



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**60 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK, YAŞAM KALİTESİ, İYİLİK
HALİ VE BAŞARILI YAŞLANMANIN SOSYAL
SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALPEREN GÖKTAŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2023

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**60 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK,
YAŞAM KALİTESİ, İYİLİK HALİ VE BAŞARILI
YAŞLANMANIN SOSYAL SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALPEREN GÖKTAŞ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. CELALETTİN ÇEVİK

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
Bilim Alan Kodu: 1032.05

BALIKESİR

2023



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Alperen GÖKTAŞ** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“60 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK,
YAŞAM KALİTESİ, İYİLİK HALİ VE BAŞARILI YAŞLANMANIN
SOSYAL SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17 /07/ 2023

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR
Karabük Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Emine AYHAN AKMAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 26 /07 /2023 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Ziya İLHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

21/06/2023

İmza

Alperen GÖKTAŞ

TEŞEKKÜR

Akademik eğitimim ve yüksek lisans tezim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösterici olan başta değerli danışman hocam Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca öğrettikleriyle bana katkı sağlayan kıymetli Halk Sağlığı Hemşireliği programındaki diğer hocalarıma,

Beni bugünlere getiren, eğitim hayatım boyunca her konuda beni destekleyen, yanımda olan canım annem Fatma GÖKTAŞ'a ve canım babam Zekeriya GÖKTAŞ'a,

Bu süreçte desteklerini esirgeyemeyen yakınlarıma ve çalışmama katılan katılımcılara,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT....	iv
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılık.....	5
2.1.1. Yaşlılık ve Sınıflandırılması.....	6
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanan Nüfus	8
2.1.3. Demografik Dönüşüm	14
2.1.4. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Sağlık Sorunları	16
2.1.5. Sağlık ve Hastalık Kavramı	25
2.2. Halk Sağlığı Hemşireliği ve Yaşlılık	27
2.3. İyilik Hali.....	29
2.4. Başarılı Yaşlanma	30
2.5. Algılanan Sosyal Destek.....	33
2.6. Sosyal Sağlık.....	34
3.GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	38
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	39
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.6. Veri Toplama Araçları	39
3.7. Verilerin Toplanması	42
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.9. Araştırmada Etik Konular	43

4. BULGULAR.....	44
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	44
4.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	46
4.3. Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait Tanımlayıcı Özellikler	49
4.4. Bağımsız Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması.....	50
4.5. Bağımlı Değişkenin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi.....	56
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	83
EKLER.....	84
EK-1. Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özellikler Formu	84
EK-2. WHO-5 İyi Hali İndeksi	87
EK-3. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği	88
EK-4. Başarılı Yaşlanma Ölçeği	90
EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	91
EK-6. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği.....	92
EK-7. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği Puan Hesaplaması	95
EK-8. Bağımsız Değişkenlerin Kategorizasyonu	96
EK-9. Valilik İzin Formu	98
EK-10. Etik Kurul Karar Formu	99

ÖZET

60 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK, YAŞAM KALİTESİ, İYİLİK HALİ VE BAŞARILI YAŞLANMANIN SOSYAL SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ

Araştırmanın amacı Balıkesir kent merkezinde bulunan Paşaalı Mahallesi'ndeki 60 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisinin incelenmesidir.

Kesitsel tipteki çalışma Ekim 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Balıkesir ilindeki Paşaalı Mahallesi'nde yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü, Epiinfo 7.0 program ile evreni 13390 kişi, %50 prevalans, %5 sapma, 1.5 desen etkisi kabul edilerek %95 güven düzeyinde 535 kişi hesaplanmış olup 535 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık düzeyidir. Tek değişkenli analizlerde t testi, ANOVA (posthoc: Tukey HSD), ileri analizlerde lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların WHO-5 İyilik Hali İndeksi ortalama puanı 16.91 ± 5.67 , Başarılı Yaşlanma Durumu ortalama puanı 51.74 ± 12.48 , EQ5D Genel Yaşam Kalitesi ortalama puanı 69.18 ± 18.77 , Algılanan Sosyal Destek ortalama puanı 74.04 ± 12.74 , Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puan ortalaması 50.00 ± 10.00 bulunmuştur.

Lineer regresyon analizi sonucunda Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı evli olmayanlarda ($\beta: -4.441$; %95 GA -6.62 ; -2.22), çalışanlarda ($\beta: -7.703$; %95 GA -13.72 ; -1.67), hobisi olmayanlarda ($\beta: -4.822$; %95 GA -6.29 ; -3.34), genel sağlık algısı iyi olmayanlarda ($\beta: -1.915$; %95 GA -2.66 ; -0.16) anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı yaş arttıkça ($\beta: -0.210$; %95 GA -0.36 ; -0.05), Başarılı Yaşlanma puanı arttıkça ($\beta: 0.126$; %95 GA 0.05 ; 0.19), EQ5D Genel Yaşam Kalitesi puanı arttıkça ($\beta: 15.479$; %95 GA 8.10 ; 22.85), Algılanan Sosyal Destek puanı arttıkça ($\beta: 0.132$; %95 GA 0.07 ; 0.19), Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı anlamlı olarak artmaktadır (Adjusted $R^2=0.457$, $F=50.334$, $p<0.001$).

Katılımcıların sosyal sağlıkları orta düzeydedir. Sosyal sağlığı yükseltmeye yönelik dezavantajlı gruplar öncelenerek, hobi edinme, genel sağlık durumunu ve sosyal destek yönünden destekleyici çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Algılanan sosyal destek, başarılı yaşlanma, iyilik hali, sosyal sağlık ve yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCIEVED SOCIAL SUPPORT, QUALITY OF LIFE, WELLNESS AND SUCCESSFULL AGING BETWEEN SOCIAL HEALTH IN INDIVIDUALS AGED 60 AND OVER

The purpose of the study was to examine the relationship between perceived social support, quality of life, well-being and successful aging with social health in people aged 60 and over in Paşaalanı neighborhood in Balıkesir city center.

The cross-sectional study was conducted in Paşaalanı neighborhood in Balıkesir province between October 2021 and February 2022. The sample size was calculated as 535 people at 95% confidence level by accepting the population as 13390 people, 50% prevalence, 5% deviation, 1.5% pattern effect with Epiinfo 7.0 program and 535 people were reached by multi-stage sampling method. The dependent variable of the study was the level of Social Health for the Elderly. In univariate analyses, t-test, ANOVA (posthoc: Tukey HSD) and linear regression analysis were used in advanced analyses.

The mean score of WHO-5 Wellbeing Index was 16.91 ± 5.67 , the mean score of Successful Aging Status was 51.74 ± 12.48 , the mean score of EQ5D General Life Quality was 69.18 ± 18.77 , the mean score of Perceived Social Support was 74.04 ± 12.74 , and the mean score of Social Health for the Elderly was 50.00 ± 10.00 .

Based on linear regression analysis, the Social Health for the Elderly Scale score was significantly lower in those who were not married ($\beta: -4.441$; 95% CI -6.62; -2.22), employed ($\beta: -7.703$; 95% CI -13.72; -1.67), had no hobbies ($\beta: -4.822$; 95% CI -6.29; -3.34), and had poor general health perception ($\beta: -1.915$; 95% CI -2.66; -0.16). As the Social Health for the Elderly score increases with age ($\beta: -0.210$; 95% CI -0.36; -0.05), as the Successful Aging Scale score decreases ($\beta: 0.126$; 95% CI 0.05; 0.19), as the EQ5D General Quality of Life Scale score decreases ($\beta: 15.479$; 95% CI 8.10; 22.85), Perceived Social Support Scale score decreases ($\beta: 0.132$; 95% CI 0.07; 0.19), Social Health Scale for the Elderly score decreases significantly (Adjusted $R^2=0.457$, $F=50.334$, $p<0.001$).

The social health of the participants was moderate. It is recommended to prioritize disadvantaged groups in order to increase social health and to carry out

supportive studies in terms of hobby acquisition, general health status and social support.

Key words: *Perceived social support, social health and life quality, successful aging, well-being.*



SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

ASHB	: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BYÖ	: Başarılı Yaşlanma Ölçeği
CDC	: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Ofisi
F	: ANOVA
GA	: Güven Aralığı
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan Basıncı
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
MWU	: Mann Whitney U Testi
OR	: Odds Ratio
p	: Anlamlılık Değeri
r	: Korelasyon Testi
SS	: Standart Sapma
t	: Student's T Testi
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

UNDESA : Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Hizmetler Dairesi Nüfus Bölümü

UNFPA : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

Üİ : Üriner İnkontinans

BKİ : Beden Kütle İndeksi

X : Ortalama

SS : Standart Sapma

β : Regresyon Katsayısı



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Dünya yaşlı nüfus dağılımı.....	9
Şekil 2.2. Türkiye’deki yaşlı nüfus oranlarına göre dağılımı.....	12
Şekil 2.3. Türkiye’de nüfus ve yıllık nüfus artış hızı	12
Şekil 2.4. Dünyada yaşlı nüfus.....	13
Şekil 2.5. Türkiye’de 2007-2022 yıllarında kadın ve erkek nüfus piramitleri.....	16



TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1. DSÖ'nün yaşlılık sınıflaması	5
Tablo 2.2. Türkiye'de cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı.....	9
Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.....	44
Tablo 4.2. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları.....	46
Tablo 4.3. Uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlara ait tanımlayıcı özellikler	50
Tablo 4.4. Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre yaşlılar için sosyal sağlık ölçeği	51
Tablo 4.5. Araştırma grubunda sağlıklı yaşama biçimi davranışlarına göre yaşlılar için sosyal sağlık ölçeği puanı.....	53
Tablo 4.6. Yaşlılar için sosyal sağlık puanı ile sürekli, kesikli değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki	55
Tablo 4.7. Lineer regresyon analizine göre yaşlılar için sosyal sağlık puanı ve ilişkili faktörler	57

1. GİRİŞ

Yaşlanma tüm insanlar için kaçınılmaz bir durum olup belirli fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği doğal bir gelişim aşamasıdır. Başka bir deyişle, yaşlanma hem fiziksel hem de zihinsel durumların önemli ölçüde bozulduğu, kendiliğinden ve ilerleyici olup geri dönüşü olmayan değişiklikler olarak adlandırmaktadır (Kazeminia ve ark., 2020).

