve Murphy, 2007; Vaz Fragoso ve Gill, 2007).

Yaşlılarda uyku sorunlarının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenler arasında ölüm korkusu, ağrı, gece sık idrara çıkma, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar, ilaç kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, antikolinergik ilaçlar, çoklu ilaç kullanımı, huzursuz bacak sendromu, hipertansiyon, DM, böbrek yetmezliği, reflü, solunum yolu hastalıkları, alerjiler, çevresel koşullar (yetersiz ışık, aşırı sıcak/soğuk, gürültü), sosyal izolasyon, rahatsız yataklar ve sevilen birinin kaybı sayılmaktadır (Miner ve Kryger, 2017; Liu vd., 2018; Gümüş vd., 2009; Benca vd., 2004).

2.4.5. Yaşlılık Döneminde Uykudaki Değişikliklerin Etkileri

Yaşlı bireylerde görülen uyku düzeni bozulmaları, fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlık sorunlarının gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Uyku kalitesindeki azalma, bireylerin öz bakım becerilerini olumsuz etkileyebilmekte ve uygulanan tedavilerin etkinliğini azaltabilmektedir (van Someren, 2000). Yetersiz ve kalitesiz uyku; insülin direncinde artış, ağrı eşiğinde düşme, yaşam süresinde kısalma, intihar eğiliminde artış, bağışıklık sisteminin zayıflaması ve hastalık gelişiminde artış gibi olumsuz sonuçlara yol

açabilmektedir (Van Someren, 2000; Ayas, 2003). Tedavi edilmeyen uyku sorunları, bireylerde yaşam kalitesinin düşmesine, konsantrasyon ve üretkenlik kaybına, gündüz aşırı uykululuk, anksiyete, depresyon ve duygusal dengesizliklere sebep olabilmektedir (Kawamoto vd., 2004; Ahad 2016; Palteki, 2021).

Uyku sorunları yaşayan yaşlı bireylerde tepki süreleri uzamakta ve basit görevleri yerine getirme becerilerinde yavaşlama görülmektedir (Altena vd., 2008). Ayrıca, uyku bozukluklarının düşme ve kaza riskini arttırdığı; gündüz uyuklama ve gece uyanıklık problemleriyle bu riskin daha da yükseldiği belirtilmektedir (Kawamoto vd., 2004).

Uyku sorunlarının tedavisinde kullanılan hipnotik ilaçlar, uyku düzeninde iyileşme sağlamalarına rağmen; tepki süresinde azalma, dikkat eksikliği ve hafıza problemleri gibi yan etkilere yol açarak düşme ve kaza riskini artırabilmektedir (Kaymakçalan, 1982; Kawamoto vd., 2004).

Gündüz aşırı uykululuk, yaşlı bireylerde düşük fiziksel aktivite düzeyi, fonksiyonel kısıtlamalar, kazalara eğilim, depresif belirtiler ve sosyal uyum sorunları ile ilişkilendirilmektedir (Polat ve Karasu, 2022). Uluslararası önerilere göre, yaşlı bireylerin haftada en az 150 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite yapmaları tavsiye edilmektedir (Piercy vd., 2018). Yapılan çalışmalar, düzenli fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşlanmayı desteklediğini ve depresyon belirtilerini azaltarak uyku kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir (Cunningham vd., 2020; Langhammer vd., 2018).

Yaşlılık döneminde uyku kalitesindeki bozulmalar, bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine, sağlık hizmetlerine başvuru sıklığının artmasına ve sosyal yaşama katılımın azalmasına neden olmaktadır (Fidancı ve İşcan, 2016). Öz bakım aktivitelerinde zorluk yaşayan yaşlı bireylerde bakım ihtiyacı artmakta, evde bakım hizmetleri veya huzurevi yerleşimi gibi kurumsal bakım gereksinimi ortaya çıkabilmektedir. Yapılan araştırmalar, yaşlı bireylerde uyku problemlerinin huzurevi yerleşiminin başlıca nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir (McCall, 2004).

2.4.6. Yaşlılarda Uyku Kalitesi

Uyku, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için temel gereksinimlerden biridir (Chehri vd., 2020). Uyku süreci, fiziksel ve zihinsel aktivitelerin azaldığı, çevreyle olan bağların kesildiği ve biyolojik ritimlerin düzenlendiği bir dinlenme hali olarak tanımlanmaktadır (Sanlier ve Sabuncular, 2020). Uyku, bireyin genel sağlık durumu

üzerinde doğrudan etkili olup, yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir (Tatineny vd., 2020).

Uyku, süre ve kalite olmak üzere iki temel ölçütle değerlendirilmektedir. Toplam uyku süresi, bireyin her gece uyuduğu saat miktarını ifade ederken; uyku kalitesi, yavaş dalga uykusu ve REM fazlarının etkinliği gibi nitelikler üzerinden belirlenmektedir. Yavaş dalga uykusu, fiziksel onarımı desteklerken; REM ve NREM fazları hafıza pekiştirme süreçlerinde rol oynamaktadır (Sanlier ve Sabuncular, 2020).

Yaşlanma süreciyle birlikte fiziksel ve zihinsel değişimlere bağlı olarak uyku miktarı ve kalitesinde azalmalar gözlemlenmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde sirkadiyen ritimdeki değişiklikler ve uyku konsolidasyonundaki bozulmalar, düzensiz ve kalitesiz uyku deneyimlerine yol açmaktadır (Chehri vd., 2020). Yaklaşık olarak yaşlı bireylerin yarısının çeşitli uyku sorunları yaşadığı bildirilmektedir; bunların %30'u uykusuzluk, %20'si ise uyku apnesi ile ilişkilidir (Vanderlinden vd., 2020).

Çoklu ilaç kullanımı, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar da yaşlı bireylerde uyku problemlerinin artmasına neden olmaktadır (Tatineny vd., 2020). Uyku problemleri, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde aksamalara yol açarak yaşam kalitesini düşürmekte ve bilişsel işlevlerde bozulmalarla ilişkilendirilmektedir (Vanderlinden vd., 2020).

Fiziksel hastalıklar, kardiyovasküler rahatsızlıklar, metabolik sendrom, tip 2 DM, obezite ve artan mortalite gibi olumsuz sağlık sonuçları uyku kalitesindeki düşüşle bağlantılıdır (Vanderlinden vd., 2020; Zhao vd., 2021a).

Yaşlanma ile uyku yapısında meydana gelen değişiklikler, toplam uyku süresinde azalmaya ve uyku verimliliğinde düşüşe neden olmaktadır. Gece boyunca uyanıklık süresi artmakta, NREM evre I ve II oranları yükselmekte, buna karşılık derin uyku ve REM uyku sürelerinde azalma gözlenmektedir (Martins vd., 2019; Tatineny vd., 2020).

Yaşlı bireylerin gençlere kıyasla daha erken uyuma ve daha erken uyanma eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Bu farklılıklar, hipotalamustaki suprakiazmatik çekirdeğin yaşa bağlı işlev kaybı ve sirkadiyen ritim değişiklikleriyle açıklanmaktadır (Tatineny vd., 2020). Ayrıca, fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve yetersiz güneş ışığına maruz kalma da bu ritim değişikliklerini etkilemektedir (Martins vd., 2019).

Melatonin düzeylerinde yaşla birlikte görülen azalma, uyku-uyanıklık döngüsünde ek bozulmalara neden olmaktadır. Azalan homeostatik uyku basıncı da uyku süresi ve verimliliğindeki düşüşte etkili faktörlerden biridir (Tatineny vd., 2020).

Yaşlı bireylerde görülen uyku problemlerinin sadece yaşlanma süreciyle değil; aynı zamanda mevcut sağlık problemleri, ilaç kullanımı ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğu ve çok faktörlü bir yaklaşım gerektirdiği belirtilmektedir (Tatineny vd., 2020).

2.4.7. Yaşlılıkta Uyku Problemleri

Yaşın ilerlemesi, uyku düzeninde çeşitli değişikliklere yol açmakta ve uyku problemlerini beraberinde getirmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin uyku sağlıklarının düzenli olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Güneş, 2015). Yaşlanmayla birlikte günlük uyku-uyanıklık döngüsünde bozulmalar görülmekte, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısı uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük yaşamaktadır (Zengin, 2015; Öz, 2019).

Yaşlı bireylerde uykunun derinliği azalmakta, sık uyanmalar artmakta ve gece uykusu kısılırken gündüz yapılan uyku ve şekerleme süreleri uzamaktadır. Bu süreçte, uykunun yenileyici ve onarıcı özellikleri de azalmaktadır. Uyku kalitesindeki bu düşüş, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Başer ve Hisar, 2021; Hernandez ve Feinsilver, 2017; Zalai vd., 2017).

Sağlıklı yaşlanan bireylerde uyku sorunları daha az görülürken, psikiyatrik veya fiziksel rahatsızlıkları olan yaşlılarda bu problemler daha ağır seyretmektedir (Öz, 2019; Can, 2022). Ayrıca, menopozal döneme giren kadınlarda da uyku problemleri önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Arar ve Erbil, 2022; Santoro vd., 2017; Jones vd., 2018).

Yaşlı bireylerde görülen uyku problemleri; yorgunluk, fiziksel performans düşüklüğü, hafıza problemleri, düşme riski ve dikkat eksikliği gibi sonuçlara yol açmaktadır. Bu fiziksel etkiler yeni hastalıkların ortaya çıkmasına ve mortalite oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Dikmen Demir, 2019; Tufan ve Bahat, 2017).

Çoklu ilaç kullanımı, yaşlı bireylerde uyku kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir diğer faktördür. Kronik hastalıkları nedeniyle birden fazla ilaç kullanan bireylerde, ilaçların farmakokinetik değişiklikleri sonucu REM uykusu kısaltmakta, uyku bölünmeleri artmakta ve gündüz aşırı uykululuk gözlenmektedir (Zengin, 2015; Öz, 2019).

Yaşlı bireylerde en sık görülen uyku problemleri arasında insomnia, uykuda solunum bozuklukları, huzursuz bacak sendromu ve parasomnia yer almaktadır (Bulut, 2016). Uyku sorunları yalnızca sübjektif deneyimleri değil, aynı zamanda kesintili uyku ve yetersiz toplam uyku süresi gibi nicel parametreleri de kapsamaktadır (Sateia vd., 2017).

Son yıllarda yaşlı bireylerde uyku problemlerinin tedavisinde farmakolojik yöntemler yerine non-farmakolojik yöntemlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Çünkü çoklu ilaç kullanımı nedeniyle yeni bir ilaç eklemek polifarmasi riskini artırabilmektedir. Non-farmakolojik yöntemlerin kişiye özel seçilmesi ve etkin bir şekilde uygulanması büyük önem taşımaktadır (Öz, 2019; Taşar ve Şahin, 2017).

Günümüz yaşlı nüfusunda sık görülen kısa süreli ve bölünmüş uyku sorunları, denge kaybına ve düşme riskinin artmasına yol açabilmektedir. Postür kontrolü ve yürüyüş gibi motor işlevlerin düzenli bir uyku ile desteklendiği bilinmektedir. Bu nedenle düşük uyku kalitesi, fiziksel işlev kaybı ve düşmelere zemin hazırlayabilmektedir (Modén vd., 2017; Toşur, 2017).

Yaşam kalitesi kavramı, sadece sağlık ve mutlulukla değil; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, konut koşulları, gelir ve uyku gibi çok sayıda faktörle ilişkilidir. Uyku genellikle göz ardı edilse de uyku bozukluklarının biyopsikososyal işlevler üzerinde ciddi olumsuz etkileri bulunmaktadır (Bilsin ve Özalp, 2018; Kırca ve Kutlutürkan, 2020; Kabak Solak vd., 2022). Hemşirelik gibi birey odaklı mesleklerde, yaşlı bireylerin uyku ihtiyaçlarının anlaşılması ve bu ihtiyaçlara yönelik non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

2.4.8. Yaşlılarda Uyku Kalitesi ile İlgili Araştırmalar

Kersu ve Alparslan (2019) tarafından yapılan bir çalışmada ise, geriatric bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş; katılımcıların %66,4ünün düşük uyku kalitesine sahip olduğu, %54ünün ise fiziksel olarak inak tif olduğu saptanmıştır (Kersu ve Alparslan, 2019).

Aydın, Karlıkaya ve Öztürk (2022) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise huzurevinde yaşayan yaşlılarda nikotin kullanımının uyku kalitesi üzerine etkileri araştırılmıştır. Yaş ortalaması 75 olan bu grup içinde %72sinin uyku kalitesinin düşük

olduğu belirlenmiştir. Sigara içenlerin içmeyenlere kıyasla daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (Aydın,Karlıkaya ve ztrk 2022).

Palteki vd. (2021), yaşlı bakım evinde yaşayan bireylerde yaptığı çalışmada, depresyon belirtileri gösterenlerin oranını %29, kötü uyku kalitesine sahip bireylerin oranını ise %51,4 olarak tespit etmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlıların uyku kalitelerinin düşük olduğu ve kötü uyku kalitesi ile depresyon puanlarının yüksekliğı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Palteki vd., 2021).

Kazoğlu (2020), huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin evde yaşayanlara kıyasla daha iyi uyku kalitesine ve fiziksel uygunluğa sahip olduğunu, ancak buna rağımen ağırı ve yorgunluk seviyelerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Kazoğlu, 2020).

Sarıkaya ve Oğuz (2016), huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde pasif mzikoterapinin uyku kalitesi üzerindeki etkisini değıerlendirmiştir. Çalışmada, yaşlıların %96,8inin ilaç kullandığı, %32,2sinin uykuya dalmada zorluk yaşadığı, %95,3nn kronik hastalığa sahip olduğu ve %64,6sının erken uyandığı saptanmıştır. Ayrıca, yatmadan önce alışkanlık edinenlerin oranı %38,7 olarak belirlenmiş, bu alışkanlıklar arasında en yaygın olanının %25,8 ile televizyon izlemek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda, pasif mzikoterapinin yaşlı bireylerde uyku kalitesini artırmada olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sarıkaya ve Oğuz ,2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü/Tipi

Araştırmanın tipi tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde Nöroloji ve Geriatri polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri, Ekim-Aralık 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Geriatri polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, bu kapsamda yalnızca 65 yaş üstü kişiler araştırma sürecine dahil edilmiştir. Nöroloji polikliniğine Ekim 2024-Aralık 2024 arası başvuran hasta sayısı 11.953, Geriatri polikliniğine başvuran hasta sayısı 962'dir.

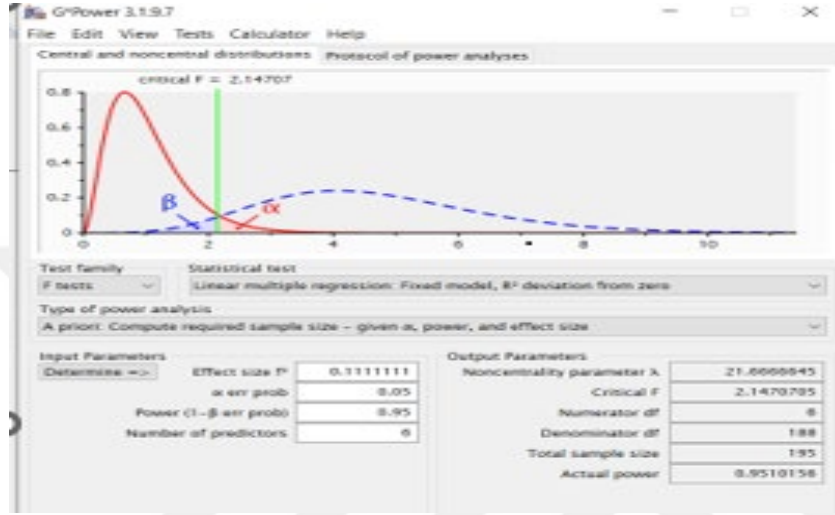
Araştırmanın örneklemi, araştırma evreninden seçilen, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 250 gönüllü yaşlı birey oluşturmuştur ($n = 250$). Katılımcıların yaş, sağlık durumu ve yaşam deneyimlerindeki çeşitlilik nedeniyle çalışmada üst yaş sınırı belirlenmemiştir. Bu yaklaşım, daha geniş bir katılımcı grubuna ulaşmayı amaçlamıştır. Örneklem büyüklüğü, G Power 3.1.9.7 programı kullanılarak Denison ve arkadaşlarının (2020) yaşlı bireylerde uyku kalitesine ilişkin çalışmasındaki veriler temel alınarak hesaplanmıştır. Söz konusu çalışmadan elde edilen etki büyüklüğü (0.11), %95 güç ve %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğünün toplamda 195 kişi olması gerektiğini göstermiştir. Örneklem kaybının %30 olacağı öngörülerek, çalışmaya 254 katılımcının dahil edilmesi planlanmıştır. Ancak, toplamda 250 kişiye ulaşılmıştır. Örneklem kapsamına dahil edilme kriterleri;

- 65 yaş ve üzerinde olma
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etme
- Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olma
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olması

- İtirme ve konuşma engelinin olmaması
- Mini mental Durum Testinden 24 puan ve üzerinde almış olma

Dışlama Kriterleri:

- Bilişsel durumu etkileyen herhangi bir nörolojik (örn. demans/alzheimer) veya psikiyatrik (örn. şizofreni) tıbbi tanısının bulunması.