Türkiye’de 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişiden oluşan yaşlı nüfus, son beş yılda %22.6 artış göstererek 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki sıklığı ise 2017’de %8.5 iken, 2022’de %9.9’a yükselmiştir. Bu dönemde yaşlı nüfusun %44.4’ünü erkekler, %55.6’sını kadınlar oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler’in tahminlerine göre, 2022 yılında dünya nüfusu 7 milyar 975 milyon 105 bin 156 kişi olarak öngörülmüş ve yaşlı nüfusun ise 782 milyon 998 bin 642 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Buna göre, dünya nüfusunun %9.8’ini yaşlı nüfus oluşturmakta ve en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla Japonya (%29.9), İtalya (%24.1) ve Finlandiya (%23.3) olarak belirlenmiştir. Türkiye ise 184 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023).

Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2017).

Yaşlanma literatürde “organizmada yaşlılıkla sonuçlanan bir dizi fizyolojik değişiklik” ya da “organizmanın metabolik streslere uyum sağlama veya biyolojik fonksiyonlarında azalma” olarak ifade edilmektedir (Simiç ve ark., 2023). Sağlıklı yaşlanma için çevre önemli bir konudur yaşlılıkla birlikte bireylerin çevreden etkilenme olasılığı artırtacağı için yaşlının yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Koldaş, 2017).

Yaşlanma kademeli ve geri dönüşümsüz bir patofizyolojik süreçtir. Doku ve hücre fonksiyonlarında azalma ve nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve bağışıklık sistemi hastalıkları dahil olmak üzere yaşlanmayla ilişkili çeşitli hastalıkların risklerinde önemli artışlar ile kendini göstermektedir. Yaşlanma, çeşitli stres faktörlerine yanıt olarak hasarın birikmesiyle indüklenen tüm organ sistemlerinde fiziksel işlevde ilerleyici ve geri döndürülemez bir düşüşle sonuçlanan her yerde bulunan biyolojik bir süreçtir (Guo ve ark., 2022).

Yaşlılık her bireyin kaçınılmaz olarak geçirdiği yaşlanma sürecinin son dönemidir ve halk sağlığının temel müdahale alanlarından biridir. Yaşlı bireylerin hayatın içerisinde aktif olarak kalması onların zihinsel, fiziksel ve psikolojik açıdan daha sağlıklı bir yaşlanma süreçlerinin olacağını düşündürmektedir (Koldaş, 2017).

Yaşlılıkla ilgili politika ve programlar, bireylerin yaşam süresini uzatmaktan çok, yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanarak aktif, katılımcı, bağımsız, sağlıklı, huzurlu ve başarı oranı yüksek bir yaşlanma hedeflemektedir. Bireylerin ve toplumların yaşlanmasıyla birlikte, yaşlıların toplumdaki statüleri ve kişisel verimlilikleri, o toplumun yaşam kalitesini belirleyen önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (Uçku, 2012).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel gerilemeler, gelirmede azalma, sosyal statü kaybı ve yalnızlaşma gibi birçok risk faktörü, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyerek desteklenmeyi gerektirmektedir. Yaşlılığın olumlu bir şekilde algılanması, yaşlı bireyin fiziksel, bilişsel, psikolojik, ekonomik ve sosyal değişikliklere karşı bağımsızlığını koruyabilmesiyle yakından ilişkilidir. Yaşlı bireyin sağlığını olumlu bir şekilde algılaması ve topluma katkı sağlamaya devam etmesi, yaşlılığı yalnızca sorunlarla dolu bir dönem olarak değil, doğal ve olumlu bir olgu olarak kabul etmesini sağlar (Öz, 2002).

Aktif yaşlanma, yaşlıların sağlıklı kalma, istihdamda daha uzun süre kalma ve aynı zamanda toplum ve siyasi yaşama katılma haklarını kolaylaştırmakla ilgilidir (Walker ve Maltby, 2012). Yaşlılık döneminde ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel gerilemeler sonucunda sosyal desteğe, bilgi, araç ve duygusal desteğe ihtiyaç vardır.

Sosyal destek literatürü genellikle alınan ve algılanan sosyal desteği birbirinden ayırmaktadır. Alınan sosyal destek, kişinin aldığı desteğin miktarını ifade ederken, algılanan sosyal destek, kişinin aldığı sosyal desteğin yeterliliği ve mevcudiyeti ile ilgilidir. Önceki çalışmalar, algılanan sosyal destek ile zihinsel ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkinin, alınan sosyal destek ile zihinsel ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğunu ortaya koymuştur (Van Sonderen, 1990).

Sosyal sağlık, bireylerin başkalarıyla sağlıklı ve ödüllendirici kişilerarası ilişkiler kurma yeteneğidir. Bir başka ifadeyle sosyal sağlık, başkalarıyla etkileşim kurma ve anlamlı ilişkiler kurma yeteneğimiz olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda sosyal durumlara ne kadar rahat uyum sağlayabildiğimizle de ilgilidir. Sosyal ilişkilerin akıl sağlığı, fiziksel sağlık, yaşam kalitesi ve ölüm riski ile ilişkisi vardır. Sosyal sağlık, genellikle iki farklı ama iç içe geçmiş kavramları ifade eden bir kavramdır. Sosyal sağlık, fiziksel ve zihinsel sağlıkla birlikte sağlığın önemli bileşenlerinden biridir. Fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık genellikle bireyle, beden ve zihnin nasıl çalıştığını ve bedenin çeşitli fonksiyonlarını sürdürmesini sağlar. Sosyal sağlık genellikle insanların başkalarıyla nasıl etkileşime girdiği ve bu etkileşimlerin bireysel refahla ilgili sonuçları veya yararları üzerine odaklanır. Sosyal sağlık hala bireysel sağlığı vurgulamakla birlikte, toplumun birbirine bağlı doğasını da göz önünde bulundurur. Sosyal sağlık genellikle insanların birbirleriyle nasıl etkileşim kurdukları ve nasıl sosyalleşip ilişki kurabildikleri ile ilgilenir. Bu arkadaşlıkları, bunları nasıl şekillendirip tutabileceğini içerebilir. Sağlığın çeşitli yönlerinin birbiriyle etkileştiği ve birbirini etkilediği yollar vardır. İzolasyonun sadece zihinsel veya bedensel bir hastalığın değil, aynı zamanda bir hastalığın veya bozulmanın bir sonucu olduğu yönünde bazı kanıtlar vardır. Bu, sosyal sağlığın insan sağlığı ve refahı kavramının bütününde artan öneminden kaynaklanmaktadır.

Literatüre bakıldığında yaşlıların sosyal sağlığını değerlendiren çalışmaların oldukça sınırlı olduğu gibi 60 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ilişkisini bir arada inceleyen toplum tabanlı çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenlerle bu çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir.

Bu araştırma Balıkesir kent merkezinde yer alan Paşaalanı Mahallesi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri kişilerde bazı sosyodemografik değişkenler, algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma tüm insanlarda kaçınılmaz bir durum olup belirli fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği doğal bir gelişim aşamasıdır. Başka bir deyişle yaşlanma hem fiziksel hem de zihinsel durumların önemli ölçüde bozulduğu, kendiliğinden ve ilerleyici olup geri dönüşü olmayan değişiklikler olarak adlandırılmaktadır (Kazeminia ve ark., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 2020 yılına kadar 65 yaş üstü insanların Dünya nüfusunun %20'sini oluşturacağı ve bunun yaklaşık %70'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (Kazeminia ve ark., 2020).

Yaşlılık 65 yaş ve üzeri kişiler olarak tanımlanmakta olup, yaşlılık kendi içinde genç yaşlı (60-74), yaşlı (75-84) ve ileri yaşlı (85+) olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır (DSÖ, 1998).

Tablo 2.1. DSÖ'nün yaşlılık sınıflaması.

1963		1998	
Yaş Grubu	Sınıflama	Yaş Grubu	Sınıflama
45-59	Orta yaşlı	60-74	Genç/erken yaşlı
60-74	Yaşlı	75-84	Yaşlı
75 ve üzeri	İleri yaşlı	85 ve üzeri	İleri yaşlı

Yaşlanma literatürde “organizmada yaşlılıkla sonuçlanan bir dizi fizyolojik değişiklik” ya da “organizmanın metabolik streslere uyum sağlama veya biyolojik fonksiyonlarında azalma” olarak ifade edilir (Simiç ve ark., 2023). Ayrıca yaşam süresince olgunlaşma ve gelişmeyi takip eden, çevre ve genetik yapının etkileşimin en üst düzeyde izlendiği ruhsal ve fizyolojik değişikliklerin ortaya döküldüğü ve karmaşık olan ayrıca bütün canlı türlerinde karşılaşılan doğal bir dönemdir (Yerli, 2017).

2.1.1. Yaşlılık ve Sınıflandırılması

Yaşlanma normal olarak, herhangi bir hastalığa sahip olmadan gelişen fizyolojik ve anatomik yapıda gözlemlenen değişiklikler olarak ifade edilmektedir. Bu süreçte kişi sahip olduğu genetik yapı, hastalıklar, ekonomik, kültürel, ruhsal durumlardan, bilimin ve teknolojinin gelişmesinden etkilenmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yaşlılığın sınıflandırılmasında ülkelerin durumları, sağlık sistemi, yürütülen politikalar gibi faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Yaşlılık dönemi sosyolojik ve fizyolojik olarak incelendiğinde farklı sınıflamalar karşımıza çıkmaktadır (Toprak ve ark., 2002).

Bunlar:

- Kronolojik açıdan yaşlanma
- Biyolojik açıdan yaşlanma
- Psikolojik açıdan yaşlanma
- Sosyolojik açıdan yaşlanma
- Toplumsal açıdan yaşlanma
- Ekonomik açıdan yaşlanma
- Patolojik açıdan yaşlanma

Kronolojik Yaşlanma: Bireyin, doğduğu andan yaşadığı süreç boyunca gelişen takvim yaşıdır. Yaşlılık kronolojik olarak ilk defa 1963'te DSÖ tarafından sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre 65 yaşın üstündekiler yaşlı olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1998; Bölüktaş, 2019). Tüm bireyler kronolojik olarak aynı oranda yaşlanmakta, ancak gerçek hayatta gözlemlediğimiz gibi biyolojik yaşlarında belirgin farklılıklar görülmektedir. Nitekim aynı kronolojik yaştaki insanlar yaşlanmayla ilgili aynı semptomları paylaşmayabilir. Bazıları yaşa bağlı düşüşü diğerlerinden daha hızlı yaşayabilmektedir (Gao ve ark., 2022).

Biyolojik Yaşlanma: Kişini doğumdan ölüme kadar geçirdiği fizyolojik ve anatomik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlanmayı etkileyen bazı etmenler

vardır. Bunlar zaman, çevre koşulları ve yaşam tarzı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hareketsiz yaşam, beslenme bozuklukları, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, sağlıksız koşullarda yaşama, çalışma ve çevre kirliliği gibi etkenler yaşlılıkta ortaya çıkan fiziksel değişimlerin düzeyini etkileyebilmektedir (Sütçü ve ark., 2022).

Patolojik Yaşlanma: Kişinin yaşlanmasına ve hastalıklara bağlı olarak gelişen yaşlanma türüdür (Toprak ve ark., 2002).

Psikolojik Yaşlanma: Kişinin kronolojik yaşlanmasıyla beraber, sorun çözme, öğrenme, algılama gibi hafıza gücü ve duygu durum çerçevesinde fonksiyon yitiminin olması, bireyin değişime uyum sağlama durumunun değişmesi ve bozulmasıdır (Bölüktaş, 2019).

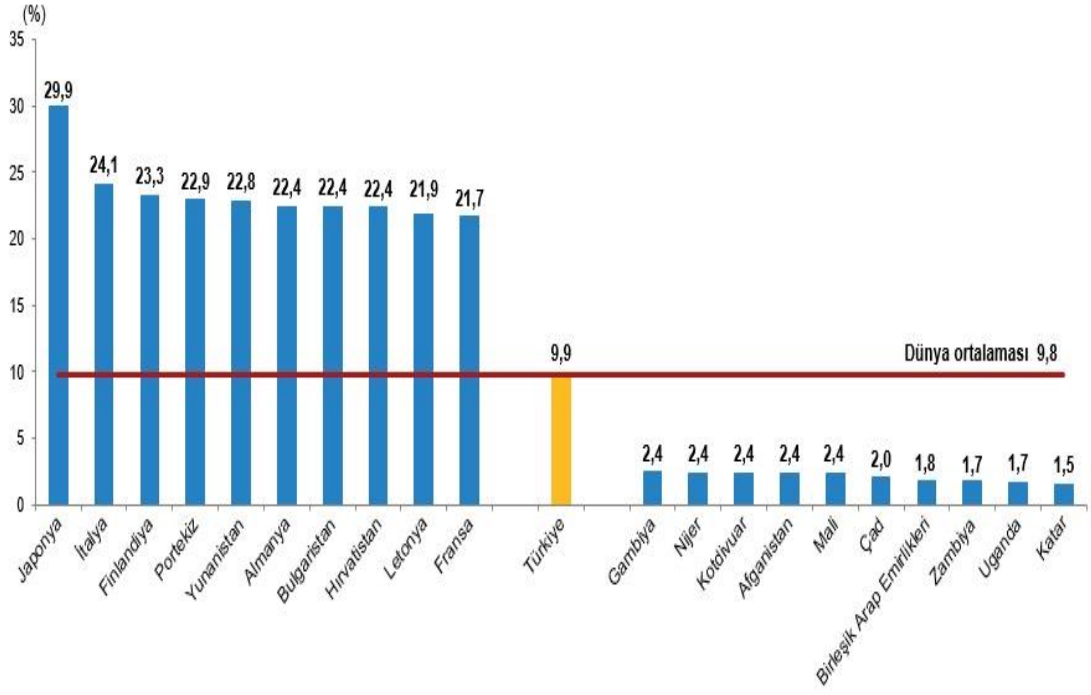
Sosyal Yaşlanma: Kişinin toplum içindeki sosyal yaşam ve iş yeteneğinin, gücünün azalmasıdır; kişinin bir topluma veya gruba uyum sağlayamama durumudur. Sosyal yaşlanmada sosyal destek sistemleri, sosyal çevre ile ilişkiler, dulluk, emeklilik, maddi, manevi kayıplar, fiziksel kayıplar ve yaşam kalitesinde meydana gelen değişiklikler rol oynamaktadır (Bölüktaş, 2019).

Ekonomik Yaşlanma: Yaşlı gerçekliği, yaşlıların bağımlılık oranı, yaşlı nüfus, yaşlıların aktif üretimi ve istihdama olan katkıları, emeklilik dönemi gibi daha çok ekonomik sistemle bütünleşmiş bir yapıda ekonomik açıdan ele alınmaktadır. Yaşlılık döneminin temel sorunlarına bakıldığında en temelde ekonomik sorunların olmasından bahsedebiliriz. Yaşlıları ekonomik kapsamda ele aldığımızda günümüzdeki yaşlanan toplumlarının var olan ekonomik durum ve sosyal refaha etkilerini araştırmak gerekir. Yaşlıların üretken olmasını sağlamak ve desteklemek ekonomik açıdan sistemle ilişkilerini olabildiğince uzatabilmek için önemlidir (Sütçü ve ark., 2022). Ekonomik açıdan bakıldığında yaşlılığı tanımlayabilmek için en temel konular yaşlı yoksulluğu ve emekliliğidir (Özmete ve ark., 2012).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanan Nüfus

Toplumlarda çocuk ve genç nüfus oranının azalarak yaşlı nüfus oranının artmasıyla nüfus yaş yapısında meydana gelen değişime nüfus yaşlanması denmektedir (DSÖ, 2020). Dünyada doğurganlığın azalması, mortalitenin azalması dünya genelinde nüfusta yaşlanma olarak gözlemlenmektedir. Doğum oranları ve mortalitenin azalması genelde gelişmiş ülkelerde karşımıza çıkmakla birlikte bu durum giderek gelişmekte olan ülkelerde de söz konusu olmaya başlamıştır. Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2019 raporuna göre, nerdeyse her ülkede yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının azalması nüfusun yaşlanmasına zemin hazırlamaktadır. Son yarım yüzyılda gelişen sosyo-ekonomik durumların yaşam süresine etkisi büyüktür. Doğum oranlarının azalması toplumdaki cinsiyet rolleri, politikalar ve üreme sağlığı ile ilgili gelişmeler ile ilişkilidir. 2021 verilerine göre dünyada toplam doğurganlık hızı 2.42’dir (TÜİK, 2021).

Türkiye’de, dünya genelindeki trende paralel olarak yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına kıyasla daha hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Bu durum, toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının yükselmesiyle birlikte çocuk ve genç nüfusun payının azaldığı ve Türkiye’de nüfusun yaş yapısının değiştiği anlamına gelmektedir. Bu demografik değişim süreci, Türkiye geçmişte yüksek doğurganlık oranlarına ve genç bir nüfusa sahip iken zamanla yaşlı nüfus artış göstermiş ve günümüzde yaklaşık her on kişiden biri yaşlı olmuştur (AÇHSB Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2020). Bu oran yaşlı nüfusa sahip olan ülkeler arasına geçişin bir göstergesidir. Dünyada en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ilk üç ülkeye bakacak olursak sırasıyla %29.9 ile Japonya, %24.1 ile İtalya ve %23.3 ile Finlandiya’dır. Türkiye, 184 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (Şekil 1.) (TÜİK, 2022).



Şekil 2.1. Dünya yaşlı nüfus dağılımı
(Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022).

Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken 2022 yılına baktığımızda 8 milyon 451 bin 669 kişiye ulaşmıştır. Bu dönemde yaşlı nüfusun ülkemizde toplam nüfus içindeki sıklığı ise 2017 yılında %8.5 iken 2022 yılında %9.9 olmuştur (TÜİK, 2022). 2017 yılında TÜİK tarafından açıklanan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre, yaşlı nüfusun %44.3’ü erkeklerden oluşurken, %55.7’si kadınlardan oluşmaktadır (TÜİK, 2022).

Tablo 2.2. Türkiye’de cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı.

YIL	Yaşlı nüfus			Yaşlıların toplam nüfus içindeki payı		
	Sayı			Yüzde		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
1935	628.041	278.846	349.195	3.9	3.5	4.2
1940	629.859	271.421	358.438	3.5	3.1	4.0
1945	626.543	256.683	369.860	3.3	2.6	4.0
1950	690.662	272.760	417.902	3.3	2.6	4.0

Tablo 2.2. (devam) Türkiye’de cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı.