Şekil 4. G Power Analiz Sonucu

3.4. Araştırmanın Planı

Bu araştırma, belirlenen amaç ve araştırma sorularına uygun olarak, aşamalı ve sistematik bir şekilde yürütülmüştür. İlk olarak, tez önerisi hazırlanmış ve sunulmuştur. Kurum izinleri ve etik kurul onayı 2024 yılının Temmuz ve Ekim ayları arasında alınmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci, Ekim-Aralık 2024 tarihinde tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu çalışmada, bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

- *Bağımlı Değişkenler:* TSOY-32 genel puanı ve düzeyi, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anket puanı (UFAA) ve düzeyi, PUKİ toplam puanı.
- *Bağımsız Değişkenler:* Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, gelir düzeyi, alkol kullanımı, genel sağlığı algılama, yaş algılama durumudur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından kapsamlı bir literatür taraması ve hazırlanan Mini Mental Durum Testi (MMDT) (EK-1), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) (EK-2), Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-3), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) (EK-4), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK-5) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) (EK-6) ile toplandı.

3.6.1. Mini Mental Durum Testi Ölçeği

Mini Mental Durum Testi, 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından kognitif bozuklukların derecelendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Folstein vd., 1975). Mini mental durum testinin Türkçe formu güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları ise Güngen ve ark. tarafından 2002 yılında yapılmıştır (Gürgeç vd., 2002). Bu ölçek, oryantasyon, bellek, dikkat, hesap yapma, hatırlama dil işlevlerini değerlendirmektedir. Ölçeğin toplam skoru 30'dur. 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans ile uyumludur. Eşik değeri için 23/24; 0,91 duyarlılık ve 0,95 özgüllük tespit edilmiştir (Gürgeç vd., 2002).

3.6.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen Barthel İndeksi ile hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi incelenmektedir (Mahoney and Barthel, 1965). Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 2000 yılında Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Küçükdeveci vd., 2000). Buna göre Barthel İndeksinin iç tutarlılığı 0,93, Kapa yeterlilik düzeyi 0,5'in üzerinde bulunurken, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0,99, Cronbachs alpha değeri ise 0,93 olarak bulunmuştur. Barthel İndeksi toplam on ana maddeden oluşur. Beslenme, yıkanma, kendine bakım, giyinip soyunma, bağırsak ve mesane bakımı, tuvalet kullanımı, tekerlekli sandalye yatak transferi, mobilite ve merdiven inip çıkma sorgulanmaktadır. Toplam skor 0 ile 100 arasında değişmekte olup, 0 ile 20 puan arası tam bağımlılık, 21 ile 61 puan arası ileri derecede bağımlılık, 62 ile 90 puan arası orta derecede bağımlılık, 91 ile 99 puan arası hafif derecede bağımlılık, 100 puan tam bağımsızlık olduğunu göstermektedir (Küçükdeveci vd., 2000).

3.6.3. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve kronik hastalık varlığı gibi bilgilerini toplamak amacıyla, kapsamlı bir literatür taramasına dayalı olarak araştırmacı

tarafından hazırlanmış 20 soruluk bir form geliştirilmiştir (Özkan vd., 2018; Pekçetin ve İnal, 2019; Sørensen vd., 2015; Tanrıöver vd., 2014; Zhao vd., 2021b).

3.6.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU) çalışması kavramsal çerçevesi temel alınarak geliştirilen 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Okyay ve arkadaşları (2016) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/kullanmama) içermektedir. Her madde çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok şeklinde derecelendirilmiştir. Sorulara verilen cevaplara göre ölçekten 0-50 arasında değerler alınabilmektedir. 0; en düşük sağlık okuryazarlığını, 50; en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen değere göre dört kategoride değerlendirilebilmektedir (Okyay vd., 2016); 0-25: yetersiz sağlık okuryazarlığını, >25-33: sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığını, >33-42: yeterli sağlık okuryazarlığını, >42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir. Çalışmada toplanan veriler bu dört kategoride değerlendirilerek ifade edilmiştir. Ölçeğin Türkçe’de güvenilirliği; iç tutarlık ile incelenmiştir. Okyay ve arkadaşları (2016) tarafından ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kullanımı için elektronik posta yolu ile Okyay’dan izin alınmıştır (EK-8).

3.6.5. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (kısa form)

UFAA’nın değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az on dakika yapılıyor olması ölçüttür. Son 7 gün içerisinde; Şiddetli fiziksel aktivite (futbol, yük taşıma, ağırlık kaldırma, basketbol, hızlı bisiklet çevirme vb) süresi (dk), orta dereceli fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, vb.) süresi (dk), yürüme ve bir günlük oturma süreleri (dk) sorgulanır. Analizler için bazal metabolik hıza karşılık gelen MET’e çevrilerek toplam fiziksel aktivite skoru (MET dk/hafta) formülü ile hesaplanarak bulunur. Fiziksel aktivite düzeyini ölçmek için kullanılmıştır. Bu ölçek, bireylerin son 7 gün içindeki fiziksel aktivitelerini detaylı bir şekilde değerlendirmektedir. Fiziksel olarak inaktif (<600 MET dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi az (600-3000 MET dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi yeterli (>3000 MET dk/hafta) olmak üzere üç kategoride sınıflandırma yapılmaktadır. UFAA’nın ülkemizde geçerli ve güvenilirlik çalışması 2005

yılında Öztürk tarafından yapılmıştır (Öztürk, 2005). Ölçeğin kullanımı için elektronik posta yolu ile Öztürk'ten izin alınmıştır (EK-7).

3.6.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Uyku kalitesini ölçmek için kullanılmıştır. PUKİ, bireylerin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitelerini değerlendiren 19 maddelik bir ölçektir. Bu indeks, bireyde geçmiş bir ay içerisinde alışılan uyku düzeni, uyku kalitesini, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı, gün içindeki işlev bozuklukları ve uykudaki bozukluklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Buysse vd., 1989). İndeksin ülkemizde geçerlilik güvenirliğini ise 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 19 tanesi öz bildirim sorusu, 5 tanesi eş ve arkadaşlar tarafından doldurulacak olan toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Öz bildirim sorularından bir tanesi eş ve arkadaşlarının olup olmadığını sorgulamaktadır. Puanlama kapsamına alınan 18 soru öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğunu sorgulayan 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşenin puanı 0-3 arasında değişmekte toplam 0-21 arasında puan alınmaktadır (Ağargün vd., 1996). Toplam puanın 5'in üstünde olması kötü uyku kalitesi olarak nitelendirilir. Ölçeğin kullanımı için elektronik posta yolu ile Ağargün'den izin alınmıştır (EK-9).

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 27.0 (Statistical package for the Social Sciences) programından faydalanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının yanı sıra, güvenirlik analizi ve demografik verilerle anket yargı ifadelerinin ilişkilerini ölçen parametrik testler yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerine yönelik elde edilen veriler betimsel istatistik yöntemiyle ortalama ve frekans değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır (Tablo 7). Yapılan analizler sonucunda ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.70'ten yüksek çıkmıştır. Cronbach alfa katsayısına göre bir ölçeğin güvenilir olarak kabul edilmesi için Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üstü değerlerde olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2002). Elde edilen katsayı değerlerinin 0.70'ten büyük olması bu araştırmada kullanılan ölçeğin yüksek güvenirlikte bir ölçek olduğunu gösterir. Bu noktada parametrik veya parametrik olmayan analiz yöntemleri arasında uygun seçimi belirlemek için veriler üzerinde normallik testi yapılması zorunludur (Tablo 8).

Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirliği

	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.941
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	0,762
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	0,781

Ölçeklerin puanlarının normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmenin temel prosedürü çarpıklık ve basıklık istatistiklerinin hesaplanmasını içerir. Normal dağılımın yeterliliği çoğunlukla +3 ile -3 aralığında olması beklenen ölçeklerin puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin değerlendirilmesiyle belirlenir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Hopkins ve Weeks, 1990). Sonuç olarak ölçeklerin puanlarının normal dağılıma sahip olduğu kabul edilmiştir. Verilen ortam içerisinde yapılan analizlerde parametrik yaklaşımlar kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık testi ile değerlendirilerek verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve ortalamalar, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans testi ve post hoc testlerden Tukey testi ile değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Tablo 8. Araştırmanın Normallik Analizi

	Kolmogorov-Smirnov				
	İstatistik	n	p	Çarpıklık	Basıklık
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,081	250	0,000	-0,07	-0,98
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	0,171	250	0,000	1,99	2,40
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	0,228	250	0,000	1,49	1,84

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışma, yalnızca Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Geriatri polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerle sınırlı olduğu için bulguların farklı bölgelerdeki yaşlı nüfusa genellenebilirliği kısıtlıdır. Örneklemin, olasılıksız örnekleme yöntemiyle gönüllülük esasına göre belirlenmesi, evreni tam olarak temsil edememe riskini taşımaktadır. Kesitsel tasarımı nedeniyle değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisi kurulmamış, yalnızca mevcut

ilişkiler incelenmiştir. Verilerin Ekim-Aralık 2024 döneminde ve katılımcıların kendi beyanlarına dayalı olarak toplanması, mevsimsel etkiler ile sosyal istenirlik yanlılığı riskini barındırmaktadır. Çalışma yalnızca Türkçe konuşabilen ve bilişsel durumu yeterli bireyleri kapsadığı için, dil bariyerleri veya bilişsel yetersizlikleri olan bireylerin temsil edilmemesi, genelleme yapılmasını sınırlamaktadır. Ayrıca, bilişsel veya psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin dışlanması, bu grupta sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasındaki ilişkilerin incelenmesini engellemiştir. Tek merkezli bir çalışma olması da farklı sosyoekonomik ve kültürel yapıları kapsama açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır. Tüm bu sınırlılıklar, gelecekte daha geniş, çok merkezli ve uzunlamasına tasarımların gerekliliğini vurgulamaktadır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik kurul izni, Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.10.2024 tarihli ve 24-10-1T/42 sayılı kararıyla onaylanmıştır (EK-14). Çalışmanın yürütüleceği kurumun ilgili birimlerinden veri toplama süreci için resmi izin alınmıştır (EK-12, EK-13). Araştırma sürecinde, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine tam uyum sağlanmış, katılımcıların hakları ve gizliliği her aşamada korunmuştur. Katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemleri hakkında sözlü olarak bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Olur Formu ile katılımcıların yazılı onamı alınmıştır (EK-11). Araştırmacı, elde edilen bilgilerin gizliliğini ve anonim kalmasını sağlamak için büyük özen göstermiştir. Ayrıca, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (EK-7), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (EK-8) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK-9) için, ilgili ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla kullanım izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgulara ve bu bulguların değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Kişisel Bilgilerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	123	49,2
Erkek	127	50,8
Yaş ($\bar{x}\pm ss$)		68,81 $\pm$ 3,81
Medeni durum		
Evli	195	78,0
Bekar	22	8,80
Boşanmış	33	13,2
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar	24	9,6
İlköğretim	164	65,6
Lise	41	16,4
Üniversite	21	8,4
Gelir durumu		
Orta	188	75,2
Kötü	62	24,8
Meslek		
Memur	12	4,8
Emekli	191	76,4
Diğer	47	18,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	6,0
Çalışmıyor	235	94,0
Çocuk sayısı		
0-1 çocuk	29	11,6
2-3 çocuk	145	58,0
4-5 çocuk	41	16,4
6 ve üstü	35	14,0
Genel sağlık durumu		
İyi	46	18,4
Orta	184	73,6
Kötü	20	8,0

n: Kişi sayısı

Tablo 9. Katılımcıların Kişisel Bilgilerinin Dağılımı (Devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel sağlık durumu		
İyi	46	18,4
Orta	184	73,6
Kötü	20	8,0
Tanısı konmuş kronik hastalık		
Evet	179	71,6
Hayır	71	28,4
Hastalık (n=179)		
HT	66	36,9
DM	73	40,8
KKY	5	2,8
KBY	8	4,5
Guatr	2	1,1
KOAH	6	3,3
Astım	3	1,7
KAH	10	5,6
Kanser	3	1,7
Diğer	3	1,7
Vücut ağırlığı (kg)	72,73±11,26	
Boy uzunluğu (cm)	166,43±7,39	
VKİ (kg/m2)	26,28±4,17	
Yaşını algılama şekli		
Yaşlı	121	48,4
Orta yaşlı	129	51,6
Sigara kullanımı		
Evet	16	6,4
Hayır	175	70,0
Bıraktım	59	23,6
Alkol kullanımı		
Evet	4	1,6
Hayır	221	88,4
Bıraktım	25	10,0
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	45	18,0
Eş ile birlikte	161	64,4
Eş ve çocuklar ile birlikte	44	17,6
Yürüme yardımcısı kullanma durumu		
Evet	22	8,8
Hayır	228	91,2
Gündüz uyuma durumu		
Evet	93	37,2
Hayır	157	62,8
Toplam	250	100,0

Katılımcıların kişisel bilgilerinin dağılımı incelendiğinde, katılımcılardan 123 kişinin kadın ve 127 kişinin ise erkek olduğu görülmektedir. Hastaların %78'i evli, %65,6'sı ilköğretim eğitim düzeyinde, %75,2'sinin gelir düzeyi orta, %76,4'ü emekli, %94'ü çalışmıyor ve %78,4'ünün gelir kaynağı emekli maaşıdır. Hastaların %73,6'sı genel sağlık durumunu orta olarak değerlendirirken, %71,6'sının kronik rahatsızlığı bulunmaktadır. Hastaların %31,6'sının DM kronik hastalığı vardır. Hastaların %47,6'sı kendini yaşlı olarak görürken %48,8'i ise orta yaşlı olarak görmektedir. Hastaların %70'i sigarayı bırakmış ve %88,4'ü de alkol kullanmamaktadır. Eşi ile yaşayan 161 kişi, yürüme yardımcısı kullanan 228 kişi ve gündüz uyumayan 157 kişidir. Katılımcıların %96,4'ü ise tam bağımsızlık durumundadır. Hastaların yaş ortalaması $68,81 \pm 3,81$; kilo ortalaması $72,73 \pm 11,26$; boy ortalaması, $166,43 \pm 7,39$; vücut kitle indeksi ortalaması $26,28 \pm 4,17$ değerindedir (Tablo 9).

Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite ve Uyku Kalitesi Puanları

	n	Ort.	SS	Min	Maks
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	250	41,69	5,43	29,57	50,00
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	250	1059,32	716,83	100,00	4601,00
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	250	4,69	3,22	0,00	15,00

n: Kişi sayısı SS: Standart sapma

Tablo 10'de görüldüğü üzere araştırmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğine yaşlı bireylerin verdiği yanıtların toplam puan ortalaması $41,69 \pm 5,43$ değerindedir. Fiziksel aktivite ortalaması $1059,32 \pm 716,83$ ve uyku kalitesi ortalaması $4,69 \pm 3,22$ değerindedir

Tablo 11. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite ve Uyku Kalitesi Düzeyleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi		
Sınırlı sağlık okuryazarlığı	12	4,8
Yeterli sağlık okuryazarlığı	129	51,6
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	109	43,6
Fiziksel Aktivite Düzeyi		
İnaktif	70	28,0
Minimal aktif	142	56,8
Yeterince aktif	38	15,2
Uyku Kalitesi Düzeyi		
İyi uyku kalitesi	169	67,6
Kötü uyku kalitesi	81	32,4
Toplam	250	100

Tablo 11’de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin %4,8’ini sınırlı sağlık okuryazarlığına, %51,6’sının yeterli sağlık okuryazarlığına ve %51,6’sının mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %28,0’inin inaktif, %56,8’inin minimal aktif ve %15,2’sinin yeterince aktif olduğu, %67,6’sının iyi uyku kalitesine ve %32,4’ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort.	SS	t	p
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Kadın	123	42,350	5,749	1,898	0,059
	Erkek	127	41,052	5,045		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Kadın	123	1034,390	647,864	-0,540	0,589
	Erkek	127	1083,465	779,657		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Kadın	123	4,683	3,829	-0,044	0,965
	Erkek	127	4,701	2,511		

t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 12’te görüldüğü üzere yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre TSOY-32, UFAA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t testinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kadınların ve erkeklerin TSOY-32, UFAA ve PUKİ puan ortalamaları benzerdir.