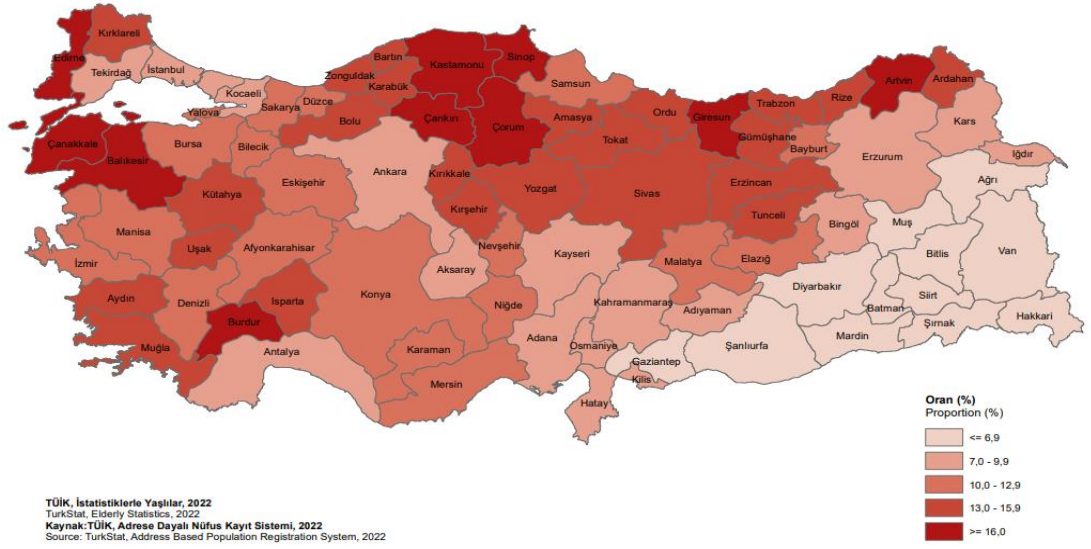
YIL	Yaşlı nüfus			Yaşlıların toplam nüfus içindeki payı		
	Sayı		Kadın	Yüzde		
	Toplam	Erkek		Toplam	Erkek	Kadın
1955	822.408	320.704	501.704	3.4	2.6	4.2
1960	978.732	388.087	590.645	3.5	2.7	4.3
1965	1.242.525	530.004	712.521	4.0	3.3	4.6
1970	1.565.696	707.807	857.889	4.4	3.9	4.9
1975	1.853.251	850.652	1.002.599	4.6	4.1	5.1
1980	2.113.247	955.360	1.157.887	4.7	4.2	5.3
1985	2.125.908	955.042	1.170.866	4.2	3.7	4.7
1990	2.417.363	1.091.142	1.326.221	4.3	3.8	4.8
2000	4.350.190	1.887.904	2.462.286	6.7	5.8	7.6
2007	5.000.175	2.150.103	2.850.072	7.1	6.1	8.1
2008	4.893.423	2.139.481	2.753.942	6.8	6.0	7.7
2009	5.083.414	2.222.764	2.860.650	7.0	6.1	7.9
2010	5.327.736	2.331.029	2.996.707	7.2	6.3	8.2
2011	5.490.715	2.397.925	3.092.790	7.3	6.4	8.3
2012	5.682.003	2.473.913	3.208.090	7.5	6.5	8.5
2013	5.891.694	2.561.074	3.330.620	7.7	6.7	8.7
2014	6.192.962	2.699.423	3.493.539	8.0	6.9	9.0
2015	6.495.239	2.843.442	3.651.797	8.2	7.2	9.3
2016	6.651.503	2.919.392	3.732.111	8.3	7.3	9.4
2017	6.895.385	3.033.433	3.861.952	8.5	7.5	9.6
2018	7.186.204	3.170.132	4.016.072	8.8	7.7	9.8
2019	7.550.727	3.337.260	4.213.467	9.1	8.0	10.2
2020	7.953.555	3.513.892	4.439.663	9.5	8.4	10.6
2023	8.867.951	3.964.105	4.903.845	10.2	9.1	11.3
2030	12.066.092	5.459.819	6.606.272	12.9	11.7	14.2
2040	16.373.971	7.451.781	8.922.190	16.3	14.9	17.7
2060	24.242.787	11.023.497	13.282.290	22.6	20.7	24.5
2080	27.413.359	12.556.365	14.856.994	25.6	23.6	27.5

Nüfus artışı, tüm dünya ülkeleri için ekonomik ve sosyal yönden (gıda, barınma, istihdam gibi temel sorunlarla bu sorunların yol açtığı diğer sorunlar) çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. Türkiye'nin nüfusu her yıl artış göstermekte, nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payı da her geçen yıl artmaktadır (Dündar ve ark., 2022).

Demografik geçiş sürecinin bir sonucu olarak, nüfusun yaşlanması kaçınılmaz hale gelmiştir. Ölüm ve doğurganlık oranlarındaki azalma, insanların yaşam sürelerinin uzamasına yol açmıştır. Bu süreçte genç nüfus gruplarından ileri yaş gruplarına doğru bir kayma gözlenmektedir. Yaşlı nüfusun artışındaki en önemli faktör, doğurganlık düzeyindeki düşüştür. Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.3 çocuktur. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. 2018 de Dünya genelinde toplam doğurganlık hızı 2.4 çocuğa düşmüştür. (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA], 2018).

Türkiye, dünyadaki demografik gelişmelerle paralel bir süreç yaşamaktadır. Cumhuriyet dönemiyle birlikte başlayan nüfus politikalarının etkisiyle, Türkiye'nin nüfusu 1927'deki ilk sayımda 13.6 milyon iken, 1960'ta iki katına çıkarak 27.8 milyona ulaşmıştır. Bu süre zarfında toplam doğurganlık hızının yaklaşık altı çocuk seviyesinde olduğu görülmektedir. Ancak 1965 yılından itibaren uygulanan antinatalist nüfus politikalarıyla birlikte doğurganlık hızı düşmeye başlamış ve %61.0 oranında azalma kaydedilmiştir. Kırsal kesimden kente göçün hız kazandığı 1950'lerden itibaren ve son 30 yılda artan bir şekilde devam etmesi, ana-çocuk sağlığındaki gelişmeler, eğitim düzeyindeki artış ve kadının iş hayatındaki rolü, özellikle 1980'lerden sonra doğurganlığın hızla azalmasına yol açmış ve toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2.3 çocuğa düşmüştür (TNSA, 2018).

Yaşlı nüfus oranının Türkiye'de en yüksek olduğu il Sinop olup, takip eden iller sırasıyla Kastamonu, Giresun'dur. Bu oranın en düşük olduğu il ise Şırnak'tır takip eden iller ise sırasıyla Hakkâri ve Şanlıurfa'dır (TÜİK-ADNKS, 2022). Ayrıca Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10.0 ve üzeri olduğu il sayısı bu dönemde 52 olmuştur (TÜİK, 2022) (Şekil 2.2).



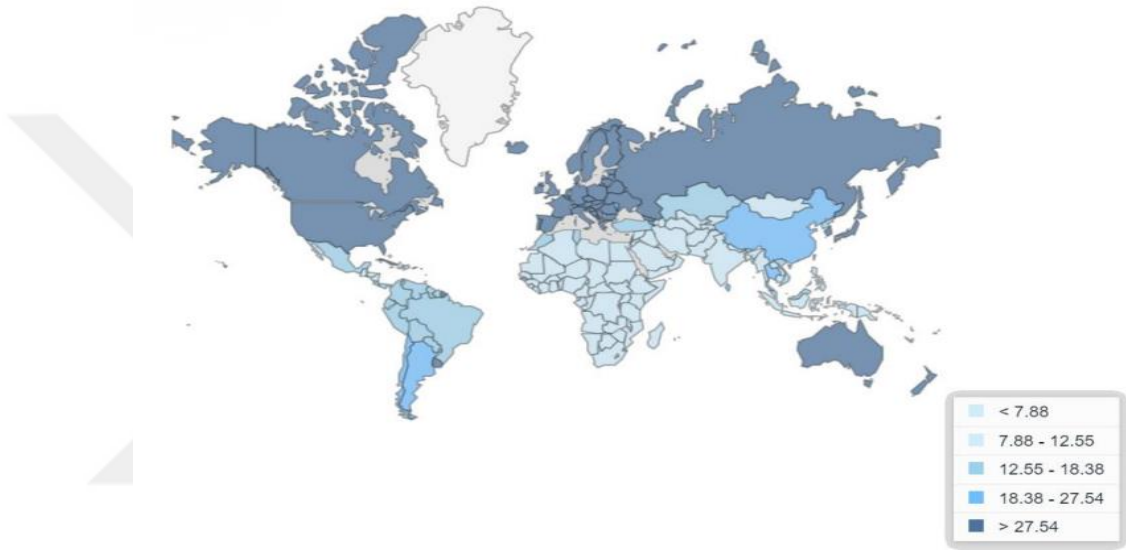
Şekil 2.2. Türkiye’deki yaşlı nüfus oranlarına göre dağılımı, 2022
 (TÜİK, 2022).

31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’de ikamet eden yaşlı nüfus, bir önceki yıla göre 599 bin 280 kişi artarak 5 milyon 279 bin 553 kişiye ulaşmıştır. Bu nüfusun %50.1’ini erkekler, %49.9’unu ise kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’de 2007-2022 yılları arasında nüfus artış hızı düşerek %13.1 ile %7.1 arasında seyretmiştir. Ancak, 2020 ve 2022 yıllarında nüfus artış hızında keskin bir düşüş görülerek %7.55 seviyesine gerilemiştir (TÜİK, 2022) (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Türkiye’de nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2022
 (TÜİK, 2022).

Dünyadaki nüfus tahminlerine bakacak olursak 2020 yılı için dünyada yaşlı nüfusun 729.887.660 kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahminlere göre yaşlı nüfus dünya nüfusunun %9.5'ini oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) verilerine bakacak olursak 1950 yılında yaklaşık %5 olan yaşlı nüfus oranı neredeyse iki kat artış göstermiştir. Dünyada yaşlı nüfus yoğunluğunun Avrupa, Kuzey Amerika, Asya'nın doğu ve kuzey kesimlerinde olduğu görülmüştür. Öte yandan Afrika'da ise yaşlı nüfus oranının düşük olduğu görülmektedir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020) (Şekil 2.4).



Şekil 2.4. Dünyada yaşlı nüfus-2019

(Dünya Bankası, 2019).

Dünyada yaşlı nüfusun durumuna bakıldığında 1950 yılında 200 milyon kişi 60 yaş ve üzerinde olduğu, 1950 yılında her 100 kişiden sekizinin 60 yaş ve üzerinde olduğu 0-14 yaş grubu çocukların ise dünya nüfusunun %34'ünü oluşturduğu görülmektedir (DSÖ, 2015).

Dünyada 2000 yılındaki duruma bakıldığında 600 milyon kişi, 60 yaş ve üzeri kişilerden oluşmakta olup yaklaşık her 10 kişiden birinin yaşlı olduğu, üç kişiden birinin ise 0-14 yaş grubunda olduğu görülmektedir (DSÖ, 2015).

2050 yılı için öngörülen duruma bakıldığında gelecekte 60 yaş ve üstü kişi sayısının 1 milyar olması düşünülmektedir yani her beş kişiden biri yaşlı olması, her beş kişiden birinin 0-14 yaş grubunda olması öngörülmektedir. Dünya nüfusunun

artmasından dolayı 314 milyon kişinin 80 yaşından büyük, 61 milyon kişi 90 yaşından büyük, 3.2 milyon kişinin ise 100 yaşından büyük olması düşünülmektedir. Bu dönemde 65 yaş ve üzeri kişilerin %55'i kadın, 100 yaş ve üzeri kişilerin ise %6'sının kadın olacağı düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkeler tahminlere göre önümüzdeki 20-40 yıl içerisinde demografik dönüşümü çok daha hızlı yaşayacaklardır. 65 yaş ve üstü kişilerin nüfus içerisindeki oranı %7'den %14'e ulaşması ABD'de 69 yıl, Fransa'da 115 yıl, Japonya'da 26 yıl sürmüşken, Çin'de 26 yıl, Azerbaycan'da 33 yıl, Singapur'da 19 yıl süreceği tahmin edilmektedir (Tekin ve Kara, 2018).