Tablo 13. Yaş ile Ölçek Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar

		Yaş
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r	-0,245
	p	0,000**
	N	250
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	r	-0,494
	p	0,000**
	N	250
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	r	0,199
	p	0,002**
	N	250

** $p<0,01$ r: Pearson korelasyon katsayısı p: Anlamlılık değeri

Tablo 13’te görüldüğü üzere yaşlı bireylerin yaşları ile TSOY-32 ve UFAA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif korelasyonlar olduğu, PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyonlar olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Buna göre yaş arttıkça, Türkiye sağlık okuryazarlığı ve UFAA puanları azalmakta, PUKİ puanları ise artmaktadır.

Tablo 14. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	n	Ort.	SS	Min	Maks	F	p	Fark
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evli	195	41,53	5,31	30,65	50,00	0,741	0,478	
	Bekar	22	41,55	6,25	29,57	50,00			
	Boşanmış	33	42,76	5,60	34,90	50,00			
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Evli	195	1063,27	684,29	165,00	4601,00	0,055	0,946	
	Bekar	22	1011,00	756,55	198,00	3186,00			
	Boşanmış	33	1068,20	884,40	100,00	3546,00			
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Evli	195	4,45	3,14	0,00	15,00	3,426	0,034*	1-2
	Bekar	22	6,23	3,84	2,00	12,00			
	Boşanmış	33	5,12	3,02	2,00	13,00			

*p<0,05 F: Tek yönlü varyans testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 14'te görüldüğü üzere yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre TSOY-32, UFAA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans analizinde medeni duruma göre PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Evli bireylerin PUKİ puanları bekarlara göre daha düşüktür.

Tablo 15. Eğitim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	n	Ort.	SS	Min	Maks	F	p	Fark
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Okur-yazar	24	38,10	4,72	29,57	47,92	13,648	0,000**	1-3
	İlköğretim	164	41,01	5,02	30,65	50,00			1-4
	Lise	41	44,42	4,93	33,89	50,00			2-3
	Üniversite	21	45,81	5,94	34,90	50,00			2-4
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Okur-yazar	24	857,94	600,10	198,00	2820,00	1,265	0,287	
	İlköğretim	164	1044,98	673,57	198,00	4601,00			
	Lise	41	1145,83	733,25	100,00	3546,00			
	Üniversite	21	1232,52	1055,05	165,00	3546,00			
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Okur-yazar	24	5,71	2,24	3,00	10,00	1,020	0,384	
	İlköğretim	164	4,56	3,23	1,00	15,00			
	Lise	41	4,46	3,58	0,00	15,00			
	Üniversite	21	5,00	3,32	2,00	11,00			

** p<0,01 F: Tek yönlü varyans testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 15'da görüldüğü üzere yaşlı bireylerin eğitim düzeyine göre TSOY-32, UFAA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans analizinde eğitim düzeyine göre TSOY-32 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Lise ve üniversite eğitim düzeyinde eğitim alan yaşlı bireylerin TSOY-32 ortalaması okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir durumu	n	Ort	SS	t	p
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Orta	188	41,72	5,45	0,166	0,869
	Kötü	62	41,59	5,42		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Orta	188	1127,26	776,90	2,641	0,009**
	Kötü	62	853,31	435,71		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Orta	188	4,84	3,23	1,270	0,205
	Kötü	62	4,24	3,18		

**p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 16’de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin gelir durumlarına göre TSOY-32, uluslararası fiziksel aktivite anketi ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t testinde gelir durumuna göre UFFA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Gelir durumu kötü olanların Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puan ortalamaları gelir durumu orta olanlara göre yüksektir.

Tablo 17. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	n	Ort	SS	t	p
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Çalışıyor	15	45,53	4,29	2,867	0,005**
	Çalışmıyor	235	41,45	5,41		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Çalışıyor	15	1707,57	838,86	3,704	0,000**
	Çalışmıyor	235	1017,94	689,95		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Çalışıyor	15	4,87	1,41	0,216	0,829
	Çalışmıyor	235	4,68	3,30		

**p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 17’de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin çalışma durumuna göre Türkiye sağlık okuryazarlığı UFFA ve PUKİ ölçeklerinin karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde Türkiye sağlık okuryazarlığı, uluslararası fiziksel aktivite ve Pittsburgh uyku kalitesi boyutlarında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Çalışmayan bireylerin TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanları çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 18. Genel Sağlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Genel sağlık durumu	n	Ort.	SS	t	P
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	İyi	46	45,76	4,23	6,233	0,000**
	Orta	184	40,81	4,95		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	İyi	46	1272,35	815,84	2,202	0,029*
	Orta	184	1024,20	647,16		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	İyi	46	3,80	2,35	-1,934	0,054
	Orta	184	4,86	3,50		

*p<0,05 **p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 18’da görüldüğü üzere yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarına göre Türkiye sağlık okuryazarlığı, uluslararası fiziksel aktivite ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ölçeklerinin karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t testinde genel sağlık durumuna göre TSOY-32 ve UFFA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Genel sağlık durumu iyi olanların TSOY-32 ve UFFA puanları puan ortalamaları genel sağlık durumu kötü olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 19. Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Tanısı konmuş kronik hastalık	n	Ort.	SS	t	P
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	179	40,96	5,27	-3,436	0,001**
	Hayır	71	43,53	5,42		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Evet	179	1000,17	714,19	-2,085	0,038*
	Hayır	71	1208,44	706,63		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Evet	179	5,32	3,39	5,175	0,000**
	Hayır	71	3,10	2,03		

*p<0,05 **p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 19’da görüldüğü üzere kronik hastalık bulunma durumuna göre TSOY-32, uluslararası fiziksel aktivite anketi ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde kronik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre kronik hastalığı bulunmayan bireylerin TSOY-32 ve UFFA puanları kronik hastalığı bulunanlara göre yüksek, PUKİ puan ortalamaları ise düşüktür.

Tablo 20. Yaşını Algılama Şekline Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaşını algılama şekli	n	Ort	SS	t	p
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Yaşlı	121	40,70	5,54	-2,837	0,005**
	Orta yaşlı	129	42,62	5,17		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Yaşlı	121	837,54	430,03	-4,957	0,000**
	Orta yaşlı	129	1267,35	857,97		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Yaşlı	121	4,60	3,06	-0,421	0,674
	Orta yaşlı	129	4,78	3,37		

**p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 20’de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin yaşını algılama şekline göre Türkiye sağlık okuryazarlığı, uluslararası fiziksel aktivite ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ölçeklerinin karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplar t testinde yaşını algılama şekline göre TSOY-32 ve UFFA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Yaşını orta yaşlı şekilde algılayanların TSOY-32 ve UFFA puanları ortalamaları yaşlı algılayan bireylere göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Birlikte yaşayan kişiler	n	Ort.	SS	Min	Maks	F	p	Fark
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Yalnız	45	41,89	5,73	29,57	50,00	3,998	0,020*	1-3
	Eş ile	161	41,10	5,48	30,65	50,00			2-3
	Eş ve çocuklar ile	44	43,67	4,50	35,42	50,00			
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Yalnız	45	970,34	598,35	198,00	3186,00	2,679	0,071	
	Eş ile	161	1023,70	637,73	165,00	3546,00			
	Eş ve çocuklar ile	44	1280,67	1016,23	100,00	4601,00			
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Yalnız	45	5,16	3,26	2,00	13,00	1,838	0,161	
	Eş ile	161	4,40	3,02	1,00	15,00			
	Eş ve çocuklar ile	44	5,27	3,80	0,00	14,00			

* p<0,05 F: Tek yönlü varyans testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 22’te görüldüğü üzere yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde birlikte yaşadıkları kişilere göre TSOY-32 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Eş ve çocukları ile yaşayan yaşlı bireylerin TSOY-32 ortalaması yalnız yaşayan ve eş ile yaşayan yaşlı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Yürüme Yardımcısı Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yürüme yardımcısı kullanma durumu	n	Ort.	SS	t	P
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	22	43,57	6,21	1,706	0,089
	Hayır	228	41,51	5,33		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Evet	22	777,41	590,50	-1,942	0,053
	Hayır	228	1086,52	723,15		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Evet	22	8,36	3,42	5,976	0,000**
	Hayır	228	4,34	2,98		

**p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 23'te görüldüğü üzere yürüme yardımcısı kullanma durumuna göre TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde PUKİ puanlarında yürüme yardımcısı kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Yürüme yardımcısı kullanan bireylerin ise PUKİ ortalaması yürüme yardımcısı kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 23. Gündüz Uyuma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gündüz uyuma durumu	n	Ort.	SS	t	P
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	93	40,36	5,58	-3,037	0,003**
	Hayır	157	42,48	5,20		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Evet	93	815,79	532,44	-4,275	0,000**
	Hayır	157	1203,58	772,46		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Evet	93	6,06	3,69	5,479	0,000**
	Hayır	157	3,88	2,60		

**p<0,01 t: Bağımsız gruplar t testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 24'te görüldüğü üzere gündüz uyuma durumuna göre TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde TSOY-32, UFFA ve PUKİ ortalama puanlarında gündüz uyuma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gündüz uyumayan bireylerin Türkiye sağlık okuryazarlığı ve UFFA ortalaması daha yüksek iken, PUKİ puanları ortalaması daha düşüktür; bu da daha iyi uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 24. BKİ Sınıflamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	VKİ	n	Ort.	SS	Min	Maks	F	p	Fark
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Normal	96	43,31	5,44	31,25	50,00	7,279	0,001*	1-2
	Hafif Kilolu	134	40,67	5,12	30,65	50,00			1-3
	Obez	20	40,75	5,80	29,57	50,00			
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Normal	96	942,13	623,31	100,00	3546,00	3,596	0,029*	1-3
	Hafif Kilolu	134	1170,25	756,48	330,00	4601,00			2-3
	Obez	20	878,63	771,44	198,00	3186,00			
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Normal	96	4,22	3,21	1,00	15,00	3,669	0,027*	1-3
	Hafif Kilolu	134	4,79	3,19	0,00	15,00			2-3
	Obez	20	6,30	3,03	2,00	12,00			

* $p < 0,05$ F: Tek yönlü varyans testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 25’de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin VKİ sınıflamasına göre TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans analizinde VKİ sınıflamasına göre TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Normal kilolu yaşlı bireylerin TSOY-32 puanları hafif kilolu ve obez olanlara göre yüksektir. Obez olan yaşlı bireylerin UFFA puan ortalaması normal ve hafif kilolu olanlara göre daha düşük, Pittsburg uyku kalitesi indeksi puanları ise normal ve hafif kilolu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 25. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar

		Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r	1		
	p			
	n	250		
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	r	0,182	1	
	p	0,004**		
	n	250	250	
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	r	-0,330	-0,178	1
	p	0,000**	0,005**	
	n	250	250	250

r: Pearson korelasyon testi p: Anlamlılık değeri *: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$

Tablo 26’te görüldüğü üzere TSOY-32, UFFA ve PUKİ puanlarının arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, TSOY-32 ile

UFFA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,182$; $p<0,01$). Yaşlı bireylerin TSOY-32 ile PUKİ puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,330$; $p<0,01$). Yaşlı bireylerin UFFA puanları ile PUKİ puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,178$; $p<0,01$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiler incelenmiş ve elde edilen bulgular literatürdeki önceki çalışmalarla karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Mevcut araştırmalar genellikle bu değişkenleri birbirinden bağımsız olarak ele alırken, çalışmamız bu üç değişkeni bir arada değerlendirerek yaşlı sağlığına ilişkin bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Elde edilen sonuçlar, sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgiye erişimi değil, aynı zamanda bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve uyku kalitesi gibi temel yaşam alışkanlıklarını da etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik çok boyutlu müdahale programlarının gerekliliğini vurgulamakta ve ilgili sağlık politikalarının oluşturulmasında yol gösterici olabilecek önemli veriler sunmaktadır.

5.1. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $68,81 \pm 3,81$ yıl olup, %49,2'nin kadın ve %50,8 erkek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %78'i evli, %65,6'sı ilköğretim eğitim düzeyinde, %75,2'sinin gelir düzeyi orta, %76,4'ü emekli, %94'ü çalışmıyor ve %78,4'ünün gelir kaynağı emekli maaşıdır. İran'da Moeini ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında katılımcıların %49,3'ü kadın, %85,6'sı evli ve %33'ü lisans mezunudur (Moeini vd., 2024). Bu bulgular, çalışmanın demografik özelliklerinin literatürle genel olarak uyumlu olduğunu; ancak eğitim ve çalışma durumlarında ülkeler arası farklılıklar olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunu “genç yaşlı” (65–74 yaş) grubundakiler oluşturmuştur. Bu durumun, genç yaşlı bireylerin bilişsel, fiziksel ve iletişim becerilerinin daha yeterli olması sayesinde hem sağlık kuruluşlarına erişimlerinin daha kolay olması hem de araştırmalara katılım konusunda daha istekli davranışlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, daha ileri yaştaki bireylerin artan sağlık sorunları ve bakım gereksinimleri nedeniyle genellikle evde sağlık hizmeti almayı tercih ettikleri ve araştırmaya katılım konusunda daha isteksiz davrandıkları gözlemlenmiştir. Bu durum, örneklemin yaş dağılımını etkilemiş ve bulguların ileri yaş grubuna genellenebilirliğini sınırlamış olabilir.

Çalışmada katılımcıların %50,8'i erkek, %49,2'si kadındır; bu oranlar cinsiyet dağılımının dengeli olduğunu göstermektedir. Yalnız yaşama durumu incelendiğinde ise İzmir'de tek başına yaşayan yaşlıların %74,6'sını kadınlar oluşturmaktadır. Bu oran,

TÜİK (2024) verileriyle de örtüşmektedir (TÜİK, 2024a). Kadınların erkeklere kıyasla daha uzun yaşamaları ve eş kaybı sonrası bağımsız yaşam sürme eğilimlerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Bu nedenle, yalnız yaşayan yaşlı kadınlara yönelik sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, yalnızlık ve sosyal izolasyonun önlenmesi açısından önemlidir.

5.2. Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı, ulusal ve uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarının temel öncelikleri arasında yer almaktadır (Chen vd., 2018). Bu kavram, yalnızca bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini değil, aynı zamanda sağlıkla ilgili karar verme, bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanma becerilerini de kapsamaktadır. Nitekim, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması; hastaneye yatış oranlarının artması, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşmesi, kronik hastalıkların yönetiminde yetersizlik ve sağlık talimatlarını anlamada güçlük gibi çok yönlü olumsuz sonuçlara yol açmaktadır ((Nutbeam ve Lloyd, 2021; Wetsutthanon vd., 2023). Literatürde sağlık okuryazarlığı çalışmaları daha çok sağlık çalışanları (Baker vd., 2002), öğrenciler (Ayaz Alkaya ve Terzi, 2019; Güven vd., 2018) ve kronik hastalığı olan bireyler (Crutchfield vd., 2014; Gonzalez-Chica vd., 2016) üzerinde yoğunlaşmıştır. Yaşlı bireylere yönelik araştırmaların sayısı görece sınırlı kalmaktadır (Aryankhesal vd., 2019; Chow vd., 2024). Oysa yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının düşük olması, yaşla birlikte artan sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı göz önüne alındığında, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Wetsutthanon vd., 2023). Mevcut çalışmada ise yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin büyük ölçüde yeterli ve mükemmel düzeyde olduğu saptanmıştır. Ancak, literatür incelendiğinde yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkelere ve çalışma gruplarına göre değişiklik gösterdiği gözlenmiştir. Örneğin, Liu ve arkadaşları (2018) tarafından Çin’de yürütülen bir çalışmada, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur (Liu ve vd., 2018). Wetsutthanon ve arkadaşları (2018) yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri orta olarak saptamıştır (Wetsutthanon vd., 2023). Hazer ve Ateşoğlu’nun çalışmasında ise %53,7’sinin sorunlu-sınırlı, %30,4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak belirlenmiştir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Benzer şekilde, Erdem vd. (2019), yaşlı bireylerin %38,7’sinin yetersiz ve %30,6’sının sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirmiştir (Erdem ve vd., 2019). Buna karşın, Wolf vd. (2005), yaşlı bireylerin %51,8’inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin **yeterli** olduğunu ifade

etmiştir. Aynı çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarıyla bağımsız olarak ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Wolf vd., 2005). Benzer şekilde, Smith ve arkadaşlarının (2015) yürüttüğü bir kohort çalışmasında da düşük sağlık okuryazarlığının yaşlı bireylerde hızlı fiziksel gerileme riskini arttırdığı saptanmıştır (Smith vd., 2015). Bu çalışmada saptanan yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleri, önceki araştırmalarda bildirilen düşük oranlarla çelişiyor gibi görünse de, bu durumun İzmir gibi eğitim seviyesi ve sağlık hizmetlerine erişimin yüksek olduğu bir bölgede çalışmanın yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklemin sosyoekonomik özellikleri, sağlık hizmetlerine erişim imkânları ve bireylerin eğitim ile gelir düzeyleri gibi faktörler bu farklılığı açıklayabilir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yorumlanmasında toplumun sosyal, kültürel ve sağlık sistemine özgü koşullarının dikkate alınması gereklidir.