Nüfusun yaşlanması küresel bir trenddir ve hemen hemen tüm ülkelerde yaşlı nüfusun oranı artmaktadır. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Hizmetler Dairesi Nüfus Bölümü (UNDESA) tarafından 2022 yılında yayımlanan "Dünya Nüfusunun Yaşlanması Raporu"na göre, 2022 yılında dünya genelinde 65 yaş ve üstü nüfusun 761 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu rapora göre, 2050 yılına kadar bu sayının 1.6 milyara ulaşması beklenmektedir. Buna göre, 2050 yılında dünya nüfusunun her altı kişisinden biri 65 yaş ve üzerinde olacağını, 80 yaş ve üstü insanların sayısının da daha da hızlı arttığını belirtmişlerdir (UNDESA, 2023).

2.1.3. Demografik Dönüşüm

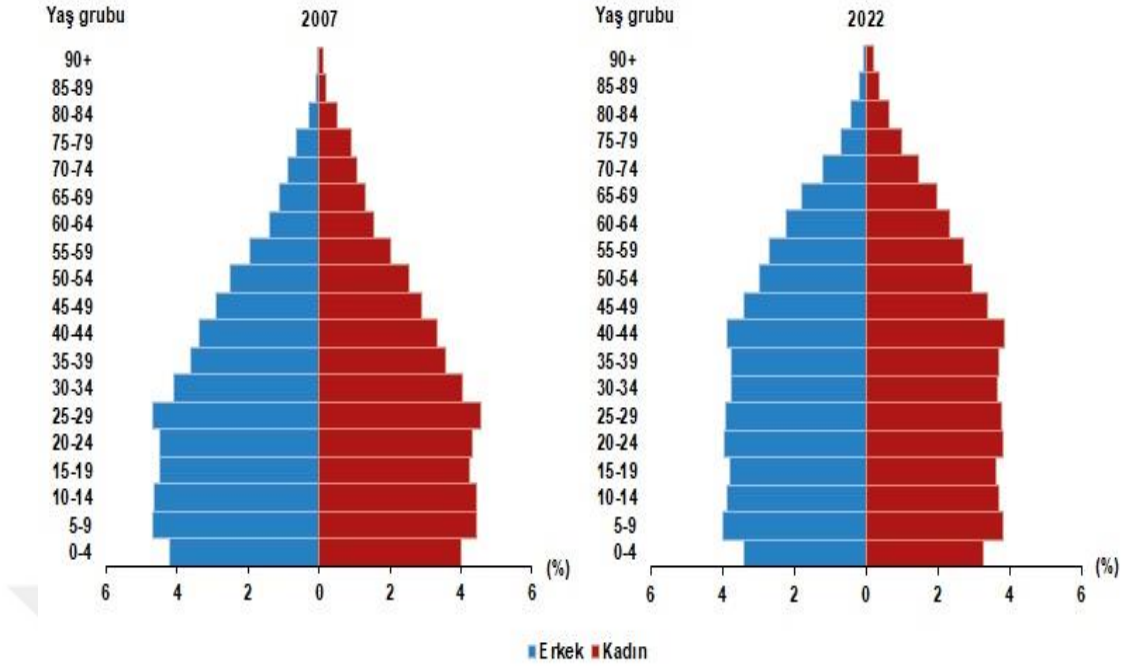
Küresel yaşlanma süreci, demografik dönüşüm olarak da ifade edilmektedir. Bu dönüşümde, nüfusun yaş grupları arasındaki yapısı değişmektedir. Mortalite (ölüm) ve fertilité (doğurganlık) hızları düşmekte, doğumda beklenen yaşam süresi ise artmaktadır. Demografik değişim dört aşamadan oluşur.

Demografik değişimin aşamaları: Birinci aşama çok yüksek doğurganlık ve ölümün olduğu; ikinci aşama, azalan mortalite ancak yine de yüksek doğurganlık; üçüncü aşama, azalan mortalite, doğurganlık ve dengeli nüfus artışı; dördüncü aşama, mortalite ve doğurganlığın çok düşük olduğu aşamadır. Bu değişimler sonucunda yaşlıların oranı artarken genç ve çocukların nüfus içindeki oranı azalmaktadır. Bu durum, toplumların yaş yapısının değiştiği ve yaşlı nüfusun toplum içinde önemli bir kesimi oluşturduğu anlamına gelmektedir (Mandıracioğlu, 2010).

Türkiye’de demografik değişim için nüfus ve özellikleri büyük önem taşımaktadır. Türkiye, ölüm ve doğurganlık oranlarının gerilediği ve nüfus artışının dengelendiği üçüncü aşamadadır (Bostan ve ark., 2019).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından yapılan tanımlamaya göre demografik yaşlanma, ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık hızının azalması sonucunda toplumun yaş durumunun değiştiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte genç nüfusun oranı azalırken yaşlı nüfusun oranı artmaktadır. Bu durum, toplam nüfus içinde genç olan nüfusun payının azalması ve yaşlı nüfusun payının göreceli olarak artması anlamına gelmektedir. Bu demografik değişim, sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında önemli etkiler yaratır ve toplumlar için yeni zorluklar ortaya çıkarmaktadır (UNFPA, 2022). 2020 yılında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) tarafından hazırlanan Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi Raporu’nda vurgulanan nokta, dünya genelinde ve gelişmekte olan ülkelerde de doğum oranlarının azalması ve beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının arttığıdır. Bu eğilim, gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmayıp gelişmekte olan ülkelerde de gözlemlenmektedir (ASHB Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi, 2020).

Türkiye, sosyal ve ekonomik değişimlerle birlikte demografik yapıda büyük bir dönüşüm geçirmektedir. Nüfus artış hızı yavaşlamakta ve doğurganlık ile ölüm hızları düşmektedir (UNFPA, 2022). Türkiye’de 2000 yılının başında yüksek doğurganlık ve ölüm oranları hızla düşmeye başlamış ve 2019’da düşük doğurganlık (%2.1) ve ölüm oranı (%0.05) nedeniyle nüfus artışında (%1.24) bir yavaşlama olmuş, doğumda beklenen yaşam süresi 78.3 yıla yükselmiştir (Cumhurbaşkanlığı On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023, 2019). 2007 ve 2022 yılları arasında Türkiye’nin nüfus piramitlerinin karşılaştırılması sonucunda, düşen doğurganlık ve ölüm oranlarına bağlı olarak yaşlı nüfusun arttığını ve ortalama yaşın yükseldiğini görülmektedir (TÜİK, 2022; TÜİK, 2022) (Şekil 2.5).



Şekil 2.5. Türkiye’de 2007-2022 yıllarında kadın ve erkek nüfus piramitleri (TÜİK, 2022).

Gelişmiş ülkelerde yaşlı bağımlılık oranı, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek bir düzeydedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran genellikle %7 civarında iken, Afrika ülkelerinde %6 ve Güney Asya ülkelerinde ise %5 düzeyindedir. Ancak gelişmiş ülkelerde bu oran ortalama olarak %15 seviyesinde seyretmektedir (Çuhadar, 2016). Türkiye’de çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısını gösteren yaşlı bağımlılık oranı 2017’de %12.6 iken bu oran 2022’de %14.5’e yükselmesi, 2030’da %19.6’ya, 2040’ta %25.3’e, 2060’ta %37.5’e ve 2080’de %43.6’ya yükselmesi öngörülmektedir (TÜİK, 2022).

2.1.4. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile birlikte yaşlılar birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunları, düşme, demans, depresyon, inkontinans sorunlar öne çıkmaktadır.

Düşmeler: Toplumda 65 yaş üstü her üç kişiden biri yılda en az bir kez düşmektedir. 80 yaş üstü için bu oran her iki kişiden birine çıkmaktadır. Düşme dönemleri genellikle hem hastalar hem de aileleri tarafından yaşlanmanın bir parçası

olarak algılanmaktadır. Pek çok yaşlı, düşmelerini bildirmeyen ve yaralanmadıkça tıbbi yardım almayan "sessiz düşme" ile karşı karşıyadır (Ang ve ark., 2020). Önlem alınmayan bir düşüş, tekrarlayan düşmelere neden olabilir. Nitekim düşenlerin %30'u tekrar düşmektedir. Tekrarlayan düşmeler, yılda ikiden fazla düşme olarak tanımlanmakta ve nadiren kazara bir nedene bağlı olmaktadır (Ang ve ark., 2020). Yaşlılarda denge eksikliği ve düşme korkusu günlük aktivitelerin bozulmasına, düşmeye ve nihayetinde yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Zahedian ve ark., 2021).

Düşmeler yaşlı insanlar için yaygın bir sorundur. Egzersiz eksikliği, yetersiz beslenme, kas gücünde ve fiziksel aktivitelerde azalmaya yol açar. Bunlar gücü, propriyosepsiyonu, dengeyi ve fonksiyonel kapasiteyi etkileyerek yaşlılarda düşmelere neden olabilir. Düşmelerin ilk nedeni genellikle denge bozukluğudur; ardından kas-iskelet sisteminin bozulması, sinir sistemi, duyuusal bozulma görme, ikinci önde gelen nedendir. Egzersiz, diğer tedavilere kıyasla düşmelerin önlenmesi için anahtardır. Düşmeleri azaltmak için birçok egzersiz müdahalesi vardır. Bunlar arasında denge ve esneklik eğitimi, bir direnç egzersizi güçlendirme programı ve dayanıklılık eğitimi yer alır ve bunların hepsinin toplumda yaşayan yaşlılarda fiziksel zindeliği geliştirmede ve düşmeleri azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Chittrakul ve ark., 2020).

Düşmeler, tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçlarıyla yaşlı nüfusta önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Farklı özelliklere ve kırılabilirlik düzeylerine sahip yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, düşme sıklığı farklı şekillerde ifade edilse de ileri yaşlarda düşme yaygın bir sağlık sorunudur. Her yıl toplumdaki yaşlıların yaklaşık %30-40'ı düşme yaşayabilmektedir (Çevik ve ark., 2020).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda rapor edilen düşme sıklıkları da benzer bir trend göstermektedir. Nitekim Balıkesir ilinde yürütülen bir çalışmada yaşlıların son 6 ayda %23.3'ünün; son bir yılda %40'ının düştüğü, %21.3'ünün tekrarlayan düşme yaşadığı bulunmuştur (Çevik ve ark., 2020). 73.9 yaş ortalamasına sahip bir toplumdaki yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, son bir yıl içerisinde bu yaşlı bireylerin %39'unun en az bir kez düşme yaşadığı belirlenmiştir (Değer ve ark., 2019). 80 yaş ve üzeri yaşlı bireyleri içeren başka bir çalışmada,

düşme sıklığı yaşam oranının %35.4 olduğu belirtilmiştir (Şimşek ve ark., 2020). Toplumda yaşayan ve ortalama yaşı 68.9 olan yaşlı bireylerin incelendiği diğer bir araştırmada, son bir yıl içinde en az bir kez düşme sıklığının %37.2 olduğu ve düşmeler sonucunda yaralanma oranının %57.6 olduğu belirlenmiştir (Altıntaş ve Aslan, 2019). Hastane geriatri polikliniğine başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda, düşme sıklığının %25.8 ile %42.6 arasında değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Bulut ve ark., 2018; Naharci ve ark., 2019; Naharci ve Taşçı, 2020). Huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yapılan araştırmalar, Türkiye’de düşme sıklığının toplumda yaşayan yaşlılara oranla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, farklı ülkelerde yürütülen benzer çalışmalarla uyumlu sonuçlar vermektedir. Bu çalışmalarda düşme sıklığı %33 ile %49.2 arasında değişmektedir (Okuyan ve Bilgili, 2018; Güner ve Gülhan, 2017). Düşme olayları yaşlılarda sadece sıklığıyla değil, aynı zamanda ciddi tıbbi sonuçları, hastalık yükü ve maliyetiyle birlikte büyük bir önem arz etmektedir. Düşme problemi yaşayan yaşlı bireylerin %20-30’u çeşitli derecelerde yaralanmalarına neden olmakta ve hastanelerdeki acile olan başvuruların %10-15’ini oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca, düşme sonucu meydana gelen kalça kırıklarının %20’si bir yıl içerisinde kaybedilmekte veya bağımlılık, otonominin kaybı, konfüzyon, hareketsizlik ve depresyon gibi sonuçlara yol açmaktadır (DSÖ, 2007).

Üriner İnkontinans: DSÖ ve Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), üriner inkontinansı (Üİ) idrarın üretradan istem dışı kaçması olarak tanımlar ve bunu sağlık, sosyal ve hijyenik bir sorun olarak kabul eder (Weber ve ark., 2020). Bu tıbbi durum yaşlılarda, özellikle huzurevlerinde yaygındır, ancak daha genç yetişkin erkekleri ve kadınları da etkileyebilir. Üİ hem hasta sağlığını hem de yaşam kalitesini etkileyebilir. Bazı hastalar çeşitli nedenlerle Üİ sorunu yaşadıklarını sağlık uzmanlarına bildirmediğinden prevalans hafife alınabilir (Tran ve Puckett, 2022).

Üİ, önemli bir halk sağlığı sorunu olup semptom veya bulgu açısından farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Semptomatik Üİ, hastaların istem dışı idrar kaçırma şikayetlerini bildirmesiyle ortaya çıkar, bulgusal Üİ ise değerlendirme sırasında istem dışı idrar kaçışının gözlenmesiyle belirlenmektedir (Dumoulin ve Hay-Smith, 2010).

Üİ, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olup, fiziksel aktivitelere katılımın azalması, sosyal izolasyon ve artan stres düzeyi gibi sonuçları beraberinde getirmektedir (Wagg, 2015).

Üİ, yaşla birlikte artan bir yaygınlık gösteren ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen bir durumdur. Epidemiyolojik araştırmalar, 65 yaş üstü bireylerin %15-30'unun Üİ sorunu yaşadığını, uzun dönem bakım gören yaşlılarda ise bu oranın %60-70'e kadar yükseldiğini göstermektedir. Altmış yaş üzeri kadınların üçte birinde değişen derecelerde Üİ görüldüğü bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçları, 65 yaş üstü hastanede yatan hastalarda Üİ prevalansının %41.6 olduğunu göstermiştir (Savaş ve ark., 2020). Yaşlılarla yürütülen bir çalışmada katılımcıların %38.6'sı öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırmakta, %79.7'si günlük aktiviteler sırasında idrarını kaçırmakta, %43.7'si ilk idrar kaçırmaya sorununu yakınlarına bildirmekte, %42.3'ü hekime başvurmakta, %14'ü hiçbir şey yapmamaktadır (Bulgak ve Avcı, 2022). Yaşlı popülasyonda Üİ yaygın bir sorun olmasına rağmen Norveç ve İngiltere'deki araştırmalar, bu bireylerin şiddetli semptomlara sahip olsalar bile inkontinans tedavisi için sağlık profesyonellerine başvurma oranının oldukça düşük olduğunu (%9-25) göstermektedir (Wagg, 2015).

Demans: Demans kelimesi Latince "mens" (zihin) kelimesinden türetilmiştir ve Latince "yerleşik, var olan, sonradan yitirilen zihin" anlamını taşımaktadır. Bilimsel olarak, demans, yetişkinlerde merkezi sinir sisteminin hasar görmesi sonucu bilişsel (kognitif) fonksiyonlarda bozulma ve bu bozulmanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi olarak tanımlanabilir. Bu tanıma ek olarak, hastanın bilinçli olması gerekmektedir (Sacuiu, 2016).

İlk olarak yaşlılıkta ortaya çıkan psikiyatrik hastalıkların demans habercisi olabileceği uzun zamandır bilinmektedir. Özellikle ilk kez yaşlılık döneminde ve herhangi bir stres etkeni olmadan gelişen depresyon, eşlik eden vasküler hastalıkların varlığında vasküler demansın öncülü olabildiği gibi, Alzheimer tipi demansın öncülü de olabilmektedir. Bilişsel bozulma artık artan yaşam süresi ve bunun sonucunda bakım ihtiyacı ile giderek daha fazla ilişkilendirilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Aytulun ve Aki, 2022).

Demans, 65 yaş üstü kişilerin %1-2'sinde görülmekte olup bu oran yaklaşık olarak her altı yılda bir ikiye katlanmaktadır. Demansı olan kişilerin %90'ından fazlası 65 yaşın üzerindedir. Demans, dünya çapında beşinci önde gelen ölüm nedenidir. Demanslı kişiler için yapılan yıllık harcama yaklaşık bir trilyon ABD dolarına ulaşmaktadır. Bu nedenle demans yaygın bir halk sağlığı sorunudur (World Alzheimer Report, 2019).

Demans hastalarının %90'ında bilişsel gerilemeyle birlikte psikoz, saldırganlık, ajitasyon ve depresyon gibi davranışsal ve psikolojik belirtiler görülmektedir. Sanrılar ve halüsinasyonları içeren bunama ile ilişkili psikoz, kurumsallaşmaya, bilişsel gerilemeye ve bakıcı yüküne katkıda bulunmaktadır. Sanrılar ve halüsinasyonlar, hastalığın süresi ve şiddeti ile artma eğilimindedir, ancak bireysel dalgalanmalar da vardır. Tüm demans tiplerinde çeşitli semptomlar ortaya çıkabilirken, görsel halüsinasyonlar özellikle Lewy cisimcikli demanslarda (Lewy cisimcikli demans ve Parkinson hastalığı demansı) yaygın görülmektedir (Aarsland, 2020). Çin'de yapılan bir çalışmada yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış genel prevalansın demans için %6.0, alzheimer hastalığı için %3.9 (3.8-4.1), olarak bulunmuştur. Ayrıca %6 (1.5-1.7) vasküler demans için ve %0.5 (0.5-0.6) diğer demanslar olarak verilmiştir (Jia ve ark., 2020).

Depresyon: Depresyon, dünya çapında hastalık yükünün önde gelen bir nedenidir ve batı popülasyonlarında daha yüksek ölüm riski ile ilişkilidir. Depresyon giderek yaygınlaşmakta ve dünya çapında önde gelen hastalık yüklerinden biridir. Ciddi depresif bozukluğun tahmini mevcut prevalansı %4.7'dir ve tahmini yıllık insidans oranı tüm dünyada %3.0'dır (Meng ve ark., 2020).

Depresyon, yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitesinin önündeki en yaygın engellerden biri olarak kabul edilir. Yaşlılarda depresyonu azaltmada ve iyilik halini artırmada anımsama ve yaşamı gözden geçirme müdahalelerinin etkinliğine ilişkin kanıtlar birikmektedir. Sağlık bakım maliyetleri üzerine yapılan araştırmalar, depresyonu olan yaşlı yetişkinlerin, diğer kronik hastalıkların varlığından bağımsız olarak, depresif olmayan muadillerine göre daha yüksek sağlık maliyetlerine sahip olduğunu göstermiştir (Ghafri ve ark., 2021).

Depresyon, daha kısa telomer uzunluğu, hızlanan beyin yaşılanması ve ileri epigenetik yaşılanma ile kanıtlanan biyolojik yaşılanmayı ilerletmektedir. Depresyon, obezite, kırılgnlık, diyabet, bilişsel bozukluk ve ölüm riskini arttırmaktadır. Çok sayıda literatür, depresyonu kardiyak, serebrovasküler ve periferik arter hastalıklarıyla ilişkilendirmektedir. Depresif bireylerde, depresif olmayan bireylere göre %45 daha yüksek inme riski ve %25 inmeye bağılı ölüm riski daha yüksektir. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar dahil olmak üzere tıbbi hastalıklara sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. Birlikte ele alındığında, bu gözlemler, depresyonun çeşitli tıbbi hastalıklara yatkınlık yarattığını, ancak tıbbi hastalıkların da ileri yaş depresyonu riskini artırdığını göstermektedir (Alexopoulos, 2019).

Yaşlı bireylerde yapılan bir araştırmaya göre depresif belirtilerin yaygınlığı %62.8 olarak bulunmuştur (Matias ve ark., 2016).

BM ve DSÖ kronik hastalıkları dünyada ciddi bir sağık sorunu olarak kabul etmektedir. Ölümlerin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Sosyal değışim, plansız kentleşme, sağıksız bir fiziksel çevre ve sağıksız bir yaşam tarzı, kronik hastalığın temel itici güçleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, kronik hastalıklar tüm ölümlerin %80'ini oluşturmaktadır. İleri yaşlarda erken ölüm ve sakatlığın önde gelen nedenlerinden biri olan kronik hastalıklar, bir ülkenin Gayri Safi Yurtiçi Hasılasını (GSYİH) olumsuz etkiler (Jana ve ark., 2022). Türkiye'de eylem planları oluşturulsa da kronik hastalıklar hala en önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Artan yaşlı nüfusla birlikte sağık hizmet kullanımının artması, sağık harcamalarının artması, tıbbi maliyetlerin artması Türkiye ve Dünya'da sağık hizmetlerine olan gereksinimi, sağığın korunması ve geliştirilmesine yönelik atılması gereken adımların önemini ortaya koymaktadır.