5.3. Sağlık okuryazarlığını etkileyen başlıca faktörler

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşla birlikte anlamlı biçimde azaldığını göstermiştir. Bu bulgu, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bilişsel gerileme, dijital sağlık kaynaklarına erişim güçlüğü ve öğrenme kapasitesinde azalma gibi faktörlerin sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediğine işaret etmektedir. Moeini vd., (2024), Kobayashi vd., (2016) ile Liu vd., (2015) tarafından yapılan çalışmalar da yaşın artmasıyla sağlık bilgilerini yönetme becerilerinde belirgin düşüşler yaşandığını bildirmektedir. Özellikle 85 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığının en düşük seviyede olması, yaşa bağlı kırılganlığın bu alanda belirginleştiğini ortaya koymaktadır (Moeini vd., 2024; Kobayashi vd., 2016; Liu vd., 2015).

Eğitim düzeyiyle ilgili bulgularımız da literatürle tutarlıdır. Okur-yazar bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları en düşük seviyedeysen, üniversite mezunları en yüksek puanlara sahiptir. Bu durum, sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve uygulama becerilerinin eğitimle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de düşük eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki en güçlü belirleyicilerden biri olduğu vurgulanmaktadır (Ertem vd., 2019; Kahraman vd., 2022; Van Hoa vd., 2020). Verney ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen 10 yıllık çalışmada, yaş, eğitim, gelir ve bilişsel işlevsellik gibi değişkenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini şekillendiren temel etmenler olduğu belirtilmiştir (Verney vd., 2019).

Bu çalışmada ayrıca, hâlâ çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çalışmayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, aktif yaşamın yalnızca fiziksel değil, zihinsel ve sosyal işlevselliği de desteklediğini; dolayısıyla sağlıkla ilgili bilgiye erişim ve kullanımı olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Bu bağlamda çalışma yaşamı, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını koruyan ve geliştiren önemli bir sosyal belirleyici olarak değerlendirilebilir. Literatürde yer alan çalışmalar da bu sonuçları pekiştirmektedir. Lima ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan sistematik incelemede, düşük sağlık okuryazarlığına katkı sağlayan başlıca faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, gelir yetersizliği, fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları, yalnızlık ve düşük sosyal destek yer almaktadır. Ayrıca, incelenen çalışmaların %3,4'ü manuel işlerde çalışma veya işsizliği de yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düşüklüğüyle bağlantılı bulmuştur. Aynı çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum, ilaç kullanımı ve sağlık kararlarını alma gibi kritik süreçleri olumsuz etkilediği ve yaşlı bireylerde sağlık risklerini arttırdığı vurgulanmıştır (Lima vd., 2024). Benzer şekilde, Xie ve arkadaşları (2022) yaş, eğitim seviyesi, yaşanılan yer ve sağlık sigortası gibi sosyodemografik faktörlerin sağlık okuryazarlığını belirlediğini ve bu düzeyin sağlık davranışlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Xie vd., 2022). Daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, düzenli egzersiz yapma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık kontrollerini aksatmama gibi olumlu davranışları daha sık sergilemektedir.

Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerin eğitim düzeyinin Türkiye geneline kıyasla daha yüksek olması (TÜİK, 2024a) bulgularımızın bölgesel bağlamda değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, ilköğretim mezunu bireylerin oranı bu çalışmada %65,6 iken, TÜİK (2024) verilerine göre Türkiye genelinde bu oran %56,4'tür. Benzer şekilde, lise mezunlarının oranı bu çalışmada %16,4 iken, Türkiye genelinde %9,7'dir. Üniversite mezunu oranı ise her iki grupta benzer düzeydedir (bu çalışmada %8,4; TÜİK'te %8,7) (TÜİK, 2024a). İzmir'in görece yüksek sosyoekonomik düzeyi ve daha gelişmiş sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık okuryazarlığı skorlarını olumlu yönde etkileyen başlıca faktörlerden biri olabilir. Dolayısıyla, çalışma örneklemini Türkiye genel nüfusunu tam olarak temsil etmese de TÜİK'in İzmir verileriyle karşılaştırıldığında, bulguların İzmir ili özelinde daha temsil edici olduğu söylenebilir.

Bir eşe sahip olmak, genellikle daha sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları, daha güçlü sosyal destek ve daha iyi ekonomik durumla ilişkilidir (Lima vd., 2024). Bu durum, sosyal

izolasyon ve yalnızlığın daha yaygın olduğu yaşlılık döneminde özellikle önemlidir. Bu çalışmada medeni durumlarına göre bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İzmir’de yaşlı bireylerin aileyle birlikte yaşama eğiliminin yüksek olması, sosyal etkileşim ve bilgi paylaşımının artmasına; dolayısıyla sağlık okuryazarlığının güçlenmesine katkı sağlamış olabilir. TÜİK (2024) verilerinde İzmir’de en az bir yaşlı bireyin bulunduğu hane halkı oranının Türkiye ortalamasının üzerinde olmasıyla örtüşmektedir (%28,3’e karşılık %25,3) (TÜİK, 2024a). Ayrıca Chov ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında da, birlikte yaşadığı kişilere göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuş, eş ve çocukları ile yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Chov vd., 2024). Bu durum, aile içindeki sosyal destek ve bilgi paylaşımının, sağlık okuryazarlığını artırıcı bir etki oluşturmuş olabilir.

5.4. Sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, düşük sağlık okuryazarlığının artmış kronik hastalık riski ve olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu ortaya koyan Baker ve arkadaşları (2007) ile Berkman ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Baker vd., 2007; Berkman vd., 2011). Ancak, bazı araştırmalarda bu durumun aksine sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin, Kozak ve Çevik Akyıl (2021), kronik hastalığı olan bireylerin bilgi edinme, doktor önerilerine uyum sağlama ve hastalık yönetimine katılım açısından daha aktif olduklarını, bu nedenle sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olabileceğini belirtmiştir (Kozak ve Çevik Akyıl, 2021). Benzer şekilde, Fırat Kılıç ve arkadaşları (2023) tarafından yürütülen bir çalışmada, Tip 2 diyabetli yaşlı bireylerde yüksek sağlık okuryazarlığı ile daha düşük HbA1c düzeyleri ve daha yüksek başarılı yaşlanma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Fırat Kılıç vd., 2023). Literatürdeki bu farklılıklar, çalışmalarda yer alan bireylerin sosyoekonomik düzeyleri, eğitim durumları, sağlık hizmetlerine erişim olanakları ve yaşadıkları bölgelere göre farklılık göstermesinden kaynaklanabilir. Çalışmanın yürütüldüğü bölgede, kronik hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun düşük eğitim seviyesine sahip olması, sağlık bilgilerini edinme ve kullanma becerilerini sınırlayarak sağlık okuryazarlığı puanlarının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Ayrıca, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan bilişsel gerilemelerin, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasını ve uygulanmasını zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Liu ve arkadaşlarının (2020), sağlık okuryazarlığının ilk kronik hastalık gelişimini doğrudan önleyemeyebileceğini, ancak mevcut hastalıklarda ek hastalıkların önlenmesinde koruyucu bir etki sağlayabileceğini vurgulamıştır. (Liu vd., 2020). Benzer şekilde, Shao ve arkadaşları (2023), kronik hastalık yönetimine uyumun yaşam kalitesi ve genel sağlık durumu üzerindeki olumlu etkilerine dikkat çekmiş, sağlık okuryazarlığının bu süreçte belirleyici bir rol oynadığını belirtmiştir (Shao vd., 2023). Bu çerçevede, çalışmanın bulguları, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programların ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği uygulamaları bünyesinde yürüttüğü kronik hastalık tarama ve takip programlarında hemşirelerin aktif rol alması, sağlık okuryazarlığını artırma ve hastalıkların erken dönemde önlenmesi açısından önemli bir uygulama örneğidir. Elde edilen bulgular, literatürdeki çeşitli çalışmalarla hem örtüşen hem de ayrışan yönler içermektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının bireylerin yaşadığı sosyal, ekonomik ve kültürel bağlamla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının artırılması, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde hem bireysel sağlık çıktılarının iyileştirilmesi hem de toplum sağlığının korunması açısından stratejik bir öneme sahiptir.

5.5. Fiziksel aktivite düzeyi ve etkileyen faktörler

Yirminci yüzyılda sağlığın temel amacı hayatta kalmakken, günümüzde artan yaşam süresiyle birlikte öncelik, yaşlılık döneminde daha kaliteli bir yaşam sürmektir (Babak vd., 2020). Düzenli fiziksel aktivite, yaşlı bireylerde kardiyovasküler ve metabolik hastalık riskini azaltmakta; fiziksel, zihinsel ve psikolojik işlevleri desteklemekte; bağımsızlığı ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Ancak tüm bu faydalara rağmen, yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri genellikle yetersiz kalmaktadır (Babak vd., 2020; Zhao vd., 2022)). Kanada Hareket Rehberi, fiziksel aktivite, hareketsiz davranışlar ve uyku süresini birbirinden bağımsız değil, 24 saatlik bir bütün olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım, fiziksel aktivite ve uykunun birbirini tamamlayan iki önemli sağlık davranışı olduğunu vurgulamaktadır (Ross vd., 2020; Tremblay vd., 2016). Bu çalışmada katılımcıların %28'inin inaktif, %56,8'inin minimal aktif ve yalnızca %15,2'sinin yeterince aktif olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, yaşlı bireylerde düşük fiziksel aktivite düzeylerini bildiren önceki çalışmalarla paraleldir (Lim vd., 2021; Moeini vd., 2024).

Benzer şekilde, Taskiran ve arkadaşları (2018) yaşlı bireylerin %47,2'sinin inaktif olduğunu bildirmiştir (Taskiran vd., 2018). Diğer bir çalışma, yaşlanmanın fiziksel kapasiteyi azalttığını ve **kronik hastalıkların** aktiviteyi sınırladığını vurgulamıştır (Podhorecka vd., 2017). Ayrıca Kobayashi ve arkadaşları (2016), yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin uzun vadede daha fazla fiziksel aktiviteye katıldığını belirtmiştir (Kobayashi vd., 2016). Bu çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuş olup, bu durum, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin bilinç düzeylerindeki artışın fiziksel aktiviteyi yaşam tarzlarına entegre etmelerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

5.6. Uyku kalitesini etkileyen faktörler ve yaş algısının rolü

Uyku, bireylerin yaşam kalitesi ve genel sağlığı üzerinde doğrudan etkili temel bir fizyolojik gereksinimdir (Hartescu vd., 2016). İyi uyku kalitesi, fiziksel ve zihinsel sağlık, genel iyilik hâli ve yaşam enerjisinin önemli bir göstergesidir (Ohayon vd., 2017). Uyku kalitesi; uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı ve uyku verimliliği gibi ölçütlerle değerlendirilmektedir. Kanada Uyku Rehberine göre, 65 yaş ve üzeri bireyler için 7–8 saat kaliteli uyku önerilmektedir (Tremblay vd., 2016).

Uyku, yalnızca pasif bir süreç değil; aynı zamanda onarıcı, enerji koruyucu ve bağışıklık sistemini destekleyici önemli bir biyolojik işlevdir (Rasmus vd., 2019). Uyku yoksunluğu, zihinsel ve fiziksel sağlığı olumsuz etkileyerek sosyal ve günlük işlevlerde bozulmalara yol açabilmektedir (Monteiro vd., 2023). Bu çalışmada katılımcıların %67,6'sının iyi, %32,4'ünün ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde, yaşlı bireylerde uyku kalitesinin çeşitli faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir. Örneğin, Tayland'da yapılan bir çalışmada yüksek fiziksel aktivite düzeyinin daha iyi uyku kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wetsutthanon vd., 2023). Benzer şekilde, Zhao ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da uyku kalitesi, fiziksel aktivite, fiziksel sağlık ve zihinsel sağlık arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır (Zhao vd., 2021). Bu bulgularla uyumlu olarak, bu çalışmada da fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmuş; fiziksel aktivite düzeyi arttıkça uyku kalitesinin de iyileştiği gözlemlenmiştir. Bu durumun olası bir açıklaması, yüksek uyku kalitesinin yaşlı bireylerin düzenli fiziksel aktiviteye katılımını kolaylaştırması ve böylece fiziksel sağlıklarını iyileştirmesi olabilir. Öte yandan, Holfeld ve Ruthig'in (2014) çalışmasında, uyku kalitesinin fiziksel aktivite düzeyini arttırdığı; ancak fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerinde belirgin bir etkisinin bulunmadığı

bildirilmiştir (Holfeld ve Ruthig, 2014). Rasmus ve arkadaşlarının (2019) Portekiz’de yürüttüğü çalışmada ise bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Rasmus vd., 2019). Bu farklılıkların, fiziksel aktivitenin türü, süresi ve katılımcıların yaşam tarzı gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, medeni durumun uyku kalitesi üzerindeki etkisi incelendiğinde, evli bireylerin bekarlara kıyasla daha iyi bir uyku kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durum, evli bireylerin genellikle daha fazla sosyal destek alması, duygusal paylaşım ve güven duygusunun yüksek olması gibi faktörlerle açıklanabilir. Literatürde de sosyal bağların ve destek sistemlerinin uyku kalitesini olumlu etkilediği, yalnız yaşayan bireylerde ise yalnızlık, anksiyete ve gece uyanmaları gibi sorunların daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Lima vd., 2024). Dolayısıyla, medeni durumun uyku üzerindeki etkisi, bireyin psikososyal çevresiyle yakından ilişkili olabilir.

Çalışmada gündüz uyuyan bireylerin uyku kalitesi puanlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, gündüz uykusunun gece uykusunu bölmesi, sirkadiyen ritmi bozması ve uyku-uyanıklık dengesini olumsuz etkileyebileceğine işaret etmektedir.

Çalışmada, yaşlı bireylerin %47,6’sı kendini yaşlı, %48,8’i ise orta yaşlı olarak tanımlamıştır. Katılımcıların yaşlarını "orta yaşlı" olarak algılamalarının, sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerini anlamlı şekilde olumlu etkilediği belirlenmiştir. Bu bulgu, bireyin yaş algısının sağlık davranışlarıyla doğrudan ilişkili olabileceğini göstermektedir. TÜİK’in İzmir’e yönelik verileriyle birlikte değerlendirildiğinde, kentsel yaşamın sunduğu sosyal, kültürel ve fiziksel olanakların, bireylerin kendilerini daha aktif, bağımsız ve genç hissetmelerini desteklediği söylenebilir. İzmir’in bireyselleşmiş yaşam biçimlerine olanak tanıyan yapısının da bu algının gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca literatürde, kendini daha genç hisseden bireylerin bilişsel işlevlerinin daha iyi olduğu, fiziksel aktiviteye katılımlarının yüksek ve sağlık davranışlarının daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Lima vd., 2024). Bu çerçevede, yaş algısının güçlendirilmesi, sağlıklı yaşlanma sürecini destekleyen önemli bir unsur olarak değerlendirilmelidir.