Hastalık, iş ve üretkenlik birbiriyle ilişkili kavramlardır. Kronik hastalıklara bağılı uzun süreli kötü sağık / sağık algısı, erken ölümleri artırmakta, yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır bu durumlarda zincirleme olarak sağık harcamalarının artışına ve ekonomik bir yüke neden olmaktadır. Hane düzeyinde, ekonomik yük hem doğrudan hem de dolaylı olabilir. Cepten yapılan yüksek harcamalar, yıkıcı sağık harcamaları ve yoksullaşma, artan kronik hastalıkların doğrudan sonuçlarıdır. Kronik hastalıkların dolaylı yükü işe devamsızlığı, işten

gönüllü emekliliği ve azalan çalışma eğilimini içerir. Kötü sağlığın art arda gelen etkisi, bireysel geliri azaltır ve kötü fiziksel ve zihinsel sağlığa yol açabilir ve kademeli olarak üretkenlik ve refah kaybına yol açabilir (Akhtar ve ark., 2022).

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH): özellikle yaşlılarda halk sağlığı sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır, çünkü bu hasta grubu sıklıkla birden fazla komorbiditeden mustarıptır. Yaşamları boyunca biriken kardiyovasküler risk faktörleri, yaşlı bir yetişkinin sağlık durumu üzerinde zararlı bir etkiye sahiptir. Değiştirilebilen ve değiştirilemeyen kardiyovasküler risk faktörleri çok çeşitlidir ve çoğunlukla obezite ve Diabetes Mellitus gibi yaşlıların metabolik komorbiditeleri ile yakın ilişki içindedir. Amerikan Kalp Derneği'nin Kalp Hastalığı ve İnme İstatistikleri 2019 güncellemesinde, 40-60 yaş arası kişilerde kardiyovasküler hastalık insidansı ortalama %35-40, 60-80 yaş arası kişilerde ortalama 75-78 idi. %, 80 yaşın üzerindeki kişilerde ise insidans %85'i aşmıştır (Ciumărnean ve ark., 2021).

KVH ortaya çıkması için risk faktörleri ile ilgili olarak, en sık görülenler hipertansiyon (iki ucu keskin kılıç: özünde bir KVH ve diğer KVH için bir risk faktörü), Diabetes Mellitus, dislipidemi, obezite, sigara ve yaşlı bunların hepsi aterosklerozun gelişimi ve ilerlemesinde de yer alan faktörler. Yaşlılarda, KVH fiziksel egzersizle önlenmesi, yalnızca fiziksel işlevsellik üzerinde yararlı bir etki yapmakla kalmaz, aynı zamanda genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde de rol oynar (Ciumărnean ve ark., 2021).

Hipertansiyon: Hipertansiyon, dünya genelinde en yaygın görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte hipertansiyon prevalansı genel toplumda artmaktadır. 45-55 yaş arasındaki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı %30'lara kadar yükselirken, 60 yaş ve üzerinde bu oran %60-70'lere çıkmaktadır. Ayrıca, hipertansiyonun kardiyovasküler olaylara yol açma riski gençlere göre yaşlılarda çok daha yüksektir (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı [TÜSEB], 2021).

Hipertansiyon, çeşitli kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür ve yaş arttıkça hipertansiyon prevalansı artmakta ve

kardiyovasküler olay riski önemli ölçüde artmaktadır. Hipertansiyon, kalp hastalığı, serebral tromboz, damar sertliği ve diğer kardiyovasküler hastalıklar uzun süredir tüm dünyada orta yaşlı ve yaşlı insanların fiziksel ve zihinsel sağlığını tehdit etmektedir (Wen ve Su, 2021). Arteriyel hipertansiyon, kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile ilişkili en sık değiştirilebilir risk faktörüdür. Kan basıncını düşürmeye yönelik kanıtlanmış yaklaşımların, yani yaşam tarzı değişikliği ve farmakoterapinin yaygın olarak bulunmasına rağmen, birçok hastada kılavuz tarafından önerilen hedeflere göre kan basıncı kontrolü sağlanamamaktadır (Ghorani ve ark., 2021).

Obezite: Son yıllarda obezite, dünya genelinde ve Türkiye’de hızla artan bir trend göstererek küresel bir salgın haline gelmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan bir araştırmaya göre, 2019 yılında erişkin nüfusun %52.7’sinin kilo fazlası olduğu ve bu oranın %16.5’inin obez bireylerden oluştuğu belirlenmiştir (Avrupa İstatistik Ofisi [EUROSTAT], 2021). Aynı raporda, 2017 yılı için 65-74 yaş ve >75 yaş grubunda obezite oranlarının sırasıyla %22.1 ve %17.3 olduğu ve genel erişkin popülasyon ortalamasının üzerinde olduğu belirtilmiştir. Obezite prevalansı artmakta olup, ileri yaş gruplarında obezite oranlarının halen yüksek olduğu bilinmektedir. Bu gruptaki obezite yükünün, yaşam beklentisi arttıkça artacağı tahmin edilmektedir (TÜSEB, 2021).

Obezite ile ilgili olarak, vücut ağırlığında bir artışın ve özellikle yağ dokusunun fazla olduğu karmaşık bir hastalıktır. DSÖ’ye göre tanı kriteri beden kütle indeksi (BKİ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ’dir. Mevcut prevalansı 30 yıl öncesinin iki katından fazladır olup Dünya’da yetişkinlerin yaklaşık altıda birinin obez olduğu görülmektedir (Gutierrez ve ark., 2022). Bunun nedeni, özellikle Batı ülkelerinde ve ayrıca son yıllarda Doğu ülkelerinde meydana gelen, yüksek yağlı yiyeceklerle kalori alımının artması ve hareketsiz bir yaşam tarzıyla fiziksel aktivitenin azalması gibi yaşam tarzı değişikliklerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık harcamalarını milyarlarca dolar arttırmanın yanı sıra, tip 2 diyabet, yüksek tansiyon, kronik böbrek hastalığı, kanser, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık gibi hastalıklar için açık bir risk faktörüdür (Gutierrez ve ark., 2022).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH): Kalıcı solunum semptomları ve kısıtlı hava akımı ile karakterize, zararlı partiküllere veya gazlara maruz kalma sonucu ortaya çıkan, solunum yollarının yaygın bir hastalığıdır. Geleneksel olarak öncelikle akciğerleri etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen, KOAH'a genellikle kalp yetmezliği, osteoporoz, kas atrofisi ve kognitif bozukluk gibi birçok ekstrapulmoner komorbidite eşlik etmektedir. Egzersiz eğitimi, KOAH'ın pulmoner rehabilitasyon tedavisinin temel bir unsurudur. Çalışmalar, yaşlı KOAH hastalarının bilişsel işlevini etkili bir şekilde iyileştirebildiğini ve birçok nöroprotektif etkiye sahip olduğunu doğrulamıştır. Bununla birlikte, KOAH'lı yaşlı hastalarda egzersizin önlenmesi ve kognitif disfonksiyonun tedavisine ilişkin güncel araştırmalar henüz emekleme aşamasındadır ve egzersiz dozlarında hâlâ önemli farklılıklar mevcuttur (Wang ve ark., 2020).

Diabetes Mellitus: Türkiye'de, yaşlanan dünyaya paralel olarak yaşlı diyabetli nüfusun sayısı hızla artmaktadır. Çoğu diyabet tanısı daha önce konulmuş olan yaşlı bireylerin %90-95'i tip 2 diyabetlidir. Bununla birlikte, insülin tedavisindeki ilerlemelerle birlikte 65 yaş üstü tip 1 diyabetli hasta sayısı da artmıştır. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2020 verilerine göre, tüm yetişkin yaş grubunda diyabet mellitus oranı %10.2 iken geriatrik grupta bu oran %21.4 olmuştur (CDC, 2020). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 10. Diyabet Atlası'na göre, 2021'de yayınlanan verilere göre, küresel yetişkin nüfusta (20-79 yaş) tahmini diyabet prevalansı %10.5'tir ve 2030'da %11.3'e yükselmesi öngörülmektedir (TÜSEB, 2021).

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP2) sonuçlarına göre, 65 yaş ve üstü diyabetliler tüm diyabetlilerin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır (Mercanlıgil, 2019). Diyabetli yaşlı insanların zayıflık, hızlanan kas kaybı, koroner arter hastalığı, inme, yüksek tansiyon ve erken ölüm gibi komorbiditelerden mustarip olma olasılığı diyabetsiz insanlara göre daha fazladır. Tedavinin temel taşı hasta veya bakıcı eğitimidir. Hastalara tıbbi beslenme tedavisi (TBT) ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Beslenme tedavisi planlanırken yaşa bağlı değişiklikler (diş kaybı, tat ve koku değişiklikleri, gastrointestinal sistemdeki değişikliklere bağlı malabsorpsiyon ve çoklu ilaç kullanımı gibi) dikkate alınmalıdır (Mercanlıgil, 2019).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH): Dünya nüfusunun yaklaşık %13'ünü etkileyen karmaşık bir hastalıktır. Zamanla, KBH böbrek fonksiyon bozukluğuna ve son dönem böbrek hastalığı ve kardiyovasküler hastalığa ilerlemeye neden olabilir. KBH ile ilişkili komplikasyonlar, hastalığın ilerlemesinin hızlanmasına ve kardiyovasküler ilişkili morbidite riskine katkıda bulunabilir. Erken KBH asemptomatiktir ve semptomlar ancak böbrek fonksiyonunda azalma ve hastalıkla ilişkili diğer komorbiditelerin varlığı gibi hastalığın komplikasyonları ortaya çıktığında daha sonraki aşamalarda ortaya çıkar. Hastalığın ileri evrelerinde, böbrek fonksiyonları önemli ölçüde bozulduğunda, hastalar sadece diyaliz veya nakil ile tedavi edilebilir. Sınırlı tedavi seçenekleriyle hem yaşlı popülasyonun hem de hastalıkla ilişkili komorbiditelerin artan prevalansı ile birlikte, KBH prevalansı da artacaktır. Şu anda KBH tedavi edilemez ve hastalığın yönetimi, KBH ilerlemesini ve kardiyovasküler hastalığı önleyen tedavilere dayanır. Mevcut tedavilere rağmen, yan etkiler ve KBH ilerlemesi riski devam etmektedir (Evans ve ark., 2022).