5.7. Sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku kalitesi ilişkisine etki eden faktörler

Bu çalışma, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasıyla birlikte fiziksel aktivite oranının yükseldiğini ve buna bağlı olarak uyku kalitesinin anlamlı biçimde iyileştiğini ortaya

koymaktadır. Bu bulgu, Li ve arkadaşlarının (2018) Çin’de toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışma bulguları ile örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, düzenli egzersiz yapan yaşlı bireylerin kötü uyku kalitesi yaşama riskinin %20–35 oranında azaldığı vurgulanmıştır (Liu vd., 2018). Benzer şekilde, Seol ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitenin uyku sağlığını en çok destekleyen faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir (Seol vd., 2019). Bu durum, yaşlı bireyler için planlanacak sağlığı geliştirme programlarının yalnızca fiziksel aktiviteyi artırmakla kalmayıp, aynı zamanda bu aktivitenin niteliği ve sürdürülebilirliğini de dikkate alması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca Santos ve arkadaşlarının (2024) çalışması da, orta düzeyde fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerinde belirgin iyileştirici etkilerine ve kadınların erkeklere kıyasla daha düşük uyku memnuniyetine sahip olduklarını ortaya koymuştur (Santos vd., 2024). Tüm bu sonuçlar, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığını güçlendiren ve uygun yoğunlukta fiziksel aktiviteyi teşvik eden çok boyutlu müdahale programlarının, yalnızca fiziksel iyilik hâlini değil; aynı zamanda uyku sağlığını ve genel yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte, bu çalışmada gündüz uyuma durumu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük, uyku kalitesinin ise belirgin biçimde daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu durum, düşük enerji düzeyi, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulmalar ve motivasyon eksikliği gibi faktörlerin fiziksel inaktiviteyi artırabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmasa da, TÜİK (2024) verileri İzmir’de yalnız yaşayan yaşlıların büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu göstermektedir (%74,6). Bu oran, kadınların erkeklere kıyasla daha uzun yaşamaları ve eş kaybı sonrası yalnız kalma olasılıklarının yüksek olmasıyla açıklanabilir. Araştırmamızda yalnız yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının görece daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, özellikle yalnız yaşayan yaşlı kadınlara yönelik sosyal destek hizmetlerinin geliştirilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca TÜİK verilerine göre İzmir’de tek başına yaşayan yaşlı birey oranı Türkiye ortalamasının üzerindedir (%8,0’a karşılık %6,6); bu durum, bu grupta yalnızlık, sosyal izolasyon ve depresif belirtilerin daha sık görülebileceğini desteklemektedir (TÜİK, 2024a). Bu psikososyal etkenlerin hem uyku kalitesini hem de fiziksel aktivite düzeyini olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Öte yandan, bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük; uyku kalitesi puanlarının ise daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, hastalık yükünün yaşlı bireylerde yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bilgiye erişim ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları üzerinde de olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu kentler arasında yer alan İzmir’de, kronik hastalığı olan yaşlı bireyler için özelleştirilmiş eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hem bireysel sağlık çıktıları hem de toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $68,81 \pm 3,81$ olup, büyük çoğunluğunun (%76,4) emekli olduğu ve %94'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların %71,6'sında en az bir kronik hastalığın mevcut olduğu, en yaygın tanıların sırasıyla DM (%40,8) ve Hipertansiyon (%36,9) olduğu saptanmıştır.
- TSOY-32'ye göre katılımcıların %95,2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli ve üzeri olduğu belirlenmiştir.
- UFFA sonuçlarına göre, katılımcıların %28'inin inaktif, %56,8'inin minimal aktif ve %15,2'sinin yeterince aktif olduğu tespit edilmiştir.
- PUKİ sonuçlarına göre, bireylerin %32,4'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Cinsiyet değişkenine göre sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Yaş ile sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında negatif, uyku kalitesi ile ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p < 0,01$).
- Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı biçimde yükseldiği görülmüştür ($p < 0,01$).
- Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük, uyku kalitelerinin ise daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$).
- Gündüz uyuyan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).
- Yaşını "orta yaşlı" olarak algılayan bireylerin, kendini "yaşlı" olarak algılayan bireylere kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeylerine sahip olduğu görülmüştür ($p < 0,01$).
- Birlikte yaşanan kişiler ve çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin bazı ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiler yarattığı belirlenmiştir.
- Pearson korelasyon analizi sonucunda; sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,182$; $p < 0,01$). Bu durum, sağlık okuryazarlığı arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin de arttığını göstermektedir. Öte yandan, sağlık okuryazarlığı ile uyku kalitesi puanı arasında

negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,330$; $p<0,01$). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe bireylerin uyku kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir; çünkü uyku kalitesi puanının artması, daha kötü bir uyku kalitesine işaret etmektedir.

- Fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi puanı arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0,178$; $p<0,01$). Bu sonuç, fiziksel aktivite düzeyi yükseldikçe uyku kalitesi puanının azaldığını, yani bireylerin daha iyi bir uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın bulgularına dayanarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Aile sağlığı merkezlerinde, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Yaşlı bireylere uygun düzeyde, hafif ve orta yoğunlukta egzersiz programları geliştirilerek yerel yönetimler ve sağlık kuruluşları tarafından uygulanmalıdır.
- Uyku kalitesini artırmaya yönelik eğitimler ve rehberlik hizmetleri, özellikle gündüz uyuma alışkanlığı olan yaşlı bireylere yönelik olarak planlanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığını etkileyen yaş, eğitim, yalnız yaşama ve kronik hastalık gibi faktörler göz önünde bulundurularak, özel risk gruplarına yönelik destek programları oluşturulmalıdır.
- Lisans ve lisansüstü eğitim programlarında, yaşlı sağlığına yönelik sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku eğitimi konularına daha fazla yer verilmelidir.
- Gelecekte yapılacak çalışmalarda;
- Bu çalışmanın kesitsel tasarımı göz önünde bulundurularak, boylamsal araştırmalarla sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku kalitesindeki değişimin zaman içerisinde etkileri izlenmelidir.
- Yaş algısı, yalnızlık, sosyal destek, depresyon düzeyi gibi psikososyal değişkenler ile bu üç temel sağlık göstergesi arasındaki ilişkilerin incelendiği ileri düzey nicel ve nitel araştırmalar yapılmalıdır.

- Bu çalışmada elde edilen bulgular, İzmir ili örneklemiyle sınırlı olduğundan, farklı bölgelerde kırsal ve kentsel yaşlı popülasyonları arasında karşılaştırmalı çalışmalar önerilmektedir.
- Özellikle yalnız yaşayan, kronik hastalığı olan ve düşük gelirli yaşlı bireyler gibi risk altındaki gruplar için sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik hedeflenmiş müdahale programlarının etkililiği deneysel araştırmalarla test edilmelidir.



7. KAYNAKLAR

- Abdin, S., Welch, R. K., Byron-Daniel, J., ve Meyrick, J. (2018). The effectiveness of physical activity interventions in improving well-being across office-based workplace settings: A systematic review. *Public Health*, 160, 70-76.
- Adebola, O. L. A. O. Y. E., & Ladi, F. A. K. O. Y. A. (2021). Sleep quality and physical activity level of community-dwelling older adults in Lagos State: A cross-sectional study. *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*, 20(1), 1–7. <https://academicjournals.org/journal/JNSP/article-full-text/453C3FD67340>
- Agras, S. W., Hammer, L. D., McNicholas, F., ve Kraemer, H. C. (2004). Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *Journal of Pediatrics*, 145(3), 20-25.
- Ağargün, M. Y., ve Cartwright, R. (2003). REM sleep, dream variables and suicidality in depressed patients. *Psychiatry Research*, 119, 33–39.
- Ağargün, M. Y., Kara, H., ve Solmaz, M. (1997). Sleep disturbances and suicidal behaviour in patients with major depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(6), 249–251.
- Ağargün, M. Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7 (2): 107–115.
- Ağırcan, D. (2009). *Tinetti Balance and Gait Assessmentın (Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği* (Masters thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ahad, Y. E. (2016). *Yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkisi* (Masters thesis, Maltepe University (Turkey)).
- Akıncı, E., ve Orhan, F. Ö. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 178–189.
- Algın, D., Akdağ, G., ve Erdinç, O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 29–34.
- Alpözgen, A. Z., ve Özdiñler, A. R. (2016). Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: Derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 66-72.

- Altena, E., van Werf, Y., Strijers, R. L. M., ve van Someren, E. J. W. (2008). Sleep loss affects vigilance: Effects of chronic insomnia and sleep therapy. *Journal of Sleep Research*, 17, 335-343.
- Arar, M. A., & Erbil, N. (2022). Menopozal dönemde nonfarmakolojik yöntemlerin uyku kalitesine etkisi: Randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 334–347.
- Aras, Z., ve Temel, A. B. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Aryankhesal, A., Niknam, N., Hasani, M., Mengelizadeh, N., Aghaei, N., Ghaedchukamei, Z., Ranaei, A., Kalteh, E. A., ve Naghdi, B. (2019). Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 225. DOI:10.4103/jehp.jehp_310_19
- Aslan, G., & Bakan, A. B. (2022). 65-74 yaş aralığındaki bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(1), 66–70.
- Aslantekin, F., ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
- Atar, N. Y., Kırbıyık, E., Kaya, N., Kaya, H., Turan, N., Palloş, A., ve Eskimez, Z. (2012). Bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 4(2), 74-84.
- Aydın, d. ç., Karlıkaya, h. c., & Öztürk, l. (2022). Sigarayı bırakma programında sigara içenlere karşı bırakanlarda subjektif uyku kalitesi. *medical journal of süleyman demirel university*, 29(4), 553-559.
- Ayas, N. T. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163(2), 205–209.
- Ayaz Alkaya, S., ve Terzi, H. (2019). Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice*, 34, 31-35.

- Ayhan, Ç., Büyükturan, Ö., Kırdı, N., Yakut, Y., ve Güler, Ç. (2014). The Turkish version of the Activities Specific Balance Confidence (ABC) Scale: Its cultural adaptation, validation, and reliability in older adults. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(2), 157–163.
- Babak, M., Majid, B., Rashid, H., Leili, T., & Shahryar, P. (2022). The factors in older adults' health literacy in the field of physical activity: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 22(1), 630.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278–1283. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., ve Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509
- Balaban, Ö., Nacı, B., Erdem, H. R., ve Karagöz, A. (2009). The evaluation of the balance function. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*, 12, 133–139.
- Baranwal, N., Phoebe, K. Y., ve Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2(1), 144–152.
- Barnes, J., Behrens, T. K., Benden, M. E., Biddle, S., Bond, D., Brassard, P., ve Christian, H. (2012). Sedentary behaviour research network: Letter to the editor: Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540-542. <https://doi.org/10.1139/h2012-024>
- Bartels, E. M., Juhl, C. B., Christensen, R., Hagen, K. B., Danneskiold-Samsøe, B., Dagfinrud, H., & Lund, H. (2016). Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3), CD005523.
- Başer, G., ve Hisar, F. (2021). Yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik nonfarmakolojik müdahaleler: Sistemik derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 178-185.

- Batoulia, S. A. H., ve Saba, V. (2017). At least eighty percent of brain grey matter is modifiable by physical activity: A review study. *Behavioural Brain Research*, 332, 204–217.
- Bayık Temel, A., ve Çimen, Z. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., et al. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 378(9799), 1212–1217. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60393-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0)
- Beccuti, G., ve Pannain, S. (2011). Sleep and obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition ve Metabolic Care*, 14(4), 402-412.
- Becker, C. M., Adams, T., Orr, C., ve Quilter, L. (2008). Correlates of quality sleep and academic performance. *The Health Educator*, 40(2), 82-89.
- Belice, T., Bölükbaşı, S., ve Mandiracıoğlu, A. (2021). Yaşlılarda fiziksel inaktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 44-48.
- Benca, R., Ancoli-Israel, S., ve Moldofsky, H. (2004). Special considerations in insomnia diagnosis and management: Depressed, elderly, and chronic pain populations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 26–35.
- Berg, K., Wood-Dauphinee, S., ve Williams, J. I. (1995). The Balance Scale: Reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27, 27–36.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., ve Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Bezzola, L., Mérillat, S., Gaser, C., ve Jäncke, L. (2011). Training-induced neural plasticity in golf novices. *Journal of Neuroscience*, 31, 12444–12448. <http://www.jneurosci.org/content/31/35/12444>

- Billot, M., Calvani, R., Urtamo, A., Sánchez-Sánchez, J. L., Ciccolari-Micaldi, C., Chang, M., ... ve Freiburger, E. (2020). Preserving mobility in older adults with physical frailty and sarcopenia: Opportunities, challenges, and recommendations for physical activity interventions. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1675-1690.
- Bilsin, E., ve Özalp, G. (2018). Çocukluk çağı kanserlerinde uyku bozukluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 61-64.
- Birimoğlu Okuyan, C., ve Bilgili, N. (2017). Effect of tai chi chuan on fear of falling, balance and physical self-perception in elderly: A randomised controlled trial. *Türk Geriatri Dergisi*, 20(3), 232-241.
- Blair, S. N., ve Morris, J. N. (2009). Healthy hearts-and the universal benefits of being physically active: Physical activity and health. *Annals of Epidemiology*, 19, 253-256.
- Booth, F. W., Roberts, C. K., ve Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143.
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Boulton, E. R., Horne, M., ve Todd, C. (2018). Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health Expectations*, 21(1), 239-248.
- Boylu Aydiner, A., ve Günay, G. (2017). Life satisfaction and quality of life among the elderly: Moderating effect of activities of daily living. *Türk Geriatri Dergisi*, 20(1), 61-69.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., ve Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... ve Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451-1462.

- Bulut, S.D. (2016). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 9(4), 33-41.
- Bumin, G., & Derhem, T. A. (2022). Üniversite öğrencilerinin çalışma alışkanlıklarının uyku kalitesi, stres ve yorgunluk ile ilişkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10(2), 37-44.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
- Bülow, M. H., ve Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, 31, 139-149.
- Can, M. İ., ve Aslan, S. (2023). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 30(2), 107–112.
- Campbell, S. S., ve Murphy, P. J. (2007). The nature of spontaneous sleep across adulthood. *Journal of Sleep Research*, 16(1), 24-32.
- Can, S. (2019). Sedanter davranış, adım sayısı ve sağlık. *Spor Hekimliği Dergisi*, 54(1), 071-082.
- Can, S., Arslan, E., ve Ersöz, G. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 1-10.
- Canlı, S., ve Özyurda, F. (2020). A multi-modal exercise intervention that improves cognitive function and physical performance in elderly with mobility-related disability: A randomized controlled trial. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 60(7), 1027–1033.
- Can, S. (2022). Yaşlılarda uyku sorunları: derleme. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 2(1), 36-42.
- Cappuccio, F. P., Cooper, D., DElia, L., Strazzullo, P., ve Miller, M. A. (2011). Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*, 32(12), 1484–1492.
- Casado, R., Obrero-Gaitán, E., & Lomas-Vega, R. (2016). The effect of Tai Chi on reducing the risk of falling: A systematic review and meta-analysis. *The American*

- Caspersen, C. J., Powell, K. E., ve Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126-131.
- Cengiz, Ş. Ş., ve Delen, B. (2019). 65 yaş ve üzerindeki bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Manisa ili örneği). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 21(4), 25-39.
- Chehri, A., Nourozi, M., Eskandari, S., Khazaie, H., Hemati, N., ve Jalali, A. (2020). Validation of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in the elderly population. *Sleep Science*, 13(2), 119–124.
- Chen, X., Hay, J.L., Waters, E.A, Kiviniemi, M.T., Biddle, C., Schofield, E., ... & Orom, H. (2018). Health literacy and use and trust in health information. *Journal of health communication*, 23(8), 724734.
- Chow, B. C., Jiao, J., Duong, T. V., Hassel, H., Kwok, T. C. Y., Nguyen, M. H., ve Liu, H. (2024). Health literacy mediates the relationships of cognitive and physical functions with health-related quality of life in older adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1355392–1355392.
- Cornelissen, V. A., ve Smart, N. A. (2013). Exercise training for blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2(1), e004473.
- Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, 21, 41-53.
- Cunningham, C., OSullivan, R., Caserotti, P., ve Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine ve Science in Sports*, 30, 816-822.
- Çalık, İ. (2013). Yaşlılarda fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 24(1), 110-117.
- Değerli, M. N. Ö., Bumin, G., & Altuntaş, O. (2023). Geriatrik bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin

incelenmesi: Tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 8(3), 436–443.

Demirel, H., Kayıhan, H., Özmert, E. N., & Doğan, A. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi* (2. baskı). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık.

Demirtaş, Ş., Güngör, C., ve Demirtaş, R. N. (2017). Sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite: Bireysel, psikososyal ve çevresel özelliklerin buna katkısı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 100-108.

Denison, H. J., Jameson, K. A., Sayer, A. A., Patel, H. P., Edwards, M. H., Arora, T., ... ve Baird, J. (2021). Poor sleep quality and physical performance in older adults. *Sleep Health*, 7(2), 205-211.

Department of Health. (2011). *Start active, stay active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officers*. London: Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/start-active-stay-active-a-report-on-physical-activity-from-the-four-home-countries>

Dew, M. A., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Buysse, D. J., Hoch, C. C., Jennings, J. R., ve Kupfer, D. J. (1994). Psychological correlates and sequelae of electroencephalographic sleep in healthy elders. *Journal of Gerontology*, 49(1), 8–18.

Dikmen Demir, Y. (2019). Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar. In A. Akça Ay (Ed.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* (pp. 772–788). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Dollman, J., Okely, A. D., Hardy, L., Timperio, A., Salmon, J., ve Hills, A. P. (2009). A hitchhikers guide to assessing young peoples physical activity: Deciding what method to use. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(5), 518-525.

Dorrian, J., Rogers, N. L., & Dinges, D. F. (2004). Psychomotor vigilance performance: Neurocognitive assay sensitive to sleep loss. *Sleep deprivation*, 39-70.

Durmer, J. S., ve Dinges, D. F. (2005). Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Seminars in Neurology*, 25(1), 117–129.

- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. In *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması* (1st ed., pp. 25–55). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M. A., & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall-induced injuries in community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347, f6234
- Erdem, H. R., Sayan, M., Gökgöz, Z., & Ege, M. F. (2021). Yaşlılarda fiziksel aktivite: Derleme. *Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 16–22.
- Erden, A., ve Güner, S. G. (2018). Impact of exercise on quality of life, body awareness, kinesiphobia and the risk of falling among young older adults. *Çukurova Medical Journal*, 43(4), 941–950.
- Ergün, M. (2013). Yaşlılık ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 48(4), 131-138.
- Erickson, K. I., Hillman, C. H., ve Kramer, A. F. (2015). Physical activity, brain, and cognition. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 4, 27–32.
- Fenton, S., Burrows, T. L., Skinner, J. A., ve Duncan, M. J. (2020). The influence of sleep health on dietary intake: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1-13.
- Fernandez-Mendoza, J., Vgontzas, A. N., Liao, D., Shaffer, M. L., Vela-Bueno, A., Basta, M., ve Bixler, E. O. (2012). Insomnia with objective short sleep duration and incident hypertension: The Penn State Cohort. *Hypertension*, 60(4), 929–935.
- Fırat Kılıç, H., Arifoğlu, B., & Kızılkaya, N. (2023). The relationship between successful aging and health literacy in older adults. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2023(1), 1462914.
- Fidancı, İ., ve İşcan, G. (2016). Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda uyku kalitesinin, kronik hastalık ve ilaç kullanımı ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 49(3), 142-147.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., ve Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18(6), 425-432.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., ve McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fournier, A., Santos, G. D., Guillas, G., Bertsch, J., Duclos, M., Boutron-Ruault, M. C., Clavel-Chapelon, F., ve Mesrine, S. (2014). Recent recreational physical activity and breast cancer risk in postmenopausal women in the E3N cohort. *Cancer Epidemiology, Biomarkers ve Prevention*, 23(9), 1893-1902.
- Fransen, M. P., von Wagner, C., ve Essink-Bot, M.-L. (2012). Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 44-53.
- Gaertner, B., Buttery, A. K., Finger, J. D., Wolfsgruber, S., Wagner, M., ve Busch, M. A. (2018). Physical exercise and cognitive function across the life span: Results of a nationwide population-based study. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21, 489-494.
- Galip, A. (2017). Yaşlanmada fiziksel aktivite ve egzersizin yeri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 271-280.
- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., & Üçok, K. (2011). Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 145-150.
- Gislason, T., Björnsson, J. K., Benediksdóttir, B., Gudmundsson, J., Kristbjarnarson, H., & Thorleifsdóttir, B. (1991). Insomnia and menopause among middle-aged women: An epidemiological survey of Icelandic women. In *Sleep and Health Risk* (pp. 92-100). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Global Health and Aging. (2010). National Institute of Aging, NIH, WHO.
- Groeneveld, R. A., ve Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society Series D: The Statistician*, 33(4), 391-399.
- Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 18(3), 155-165.

- Gümüş, A. B., Engin, E., ve Özgür, G. (2009). Bir huzurevinde yaşayan ve bilişsel bozukluğu olmayan yaşlıların uyku düzeni özelliklerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12(3), 138-146.
- Güneş, G. Y. (2015). *Yaşlılarda egzersizin fiziksel aktivite, hareket korkusu, yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi* (Masters thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Güneş, M., şimşek, A., ve Demirer, B. (2020). Sarkopenik yaşlı bireylerde dirençli egzersiz eğitiminin etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 494-499.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., ve Engin, F. (2002). Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tan› s› nda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- Haileamlak, A. (2019). Physical inactivity: The major risk factor for non-communicable diseases. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(1), 810.
- Hammond, E. (1964). Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064,004 men and women. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 54 (1), 11–23.
- Hartescu, I., Morgan, K., & Stevinson, C. D. (2016). *Sleep Quality and Recommended Levels of Physical Activity in Older People*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24(2), 201–206. doi:10.1123/japa.2014-0061
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081–1093.
- Hazer, O., & Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerindeki etkisi: Ankara ili örneği. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği - Özel Konular*, 5(2), 48–56.
- Hernandez, A. B., ve Feinsilver, S. (2017). Sleep in the elderly: Normal and abnormal. In S. R. Pandi-Perumal (Ed.), *Synopsis of Sleep Medicine* (pp. 429–444). Apple Academic Press Inc.

- Hızlı, F. G., ve Ağargün, M. Y. (2009). Gecikmiş uyku fazı tipi uyku bozukluğu ve kronoterapi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 183–187.
- Hirshkowitz, M., Moore, C. A., ve Minhoto, G. (1997). The basics of sleep. In *Understanding Sleep: The Evaluation and Treatment of Sleep Disorders* (p. 162). APA, U.S.A.
- Holfeld, B., ve Ruthig, J. C. (2014). A longitudinal examination of sleep quality and physical activity in older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 33(7), 791-807.
- Hopkins, K. D., ve Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50(4), 717-729.
- İlgaz, A., & Gözümlü, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67–77.
- Intlekofer, K. A., & Cotman, C. W. (2013). Exercise counteracts declining hippocampal function in aging and Alzheimers disease. *Neurobiology of Disease*, 57, 47–55.
- Johansen-Berg, H., & Düzel, E. (2016). Neuroplasticity: Effects of physical and cognitive activity on brain structure and function. *NeuroImage*, 131, 1–3.
- Jones, H. J., Zak, R., ve Lee, K. A. (2018). Sleep disturbances in midlife women at the cusp of the menopausal transition. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(7), 1127-1133.
- Joseph, N. M., ve Wang, P. R. J. (2018). Cultural factors associated with physical activity among U.S. adults: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 42, 98–110.
- Kabak, T., Solak, Ü., ve Avşar, G. (2022). Kanserli bireylerde uyku kalitesini artırmaya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri: Sistemik derleme. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 19-29.
- Kalache, A., ve Gatti, A. (2003). Active ageing: A policy framework. *Advances in Gerontology*, 11, 7-18.

- Kinoshita, S., Hirooka, N., Kusano, T., Saito, K., & Aoyagi, R. (2024). Does health literacy influence health-related lifestyle behaviors among specialists of health management? A cross-sectional study. *BMC primary care*, 25(1), 29.
- Katzmarzyk, P. T., Friedenreich, C., Shiroma, E. J., ve Lee, I. M. (2022). Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income, and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, 56(2), 101-106.
- Kazoğlu, m., & Yürük, z. Ö. (2020). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy & Rehabilitation*, 7(2).
- Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., ve Takagi, Y. (2004). Risk factors for insomnia in community-dwelling older persons. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 163-168.
- Kaya Ciddi, P., ve Algun, Z. C. (2021). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde dans temelli egzersiz terapisinin kuvvet, esneklik, denge ve yaşam kalitesine etkilerinin incelenmesi: Pilot çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 8(1), 29-36.
- Kayaoğlu, B. (2019). Yaşlılarda uygulanan pilates egzersizlerinin bilişsel ve fonksiyonel performans ile yaşam kalitesine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uşak.
- Kaymakçalan, Ş. (1982). Yaşlılık ve ilaçlar. *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 205-215.
- Kersu, Ö., ve Alparlan, G. B. (2019). Geriatrik bireylerin fiziksel aktiviteleri ve uyku kaliteleri arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(1), 24-30.
- Keskin, N., ve Tamam, L. (2018). Ruhsal bozukluklarda uyku. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 27-38.
- Kılınç, H. (2013). 65 yaş üstü yaşlılarda elastik bant ve Swissball egzersizlerinin yaşam kalitesi, düşme riski ve bazı fiziksel uygunluk değerlerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Kırca, K., ve Kutlutürkan, S. (2020). Progresif gevşeme egzersizlerinin kanser ve tedavi sürecinde kullanımı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 258-267.

- Kırdı, N., ve Kocaman, A. (2019). Yaşlanma sürecinde ve yaşlılık döneminde egzersizin önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing - Special Topics*, 5, 32-38.
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., ve Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington: The National Academies Press.
- Kline, C. E., Hillman, C. H., Sheppard, B. B., Tennant, B., Conroy, D. E., Macko, R. F., ... ve Erickson, K. I. (2021). Physical activity and sleep: An updated umbrella review of the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee report. *Sleep medicine reviews*, 58, 101489.
- Klink, M., ve Quan, S. (1987). Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. *Chest*, 91(4), 540-546.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., ve von Wagner, C. (2016). Health literacy and moderate to vigorous physical activity during aging, 2004-2013. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(4), 463-472.
- Kocaman, A. A., Kırdı, N., Aksoy, S., Elmaz, Ö., ve Yavuz, B. B. (2020). Yaşlı bireylerde kare adım egzersiz eğitiminin postüral kontrol, kognitif fonksiyon ve yürüyüş üzerine etkisi: Pilot çalışma. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 31(1), 11-20.
- Koç, M., ve Bayar, K. (2020). COVID-19 pandemisinde fiziksel aktivite ve egzersizin önemi. *Karya Journal of Health Science*, 1(2), 19-21.
- Kodama, S., Tanaka, S., Hienza, Y., Fujihara, K., Horikawa, C., Shimano, H., Saito, K., Yamada, N., Ohashi, Y., ve Sone, H. (2013). Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 36(2), 471-479.
- Kondilis, B. K., Kiriase, I. J., Athanasoulia, A. P., & Falagas, M. E. (2008). Mapping health literacy research in the European Union: a bibliometric analysis. *PloS one*, 3(6), e2519.
- Kowalski, K., Rhodes, R., Naylor, P. J., Tuokko, H., ve MacDonald, S. (2012). Direct and indirect measurement of physical activity in older adults: A systematic review of

- the literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1-21.
- Kozak, M. A., ve Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), 65–73.
- Krystal, A., ve Edinger, J. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Medicine*, 9, 10–17.
- Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., ve Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(2), 87-92.
- Lai, C. C., & Ma, C. M. (2020). Sleep quality types and their influences on psychological and physical health in Chinese adolescents: A person-centered approach. *The Journal of Early Adolescence*, 40(2), 197-220.
- Langhammer, B., Bergland, A., ve Rydwick, E. (2018). The importance of physical activity exercise among older people. *BioMed Research International*, 2018, 7856823.
- Laporte, R. E., Montoye, H. J., ve Caspersen, C. J. (1985). Assessment of physical activity in epidemiologic research: Problems and prospects. *Public Health Reports*, 100(2), 131.
- Lee, I. M., Shiroma, E. C., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., ve Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Lee, J. H., Choi, M. K., ve Kim, C. O. (2017). Falls, a fear of falling and related factors in older adults with complex chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4964-4972.
- Li, J., Yang, B., Varrasse, M., Ji, X., Wu, M., Li, M., & Li, K. (2018). Physical activity in relation to sleep among community-dwelling older adults in China. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(4), 647–654. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0270>

- Lim, M. L., van Schooten, K. S., Radford, K. A., ve Delbaere, K. (2021). Association between health literacy and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, 36(5), 1482-1497.
- Lima, A. C. P., Maximiano-Barreto, M. A., Martins, T. C. R., & Luchesi, B. M. (2024). Factors associated with poor health literacy in older adults: a systematic review. *Geriatric Nursing*, 55, 242-254.
- Liu, Y. B., Xue, L. L., Xue, H. P., ve Hou, P. (2018). Health Literacy, Physical and mental health, and activities of daily living among older Chinese adults in nursing homes. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(6), 592-599.
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z., & He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC public health*, 20, 1-14.
- Ma, Z., Chen, X.-Y., Tao, Y., Huang, S., Yang, Z., Chen, J., & others. (2022). How to improve the long-term quality of life, insomnia, and depression of survivors 10 years after the Wenchuan earthquake? *Asian Journal of Psychiatry*, 73, 103137.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*, 14, 61–65.
- Mallick, B. N., Madan, V., & Jha, S. K. (2008). Rapid eye movement sleep regulation by modulation of the noradrenergic system. In J. Monti, S. R. Pandi-Perumal, & C. M. Sinton (Eds.), *Neurochemistry of sleep and wakefulness* (pp. 59–82). Cambridge University Press.
- Martins, R., Afonso, P., Fonseca, M., ve Teodoro, T. (2019). Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Aging ve Mental Health*, 1–7.
- Marzetti, E., Calvani, R., Tosato, M., Cesari, M., Di Bari, M., Cherubini, A., et al. (2017). Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), 35-42.
- McLaughlin, S. J., Jette, A. M., ve Connell, C. M. (2012). An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic

- patterns, and validity. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(7), 783-789.
- Miner, B., ve Kryger, M. H. (2017). Sleep in the aging population. *Sleep Medicine Clinics*, 15(2), 311-318.
- Modén, B., Merlo, J., Ohlsson, H., ve Rosvall, M. (2010). Psychotropic drugs and falling accidents among the elderly: A nested case-control study in the whole population of Scania, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), 440.
- Moeini, B., Barati, M., Heidarimoghadam, R., Tapak, L., & Parsamajd, S. (2024). Determinants of regular physical activities in Iranian older adults based on the extended social cognitive theory. *Ageing International*, 49(1), 49-63
- Molzon, S. E., Bonner, M. S., Hullmann, S. E., Ramsey, R. R., Suorsa, K. I., Chaney, J. M., ve Mullins, L. L. (2013). Differences in sleep quality and health-related quality of life in young adults with allergies and asthma and their healthy peers. *Journal of American College Health*, 61(8), 484-489.
- Monteiro, L. Z., de Farias, J. M., de Lima, T. R., Schäfer, A. A., Meller, F. O., & Silva, D. A. S. (2023). Physical activity and sleep in adults and older adults in Southern Brazil. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1461.
- Montoye, H. J. (1996). *Measuring physical activity and energy expenditure*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Muchiri, W. A., Olutende, O. M., Kweyu, I. W., ve Vurigwa, E. (2018). Meaning of physical activities for the elderly: A review. *American Journal of Sports Science and Medicine*, 6(3), 79-83.
- Murathan, G., Murathan, F., ve Bozyılan, E. (2020). “Fiziksel Aktivite” konulu tezlerin bibliyometrik analizi (2002-2019). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 14(2), 158-167.
- Nakakubo, S., Makizako, H., Doi, T., Tsutsumimoto, K., Hotta, R., Lee, S., ... & Shimada, H. (2018). Long and short sleep duration and physical frailty in community-dwelling older adults. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(9), 1066–1071
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., ... ve Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults:

- recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094.
- Noble, B. J. (1986). *Physiology of exercise and sport*. St. Louis, MO: Mosby College Publishing.
- Norton, K., Norton, L., ve Sadgrove, D. (2010). Position statement on physical activity and exercise intensity terminology. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13(5), 496-502. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2009.09.008>
- Nosraty, L., Enroth, L., Raitanen, J., Hervonen, A., & Jylhä, M. (2015). Do successful agers live longer? The vitality 90+ study. *Journal of Aging and Health*, 27(1), 35-53.
- Nurmi, S. (2016). Nocturnal sleep quality and quantity analysis with ballistocardiography. (Master's Thesis). School of Electrical Engineering, Aalto University, Finland.
- Nutbeam, D., Lloyd J.E., (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97–111.
- Ohayon, M. M. (2004). Interactions between sleep normative data and sociocultural characteristics in the elderly. *Journal of psychosomatic research*, 56(5), 479-486.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., ... & Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Okyay, P., Abacıgil, F., & Harlak, H. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32). In P. Okyay & F. Abacıgil (Eds.), *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (Yayın No: 1025; Cilt 1, ss. 43–62). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- Owen, K. B., Parker, P. D., Astell-Burt, T., ve Lonsdale, C. (2018). Regular physical activity and educational outcomes in youth: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), 334–340.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., ve Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özdil, G., & Aktaş, S. (2016). Fiziksel aktivite ve Dünya Sağlık Örgütü'nün bakış açısı. *Ankara Barosu Spor Hukuku Kurulu, Av. Hasan Aydın Tansu Armağanı*, 1–10. https://www.researchgate.net/publication/312309530_fiziksel_aktivite_ve_dunya_saglik_orgutunun_bakis_acisi
- Özer, M. K. (2015). *Fiziksel uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Özkan, S., Baran Aksakal, F. N., Çalışkan, D., Dikmen, A. U., ve Tüzün, H. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Özol, D., ve Özvrmaz, S. (2018). Yaşlı hastalarda uyku ve uyku bozuklukları. Retrieved from <https://www.solunum.org.tr/tusaddata/book/677/17102018114822-031.Pdf>.
- Öztürk, M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe University, Intitute of Health Sciences Mester Thesis, Ankara, Türkiye*.
- Palteki, A. S., Aykaç, E., Yükselen, N., Mammadova, L., Çakırlı, Y., ve Hayran, O. (2021). Yaşlı bakımevinde konaklayan yaşlılarda uyku kalitesi ve depresyon. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 6(2), 105-113.
- Pavot, W., ve Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Social Indicators Research Series*, 39, 101-117.
- Pekçetin, S. ve İnal, Ö. (2019). Yaşlı bireylerde uyku kalitesinin bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 604-608.
- Pennathur, A., Magham, R., Contreras, L. R., ve Dowling, W. (2003). Daily living activities in older adults: Part I – A review of physical activity and dietary intake

assessment methods. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 32, 389-404.

Pettee, K. K., Brach, J. S., Kriska, A. M., Boudreau, R., Richardson, C. R., Colbert, L. H., ... ve Newman, A. B. (2006). Influence of marital status on physical activity levels among older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(3), 541-546. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000191346.95244.f7> (Erişim Tarihi: 08.01.2025).

Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., George, S. M., ve Olson, R. D. (2018). The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*, 320, 2020-2028.

Psarrou, A., Adamakidou, T., Apostolara, P., Koreli, A., Drakopoulou, M., Plakas, S., ... & Mantzorou, M. (2023). Associations between physical activity and health-related quality of life among community-dwelling older adults: a cross-sectional study in urban Greece. *Geriatrics*, 8(3), 61.

Polat, F., ve Karasu, F. (2022). Effect of sleep hygiene training given to elderly individuals on daytime sleepiness and fatigue: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 2161-2169.

Public Health England. (2015). *Local action on health inequalities: Improving health literacy to reduce health inequalities*. London: PHE, 21-25.

Rejeski, W. J., ve Brawley, L. R. (2006). Functional health: Innovations in research on physical activity with older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(1), 93-99.

Ricci, F., Izzicupo, P., Moscucci, F., Sciomer, S., Maffei, S., ve Di Baldassarre, A. (2020). Recommendations for physical inactivity and sedentary behavior during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8.

Ross, R., Chaput, J. P., Giangregorio, L. M., Janssen, I., Saunders, T. J., Kho, M. E., ... & Tremblay, M. S. (2020). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 45(10), S57-S102.

- Rowe, J. W., ve Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Sağlam, M., Deniz, İ. İ., Yağlı, N. V., Arıkan, H., Kütükçü, E. Ç., Karakaya, G., ve Kalyoncu, F. (2014). Erişkin astımlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Spor Bilimleri Dergisi*, 25(3), 132-141.
- Sağlık Bakanlığı. (2015-2020). *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı*.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. Ankara: Özyurt Matbaacılık. Retrieved October 22, 2020, from <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyeninsaglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2024). *Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2024-2028*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Retrieved January 1, 2025, from <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2024/03/Saglik-Bakanligi-2024-2028-Strateji-Plani.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlıklı Yemek ve Fiziksel Aktivite Piramidi. [Erişim Tarihi: 02.01.2025]. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Afisler/Saglikli_Yemek_ve_Fiziksel_Aktivite_Piramidi.pdf
- Sanlier, N., ve Sabuncular, G. (2020). Relationship between nutrition and sleep quality, focusing on the melatonin biosynthesis. *Sleep and Biological Rhythms*, 18(2), 89-99.
- Santoro, N., Crawford, S. L., El Khoudary, S. R., Allshouse, A. A., Burnett-Bowie, S. A., Finkelstein, J., ve Lasley, B. (2017). Menstrual cycle hormone changes in women traversing menopause: Study of Women's Health Across the Nation. *The Journal of Clinical Endocrinology ve Metabolism*, 102(7), 2218-2229.
- São Jose, J. M., Timonen, V., Amado, C. A., ve Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*, 40, 49-56.
- Sardrodi, A. F., Hosseinian, F., & Kashanimovahhed, B. (2019). The effect of aromatherapy on sleep quality in the older adults: A review study. *American Journal of Essential Oils and Natural Products*, 7(4), 25-29.

- Sarıkaya, N., ve Oğuz, S. (2016). Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 55-60.
- Sarol, H. (2017). Examination of the constraints and facilitators to physical activity participation of individuals: Bireylerin fiziksel aktiviteye katılımını engelleyen ve kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4354-4364.
- Sasaki, J. (2012). Physical activity and successful aging. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 49(2), 171-174.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: Highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387–1394.
- Seol, J., Abe, T., Fujii, Y., Joho, K., & Okura, T. (2019). Effects of sedentary behavior and physical activity on sleep quality in older people: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12660>
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2013). *Sağlık uygulama tebliği*. Resmi gazete yayın tarihi: 24.03.2013. Retrieved January 2, 2025, from <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/42134>
- Shao, Y., Hu, H., Liang, Y., Hong, Y., Yu, Y., Liu, C., & Xu, Y. (2023). Health literacy interventions among patients with chronic diseases: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 114, 107829.
- Smith, S. G., OConor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69(5), 474-480.
- Simon, H. B. (2015). Exercise and health: dose and response, considering both ends of the curve. *The American Journal of Medicine*, 128(11), 1171-1177.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.

- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ve ark. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Soygüden, A., & Cerit, E. (2015). Yaşlılar İçin Egzersiz Uygulamalarının Önemi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 197-224.
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), 219-224.
- Soyuer, F., Cankurtaran, F., Akın, S., ve Elmalı, F. (2012). Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin fiziksel aktivite, denge ve mobilite fonksiyonları. *Van Tıp Dergisi*, 19(3), 116-121.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Cauter, E. V. (2004). Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of internal medicine*, 141(11), 846-850.
- Stenholm, S., Koster, A., Valkeinen, H., Patel, K. V., Bandinelli, S., Guralnik, J. M., ... Ferrucci, L. (2016). Association of physical activity history with physical function and mortality in old age. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 71(4), 496-501.
- Strasser, B., ve Fuchs, B. (2015). Role of physical activity and diet on mood, behavior, and cognition. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 21, 118–126. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061837/>
- Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B. E., Ekelund, U., Freedson, P. S., Gary, R. A., ve Swartz, A. M. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications. *Circulation*, 128(20), 2259-2279.
- Şahin, G. (2010). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi değerlendirme yöntemleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 172-178.
- Şahin, G. (2021). Çevrenin yaşlı bireylerde fiziksel aktivite davranışı üzerindeki rolü. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 4(2), 72-77.

- Şahin, S., & Aktürk, Ü., (2021). *The effect of physical activity level on the severity of insomnia in the elderly*. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (pp.544). İzmir, Turkey
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., ve Akalın, H. E. (2014). *Sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 17-21.
- Taşar, P. T., ve Şahin, S. (2017). Yaşlıda uyku bozuklukları ve uyku bozukluklarında tedavi. *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*, 3(2), 104-109.
- Taskiran, N., Sari, D., Kapci, E., Yalinkilic, S., & Abtil, H. (2018). Determination of the Relationship between Physical Activity Level and Sleep Quality in Spry Elderly 65 and Over Years Old Living in Nursing Homes. *Health Sciences Research in the Globalizing World*, 313.
- Tatineny, P., Shafi, F., Gohar, A., ve Bhat, A. (2020). Sleep in the elderly. *Science of Medicine*, 117(5), 490–495.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26-32.
- Teater, B., ve Chonody, J. M. (2020). How do older adults define successful aging? A scoping review. *International Journal of Aging and Human Development*, 91(4), 599-625.
- Temel, A. B., & Çimen, Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., van Poppel, M. N., Chinapaw, M. J., van Mechelen, W., ve de Vet, H. C. (2010). Qualitative attributes and measurement properties of physical activity questionnaires: A checklist. *Sports Medicine*, 40, 525-537.
- Tomporowski, P. D., & Taylor, A. H. (2013). Editorial for physical activity and cognitive functioning. *Mental Health and Physical Activity*, 6(3), 163-164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2013.09.001>

- Toşur, T. (2017). Kırılgan olan ve olmayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., ve Participants, S. T. C. P. (2017). Sedentary behavior research network (SBRN) – Terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(75). <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J. P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., ... & Zehr, L. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 41(6), S311-S327.
- Tufan, A., ve Bahat, G. (2017). Yaşlıda uyku bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 3(1), 58-61.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024a). Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle yaşlılar, 2023. TÜİK Yayınları. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2024-54079>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024b). Türkiye İstatistik Kurumu, Dünya Nüfus Günü 2024. (Sayı: 53680). Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2024-53680>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024c). Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100. (Sayı: 53699). Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2024-53680>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Retrieved January 3, 2025, from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kronikhastaliklar.html>.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026*. Retrieved January 7, 2025, from <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi->

db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf.

Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2023). *Fiziksel Aktivite Nedir?* Retrieved January 7, 2025, from <https://hsgm.saglik.gov.tr/fiziksel-aktivite>

Urponen, H., Partinen, M., Vuori, I., & Hasan, J. (1991). Sleep quality and health: Description of the sleep quality index. In *Sleep and health risk* (pp. 555-558). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World population prospects 2024: Advance unedited version*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2024_wpp_2024_advance_unedited_0.pdf

Van der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., & FitzGerald, J. M. (2018). Health literacy in chronic disease management: A matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 102, 134–138.

Van Hoa, H., Giang, HT, Vu, PT, Van Tuyen, D. ve Khue, PM (2020). Vietnamdaki Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığıyla İlişkili Araştırma Makalesi Faktörleri.

van Someren, E. J. W. (2000). Circadian and sleep disturbances in the elderly. *Experimental Gerontology*, 35, 1229-1237.

Vancampfort, D., Stubbs, B., Smith, L., Hallgren, M., Firth, J., Herring, M. P., Probst, M., ve Koyanagi, A. (2018). Physical activity and sleep problems in 38 low- and middle-income countries. *Sleep Medicine*, 48, 140-147.

Vanderlinden, J., Boen, F., ve Van Uffelen, J. G. Z. (2020). Effects of physical activity programs on sleep outcomes in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(11), 1–15.

Vaz Fragoso, C. A., ve Gill, T. M. (2007). Sleep complaints in community-living older persons: A multifactorial geriatric syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1853-1866.

Verney, S. P., Gibbons, L. E., Dmitrieva, N. O., Kueider, A. M., Williams, M. W., Meyer, O. L., ... & Marsiske, M. (2019). Health literacy, sociodemographic factors, and

- cognitive training in the active study of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(4), 563-570.
- Von Ellenrieder, N., Dubeau, F., Gotman, J., ve Frauscher, B. (2017). Physiological and pathological high-frequency oscillations have distinct sleep-homeostatic properties. *NeuroImage: Clinical*, 14, 566–573.
- Welk, G. (2002). *Physical activity assessments for health-related research*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Wetsutthanon, K., Wongchan, S., ve Sampet, N. (2023). Health literacy, physical activity, food consumption behavior. **Thai Journal of Health Administration**.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*, 165(17), 1946-1952.
- Wong, M. C., Liu, J., Zhou, S., Li, S., Su, X., Wang, H. H., Chung, R. Y., Yip, B. H., Wong, S. Y., ve Lau, J. T. (2014). The association between multimorbidity and poor adherence with cardiovascular medications. *International Journal of Cardiology*, 177, 477-482.
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.
- World Health Organization. (2024). *Fiziksel Aktiviteye İlişkin Küresel Durum Raporu*. Retrieved January 7, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (2007). *The determinants of active ageing: Understanding the evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO. Retrieved September 10, 2023, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>
- Xie, Y., An, W., Zheng, C., Zhao, D., & Wang, H. (2022). Multidimensional health literacy profiles and health-related behaviors in the elderly: A cross-sectional survey. *International journal of nursing sciences*, 9(2), 203-210.

- Yeşil, H., ve Eyigör, S. (2015). Yaşlılarda fizik aktivite ve hastalıklara etkisi–I. *Ege Tıp Dergisi*, 54, 22-28.
- Yılmaz, N. A., Tat, A. M., Erdeo, F., ve Acar, M. (2021). Kadın akademisyenlerde fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 1-5.
- Zalai, D., Bingeliene, A., ve Shapiro, C. (2017). Sleepiness in the elderly. *Sleep Medicine Clinics*, 12(3), 429-444.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., ... & Kunze, M. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(4), 249-257.
- Zengin, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 80-87.
- Zhao, Y., Song, J., Brytek-Matera, A., Zhang, H., & He, J. (2021a). The relationships between sleep and mental and physical health of Chinese elderly: exploring the mediating roles of diet and physical activity. *Nutrients*, 13(4), 1316.
- Zhao, W. Y., Zhang, Y., Jia, S. L., Ge, M. L., Hou, L. S., Xia, X., Liu, X. L., Yue, J. R., ve Dong, B. R. (2021b). The association of sleep quality and sleep duration with nutritional status in older adults: Findings from the WCHAT study. *Maturitas*, 145(July), 1–5.

8. EKLER

EK 1. Mini Mental Durum Testi

Denek No:

Hastanın Adı, Soyadı :

Tarih: ____/____/____

Puanı: _____

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içerisindeyiz? _____
Hangi mevsimdeyiz? _____
Hangi aydayız? _____
Bu gün ayın kaçı? _____
Hangi gündeyiz? _____

Hangi ülkede yaşıyoruz? _____
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? _____
Şu an bulunduğunuz semt neresidir? _____
Şu an bulunduğunuz bina neresidir? _____
Şu an bu binanın kaçınıcı katındasınız? _____

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız:
Masa, bayrak, elbise. (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan. _____

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)

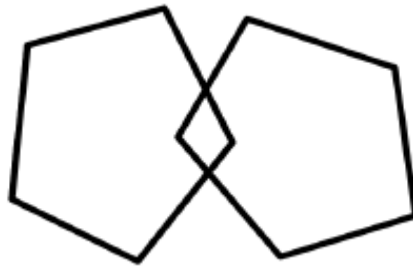
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz.
100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan. _____

Hatırlama (Toplam 3 puan)

Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin.
Masa, bayrak, elbise. Her doğru isim 1 puan. _____

Lisan (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesneleri isimleri nedir? _____
Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan.
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin.
Eğer ve fakat istemiyorum. (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
"Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan.
- Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.
Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin;
(Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan



Toplam Puan : _____

EK 2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Denek No:

Parametreler		Hastanın Değerlendirilmesi
Beslenme		Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir. ☐ 10 Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. ☐ 5 Tam bağımlıdır. ☐ 0
Yıkanma		Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir. ☐ 5 Yardıma ihtiyacı vardır. ☐ 0
Kendine Bakım		Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir. ☐ 5 Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar. ☐ 0
Giyinip Soyunma		Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir. ☐ 10 Yardıma gereksinim duyar. (işin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.) ☐ 5 Tam bağımlıdır. ☐ 0
Bağırsak Bakımı		Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir. ☐ 10 Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar. ☐ 5 İnkontinansı mevcuttur. ☐ 0
Mesane Bakımı		Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir. ☐ 10 Bazen tualete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçırr. ☐ 5 İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez. ☐ 0
Tuvalet Kullanımı		Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kağıdını kendi kullanabilir. ☐ 10 Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım alır. ☐ 5 Tam bağımlıdır. ☐ 0
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferler		Tam bağımsızdır. ☐ 15 Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel). ☐ 10 Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır. ☐ 5 Tam bağımlıdır. ☐ 0
Mobilite	Düzgün yüzeyde yürüme	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.) ☐ 15
	Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta bir kişinin sözel ya da fiziksel yardımıyla 45 m yürüyebilir. ☐ 10 Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa tualete yanaşabilir. ☐ 5 Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz. ☐ 0
Merdiven inip çıkma		Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...). ☐ 10 Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. ☐ 5 Yapamaz. ☐ 0

Toplam Puan:

0 ile 20 puan arası tam bağımlılık,
21 ile 61 puan arası orta derecede bağımlılık,
62 ile 90 puan arası hafif derecede bağımlılık,
91 ile 99 puan arası tam bağımsızlık

21 ile 61 puan arası ileri derecede bağımlılık,
91 ile 99 puan arası hafif derecede bağımlılık,

EK 3. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Denek No:

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek

3. Kilo (kg) :.....

4. Boy (cm) :.....

5. Vücut Kütle İndeksi(kg\m²) :.....

6. Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış

7. Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4) Lise
5) Üniversite 6) Yüksek lisans üzeri

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

9. Mesleğiniz: 1)İşçi 2)Memur 3)Emekli 4)Serbest Meslek 5)İşsiz 6) Diğer.....

10. Çalışma durumunuz nedir? 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

11. Gelir Kaynağı: 1) Maaş 2) Emekli maaşı 3) Emekli maaşı ve birikmiş para, faiz, kira

4)Çocuk ve akraba yardımı 5) Maaş ve birikmiş para, faiz, kira

12. Kaç çocuğunuz var?

13. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

14. Kronik bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

14.1.Cevabınız “Evet”ise kronik hastalığınızı belirtiniz?.....

1) HT 2) DM 3) KKY 4) KBY 5) Guatr 6) KOAH 7) Astım 8) KAH 9) Kanser
10) Osteoporoz 11) Diğer.....

15. Yaşınızı algılama durumunuz seçeneklerden hangisine uyuyor?

1) Çok Yaşlı 2) Yaşlı 3) Orta Yaşlı 4) Genç

16. Sigara Kullanımı: 1)Evet adet/gün 2) Hayır 3) Bıraktım

17. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet adet/gün 2) Hayır 3) Bıraktım

18. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 2) Eşi ile birlikte 3) Eş ve çocuklar ile birlikte 4) Akraba

19. Yürüme yardımcısı (baston, yürüteç vs..) kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

20. Gündüz uyuyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır

20.1. Gündüz uyuyorsanız (20. Soruya cevabınız Evet ise) süre.....

EK 4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Denek No:

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					

18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabilceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Denek No:

Aşağıdaki sorular, SON 1 (BİR) AY İÇİNDEKİ uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak cevaplayınız.		
1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	
2	Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?	
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	
4	Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	

GEÇEN AY aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?					
		Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
5a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
5b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
5c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
5d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
5e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
5f	Aşırı derecede üşüdünüz.				
5g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
5h	Kötü rüyalar gördünüz.				
5i	Ağrı duydunuz.				
5j	Diğer nedenler...				

		Geçen ay boyunca hiç yok	Haftada birden az	Haftada 1-2 kere	Haftada 3 veya daha çok
6	Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı aldınız?				
7	Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?				
8	Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?				

		Çok iyi	Oldukça iyi	Oldukça kötü	Çok kötü
9	Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?				

EK 6. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

Denek No:

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada _____gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. ☐ (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde _____saat

Günde _____dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada _____gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. ☐ (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde _____saat

Günde _____dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün,bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada _____gün

Yürümedim. ☐ (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde _____saat

Günde _____dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde _____saat

Günde _____dakika

EK 7. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kullanım İzni

Fiziksel Aktivite ölçeği kısa form

BC

Siz

Sayın Prof. Dr. Melda Sağlam, Ben İzmir Demokrasi Üniversitesi Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi Bengü Cebeci. Yüksek lisans tezim kapsamında, Uluslararası...

10.07.2024 Çar 02:01

MS

MELDA SAĞLAM

Kime: Siz

[Yanıtla](#) [Tümünü yanıtla](#) [İlet](#) [...](#)

19.07.2024 Cum 23:17

IPAQ anketinin puanlaması v...
38 KB

IPAQ Turkish short.doc
33 KB

2 ek (71 KB)

[Tümünü OneDrive'a kaydet](#)

[Tümünü indir](#)

Sayın Bengü Cebeci,

Yapacağınız çalışmanızda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Melda Sağlam
Hacettepe Üniversitesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi
Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

...

EK 8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 Kullanım İzni

Tsoy-32 kullanım izni

PO

PINAR OKYAY

Kime: Siz

Yanıtla Tümüü yanıtla İlet

12.09.2024 Per 06:34

Bu iletiyi 5.10.2024 Cmt 22:06 tarihinde ilettiniz

TSOY32.docx
20 KB

Merhaba Sevgili Bengü,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.

Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.

Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.

Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.

Umarım yeterli olur.

Selamlar.

Pinar

Ölçekte yer alan kodlamalar 1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor, 5 fikrim yok şeklinde

öncelikle üstte yer alan kodlamalar şeklinde girdiyeniz onları tekrar kodlamak gerekli 1-4, 2-3, 3-2, 4-1 şeklinde ve 5 seçeneğini işaretleyenleri de kayıp veri şeklinde tanımlamalısınız

indeks hesaplaması için de veritabanınızda Sağlık Bakanlığı dökümanın ilk sayfasındaki (ölçek çalışmasının 79. sayfası) tablodaki gibi her bir alt boyut için ortalamaları hesaplamalısınız (eğer 5 seçeneğini kayıp veri şeklinde tanımlamaz da 0 şeklinde girerseniz ortalama hesabında göz önüne alınacak ve ortalamaları düşürecek, o nedenle 5 seçeneğini işaretleyenlerin hesap yaparken boş şekilde yeniden kodlandığından emin olunuz)

TSOY-32, 2 boyut ve 4 süreç şeklinde tanımlanmıştır, her bir boyut ve süreçteki ortalamaları alın, ardından boyutları ve süreçlerin ortalamalarını alın ardından tüm soruların ortalamasını alın (her bir katılımcı için örneğin tedavi ve hizmet boyutunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma süreci için 8. katılımcının 1, 4, 5 ve 7. sorulara verdiği dönüştürülmüş puanların ortalaması; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için tablonun ikinci satırında yer alan soruların her biri gibi)

İndeks puanı hesaplanırken de ortalamadan 1 çıkarıp (50/3) ile çarpmalısınız; elde ettiğiniz değer o boyut, süreç veya tüm ölçek için indeks değeri ve o değer üzerinden direk olarak ölçüm verisi gibi analiz edebilir (örneğin TSOY-32 ölçeği indeksi erkeklerde 32,02+5,11 kadınlarda 34,02+6,20 şeklinde analiz edilebilir) ya da kategorik veriye dönüştürülerek (sınır değerleri yine 79. sayfada yer almakta) de analiz edebilirsiniz (erkeklerde % şu kadar mükemmel, şu kadar yeterli, ...; kadınlarda ...).

EK 9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

BC

BENGÜ CEBECİ

Kime:

2.07.2024 Salı 20:47

Hocam merhabalar ,
Ben Demokrasi Üniversitesi Yaşlı Sağlığı yüksek lisans programı öğrencisiyim yaşlılarda uygulayacağım tezim için [Pittsburgh uyku kalitesi indeksi](#) ölçeğinizi kullanmak istiyorum .
Geri dönüşünüz benim için kıymetli , iyi günler diliyorum.

Bengü Cebeci İnanc

MA

Mehmet Yücel AĞARGÜN<

Kime: Siz

2.07.2024 Salı 21:38

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz
Selamlar

Gönderen: BENGÜ CEBECİ <

Gönderildi: 2 Temmuz 2024 Salı 20:47

Kime: Mehmet Yücel AĞARGÜN <

Konu: YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ

EK 10. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Puanlama ve Değerlendirilmesi

UFAA anketi kısa formu (7 soru), yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Oturmada harcanan zaman ayrı bir soru olarak değerlendirilmektedir. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir.

Bu hesaplamalardan, **MET-dakika** olarak bir skor elde edilmektedir. Bir MET-dakika, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır. MET-dakika skorları 60 kilogramlık bir kişinin kilokalori değerlerine göre belirlenmiştir. Kilokaloriler, takip eden eşitlikten hesaplanabilir:

$\text{MET-dk} \times (\text{kişinin vücut ağırlığı kg} / 60 \text{ kilogram})$.

UFAA verilerinin analizi için aşağıdaki değerler kullanılmaktadır:

- Yürüme = 3.3 MET
- Orta şiddetli fiziksel aktivite = 4.0 MET
- Şiddetli fiziksel aktivite = 8.0 MET.

Örneğin, haftada 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/ hafta skoru;

$3.3 \times 30 \times 3 = 297$ MET-dk/ hafta olarak hesaplanmaktadır. Bu sürekli skorlamanın yanı sıra, ondan elde edilen sayısal verilerle, kategorisel skorlama yapılmaktadır.

Populasyonları kategorisel olarak sınıflarken belirlenen üç fiziksel aktivite seviyesi vardır -‘inaktif’, ‘minimal aktif’ ve ‘çok aktif (sağlıklı olmayı artıran fiziksel aktivite)’-. Bu seviyeler için kriterler yukarıda elde edilen sürekli skorlama değerleri hesaplanarak kurulmuştur.

UFAA anketinin kategorisel sınıflandırılması:

İnaktif (Kategori 1): Fiziksel aktivitenin en alt seviyesidir. Kategori 2 veya 3 için olan kriterleri karşılamayan durumlar ‘inaktif’ olarak düşünülmektedir.

Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki 3 kriterden herhangi birine girenler ‘minimal aktif’ olarak sınıflandırılabilir:

- a) Şiddetli aktivitenin, 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılması

veya,

- b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması

veya,

- c) Minimum en az 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi.

Yukarıdaki kriterlerden herhangi birini karşılayan bireyin fiziksel aktivitenin minimal seviyesine ulaştığı gösterilmiştir. Bu seviye, günlük yaşam boyunca biriken bir aktivitenin taban seviyesinden daha az olarak düşünülmektedir (neredeyse bir saat yürüyüşe denk gelir).

Yeterince Aktif (Kategori 3): Minimum halk sağlığı fiziksel aktivite önerilerini geçen insanlar için ‘çok aktif’ ayrı bir kategori olarak hesaplanmıştır. Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken aktivite düzeyidir. Kategori 3 aktivitenin daha yüksek eşliğinde yer alır ve alt populasyon grubundaki farklılığın ayırt edilmesi için yararlıdır.

‘Çok aktif’ olarak sınıflandırmak için iki kriter vardır:

- a) Minimum en az 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite

veya,

- b) Minimum en az 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

UFAA Oturma Sorusu:

UFAA oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivitenin skorlamasının bir parçasında yer almaz. Oturma verisi ortanca ve çeyrekliklerle rapor edilmemektedir. Sedanter (oturma) davranışlar üzerine az veri vardır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur.

"Bilmiyorum" veya "emin değilim" işaretlendi ise veya verilerde süre veya günler eksikse, bu kişi analizden çıkarılır.

EK 11. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Size yüz yüze okuyacağımız anket ve ölçek formlarını yanıtlayarak, sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kaliteniz ve sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitenize yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesine imkan sağlamış olacaksınız. Bu nedenle anket formunda yer alan sorulara doğru cevaplar verilmesi son derece önemlidir.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yoktur.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda anket ve ölçeklerin doldurulması için 20-25 dakika sürecektir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? 234
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı), Yoktur
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Size yüz yüze okuyacağımız sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitenize ilişkin anket ve ölçek sorularına doğru cevaplar vermeniz beklenmektedir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır? Size yüz yüze okuyacağımız anket ve ölçek formlarını yanıtlayarak, sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kaliteniz ve sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitenize yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesine imkân sağlamış olacaksınız. Sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kaliteniz ile ilgili farkındalığınız artacaktır. Bu alanda ihtiyaçlarınıza yönelik daha kaliteli bir bakımın verilmesine olanak sağlayacaksınız. Ayrıca Sağlık okuryazarlığı, fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi konusunda bilimsel bir yayının yapılmasına ve bu konuda pek çok insanın bilgilenebilmesine katkıda bulunacaksınız.
Araştırmaya katılmanın sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Önceden haber vermek koşuluyla, bu araştırmadan herhangi bir sebep göstermeden geri çekilebilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Size uygulanabilecek olan bir alternatif yöntem yoktur.	
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?	
Bu çalışmaya katılmanız size ve sağlık sigortanıza hiç bir mali yük getirmemektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.	
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?	
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.	
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?	
Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından kapsamlı bir literatür taraması ve hazırlanan Mini Mental Durum Testi (MMDT) (Ek-1), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) (Ek-2), Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-3), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Ek-4), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek-5) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Ek-6) ile toplanacaktır. Tanımlayıcı Bilgi Formu sizin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, çocuk sayısı, çalışıp çalışmadığınız gibi demografik bilgilerini toplamak için toplam 20 sorudan oluşmaktadır.	
Bilgilerin gizliliği:	
Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurlarını geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.	
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri	
1- Adı, soyadı:	Gül BÜLBÜL MARAŞ
2- Ulaşılabilir telefon numarası:	
3- Görev yeri:	İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

EK 12. Çalışma İzni Geriatri Kliniği

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 02.08.2024-1978286



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-54148036-010.99-1978286
Konu : Çalışma İzni Hk.

Sayın Bengü CEBECİ

Çalışma izni hususunda iletmış olduğunuz dilekçeniz Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyelerimiz tarafından incelenmiş olup ; ilgili akademik kurul kararımız ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

Prof. Dr. Zeliha Fulden SARAÇ
Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Erdem GÖKER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSA35972H34

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys>

Adres: Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu 35100 Bornova - İzmir
Telefon:0232 388 18 50-0232 390 3501-... Faks:0232 388 18 50-0232 390 3501-...
e-Posta: ıchastaliklari@mail.ege.edu.tr Web:www.ege.edu.tr
Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Fatma YAKUT
Unvanı: Veri Kayıt Elemanı
Tel No: 4262



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
E.Ü.TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Geriatri Bilim Dalı
Bornova / İzmir

SAYI: 54148036
Konu: :Çalışma İzni Hk.

30.07.2024

AKADEMİK KURUL KARARI

30.07.2024 tarihinde, Geriatri Bilim Dalı'nın Akademik Kurul Toplantısı; saat 11:00'de, Prof. Dr. Ömer YİĞİTBAŞI Kitaplığı'nda yapılmıştır. Akademik Kurulunda alınan kararlar aşağıda sunulmuştur.

Demokrasi Üniversitesi Yaşlı Sağlık Yüksek Lisans öğrencisi Bengü CEBECİ'nin çalışma izni hususunda yazmış olduğu dilekçesi incelenmiştir;

Öğrencinin tezıyla ilgili geriatri poliklinine bilgilendirme formu koymasında bir sakınca olmadığına,

Bununla birlikte eğer teze dahil olacak hasta geriatri polikliniğinde değerlendirilecek, gerekli ölçekler uygulanacak ve rutin içinde zaman mekan kullanımı olacaksa geriatri bilim dalından bir öğretim üyesinin desteği ve iş birliği gerekli olacaktır. Bu konuda ilgili öğretim üyesi ile dialoga geçmesi gerektiğine

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr.Z.Fulden SARAC
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Sevnaz ŞAHİN
Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç.Dr.E.Sumru SAVAS
Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç.Dr.Aslı KILAVUZ
Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

EK 13. Çalışma İzni Nöroloji Kliniği

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 11.07.2024-E.1943812



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-31672184-045.99-1943812
Konu : Akademik Çalışma İzni Hk.

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Hemşire Bengü CEBECİ'nin " Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi " isimli çalışmasının akademik amaçlı Nöroloji Anabilim Dalında yürütülmesi uygundur.

Prof. Dr. Dursun Emre KUMRAL
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU351KN454

Adres: Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon:0 232 390 38 60 Faks:0232 343 78 76
e-Posta:noroloji@mail.ege.edu.tr Web:www.ege.edu.tr
Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys>

Bilgi için: Nurdan KIRLIK
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 3903863-3903860



Ek 14. Ege Etik Kurul Onay Formu

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 23.10.2024-2113380



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-99166796-050.04-2113380 – 367
Konu : Onay Kararı 24-10.1T/42

23.10.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ
İzmir Demokrasi Üniversitesi

Kurulumuza başvururunu yaptığınız "**Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu araştırmanız Etik Kurulumuzca kabul edilmiştir.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM
Kurul Başkanı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSC3LZKJKY4

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/eg-e-universitesi-ebys>

Adres: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir

Telefon: +90 (232) 311 21 10 Faks: +90 (232) 339 90 90

Web: www.ege.edu.tr

Kep Adresi: egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: İsmihan Selin KÖYMEN

Unvanı: Veri Kayıt Elemanı

Tel No: 02323902128





T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hemşire Bengü CEBECİ İNANÇ
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Demokrasi Üniversitesi
DESTEKLEYİCİ	Yok
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Tanımlayıcı Anket Çalışması (Survey)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 24-10.1T/42	Tarih: 17.10.2024
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan	Tıbbi Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD	K	Hayır	Hayır	Kongre İzni
Prof. Dr. Yasemin Yıldırım Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Yasemin Eraç Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Gülbin Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Tahir Atik Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doc. Dr. Serhad Nalçacı Üye	Göz Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doc. Dr. Fatih Oltulu Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doc. Dr. Fatma Sert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Nur Soyer Üye	Hematoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Zümrüt Şahbudak Bal Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı	Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------

9. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

1	İsim Soyisim: Bengü CEBECİ İNANÇ
2	Doğum yeri/tarihi:
3	Dil bilgisi: Türkçe(Anadil) , İngilizce (A2)
4	İletişim bilgileri:

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1	Mezun olduğu üniversite: Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
B.2	Mezuniyet tarihi: 2018

C. İŞ TECRÜBESİ

C.1	2020- devam ediyor Ege Üniversitesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Nöroloji Yoğun Bakım)
-----	---

D. KURSLAR, EĞİTİMLER ve KONGRELER

D.1	Katıldığınız kurs, eğitim ve kongreleri lütfen belirtiniz: 2019 – Pedagojik Formasyon Sertifikası, Ege Üniversitesi 2019- Türk İşaret Dili Sertifikası, Bornova Halk Eğitim Merkezi 2019-İngilizce A2 Seviyesi, Bornova Halk Eğitim Merkezi 2021-Temel İlk Yardım Eğitimi, Ege Üniversitesi 2022- İletişim Becerileri Geliştirme Eğitimi, Ege Üniversitesi 2024- Temel Elektokardiyografi Eğitimi,Ege Üniversitesi 2025- Anne Sütünün Önemi ve Emzirme Danışmanlığı, Ege Üniversitesi
-----	---