2.1.5. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Bireyden bireye, toplumdan topluma ve kültürden kültüre farklılık gösteren bir kavram olan sağlık durumunun algılanması, geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması olarak kabul edilen bir şekilde tanımlanmıştır (Tengilimoğlu, 2009). Bu tanım, birey ve toplum sağlığının değerlendirildiği hastalık kavramını gündeme getirmiş ve belirli belirti veya rahatsızlıkları göstermeyen herkes sağlıklı kabul edilmiştir (Akdur, 1998).

Hastalık tanımı, sağlık tanımıyla birlikte anlam kazanırken, hastalık kavramında bireyin bireysel düzeyde sağlıklı, mutlu, işlevsel ve huzurlu hissetmesine vurgu yapılmaktadır (Sarı ve Atılğan, 2012). Marinker (1975) tarafından yapılan tanıma göre, hastalık; bireyin hastalık durumuyla ilişkili semptomlar ve hasta olma durumunu içeren bir kavram olarak belirlenir (Öztürk ve Kırac, 2019).

DSÖ, yaşlılarda sağlığı etkileyen risk faktörlerini beş gruba ayırmıştır. Bunlar sakatlıklar (düşme ve kazalar), bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimi, yoksulluk,

sosyal izolasyon ve dışlanma ve zihinsel sağlık bozuklukları, yaşlılara kötü muamele (DSÖ, 2008).

Sakatlıklar: Düşme ve kazalar bu grubu oluşturmaktadır. Yaşla birlikte oluşturma ihtimalleri de artmaktadır. Her yıl yaşlıların %30-50'si düşmektedir. Düşmelerden kaynaklı kazalar hastane yatışlarına, iyileştirme hizmeti görmeye ve fonksiyonel kayıplara yol açabilmektedir. Düşmeler tahmin edilebilir ve engellenebilir olmaları yönüyle önemlidir (DSÖ, 2008).

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri: Kötü beslenme, hareketsizlik, tütün kullanımı ve alkolün kötüye kullanımı gibi durumlar Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)'ların gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Bunlardan beşi (diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve zihinsel bozukluklar) Avrupa Bölgesi'ndeki hastalık yükünün yaklaşık %77'sini ve ölümlerin %86'sını oluşturmaktadır (DSÖ, 2011).

Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, alkolün kötüye kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi önemli BOH riskini azaltmak için yapılan yaşam tarzı değişiklikleri ve müdahaleler ile BOH'un prevalansını %70'e kadar azaltabilir (Macinko ve ark, 2015).

Yoksulluk: Yoksulluk riski yaş ilerledikçe artmaktadır ve kadınlarda risk erkeklerden çok daha yüksektir. Avrupa Birliği ülkeleri için yaygınlık Macaristan'da %4, Lüksemburg'da %5 ve Çek Cumhuriyeti'nde %7, Letonya'da %51, Kıbrıs'ta %49 ve Estonya'da %39'dur. Yoksulluğun tüm dünyada yaygın bir sorun olması beraberinde sağlık sorunlarını da getirmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları da yoksulluktan etkilenmektedir. Dahası, birçok yaşlı, reçeteli ilaçlar da dâhil olmak üzere sağlık maliyetlerini kendi ceplerinden ödeyemez durumdadır (Koller, 2010).

Sosyal İzolasyon ve Dışlanma, Ruh Sağlığı Bozuklukları: Sosyal izolasyon, yalnızlık ve sosyal savunmasızlık yaşlı erişkinlerde çok yaygındır ve sigara, alkol tüketimi, obezite ve kırılabilirlik gibi belirlenmiş risk faktörleriyle karşılaştırılabilir ölçüde önemli morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Tüm ülkelerde, yaşlı kadınların sosyal izolasyon riski yaşlı erkeklerden daha yüksektir. Yaşlı insanlar arasında

depresyon sıklıkla teşhis edilmez. Avrupa Bölgesi'nde 65 yaş üstü kişilerde prevalansının %2-15 olduğu tahmin edilmektedir. Zihinsel sağlık desteği, sağlığın genellikle ihmal edilen bir yönüdür. Yalnızlık ve sosyal izolasyonu ele alan çok sayıda müdahale incelenmiştir: sosyal kolaylaştırma (teknoloji dahil), egzersiz, psikolojik terapiler, sağlık ve sosyal hizmetler, hayvan terapisi, arkadaş edinme ve boş zaman ve beceri geliştirme. Bununla birlikte, etkinliğe ilişkin mevcut kanıtlar sınırlıdır (Freedman ve Nicolle, 2020).

Yaşlılara Kötü Muamele ve İstismar: Yaşlıların istismarı ve ihmal. Bunun bireyler ve toplumlar üzerinde yıkıcı etkileri olabilir ve sağlık sistemleri, sosyal otoriteler, politika yapıcılar ve halk tarafından acil yanıt verilmesini gerektirir. Bu, yeterince bildirilmeyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı istismarının zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde ağrı, yaralanma, ölüm, stres, kaygı, depresyon, madde kullanımı ve intihar gibi ciddi etkileri bulunmaktadır. Yaşlı istismarı ve önlenmesine ilişkin küresel bilgi çok sınırlıdır. Yaşlı istismarını ve ihmalini önlenmeli ve yönetilmelidir. Bu konuda kapsamlı ve çok yönlü bir çalışma planlanmalıdır. Bildirim sisteminin güçlendirilmesi gerekmektedir (Akkaya ve Çöl, 2022).

2.2. Halk Sağlığı Hemşireliği ve Yaşlılık

Halk sağlığı hemşireliği, “hemşirelik, sosyal ve halk sağlığı bilimlerinden elde edilen bilgileri kullanarak popülasyonların sağlığını geliştirme ve koruma uygulaması” olarak tanımlanmaktadır. Halk sağlığı hemşireliği, sağlığı geliştirmek ve hastalık, yaralanma ve sakatlığı önlemek amacıyla toplum sağlığına odaklanır. Hem araştırma hem de hemşirelik uygulamaları, davranış değişikliğini teşvik etmeye ve sürdürmeye yardımcı olan teori dahil olmak üzere sağlam davranış teorisinin geliştirilmesi ve uygulanmasıyla iyileştirilir (Sleet ve Dellinger, 2020).

Mobilite, yaşlanma süreciyle birlikte gerilemenin gözlemlendiği alanlardan biri olarak kabul edilir ve yaşlı bireyin yaşam kalitesini belirlemede önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple, düzenli aralıklarla yaşlı bireylerin mobilite düzeylerinin değerlendirilmesi ve mobiliteye yönelik gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Hemşireler, yaşamın her evresinde bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlı bireylerle çalışan hemşireler, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamak adına çeşitli sorumluluklar üstlenmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin yaşlı bireylerde mobiliteye bağlı yeti yitimine odaklanarak ev veya kurum ortamında karşılaştıkları sorumlulukları şu şekilde özetlenebilir (Canlı, 2019).

- Halk sağlığı hemşireleri, hareketlilikle ilgili sorunları ve ihtiyaçları belirlemek için tüm yaşlı nüfusu fiziksel, sosyal ve zihinsel açıdan değerlendirmek,
- Aktivitelere katılımda herhangi bir sınırlama veya engel olup olmadığını belirlemek için fizik muayene ve aktivite değerlendirme materyalleri kullanılarak detaylı bir hareketlilik değerlendirmesi yapmak,
- Hareket kabiliyeti kısıtlı olabileceğinden, “Erişilebilirlik” ve “Engelli Kişiler için Ortak Standartlar” gibi yönergeleri kullanarak evinin veya tesisinin iç tasarımını göz önünde bulundurmak,
- Yeti yitimi ile ilişkili olabilecek kronik hastalıklar konusunda gelişmeleri yakından takip etmelidir.
- Yaşlılarda mobilitayı arttırıcı egzersiz ve danışmanlık programlarına dahil olmalı, yaşlıyı bu programlara dahil etmeli ve bu konuda devamlılık sağlamak,
- Yaşlıların mobilite sorunları ve çözüm önerilerine yönelik daha fazla araştırma yapmak,
- Birinci basamakta yaşlıların izlenmeli öncelenmeli, yaşlıların sağlığını koruyup geliştirme anlamında halk sağlığı hemşireleri daha fazla rol almalıdır.

Sağlıkla ilgili davranış değişikliklerine yardımcı olmak ve danışmanlık sunmak için çeşitli stratejiler gerekebilir. Özellikle yetişkin ve yaşlı bireyler üzerinde yapılan meta-analiz çalışmaları, fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik müdahalelerin danışmanlığın etkinliği konusunda tutarlı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu müdahalelerin genellikle bireysel olarak, yüz yüze ve denetimli görüşmelerle gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Costanzo ve ark., 2006).

Ulusal Sağlık Araştırması'na göre fiziksel aktivite önerileri alan ve bunlara uyum gösteren bireylerin yaş dağılımında şu bulgular saptanmıştır: Yaşlıların %29'u 65-74 yaş arasında, %22'si 75-84 yaş arasında ve %14'ü 85 yaş üzerindedir. Bu veriler, özellikle yaşlı yetişkinlerde fiziksel aktiviteye uyum sağlama konusunda başarılı müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (Canlı, 2019).

Yüksek boyutu ve ciddi sonuçları nedeniyle, sağlık hizmetlerinde obezitenin yönetimi, bu sorunun ele alınmasında kilit bir unsurdur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, evrensel erişilebilirlik, ihtiyaca göre kapsama alanı, bakımın boylamsallığı ve sektörler arası yaklaşımlar gibi özellikleri nedeniyle obezitenin önlenmesi, kontrolü ve tedavisinin geliştirilmesinde önemli bir ortam olarak öne çıkmaktadır. Sağlık profesyoneli, bu konuyla ilgili sosyal, psikolojik, genetik, klinik ve beslenme konularını içeren bireysel ve/veya toplu müdahaleler yapmalı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesini teşvik etmeli ve desteklemelidir (Marques ve ark., 2018).

2.3. İyi Hali

DSÖ'ye göre iyi sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması olarak değil, aynı zamanda zihinsel, fiziksel ve sosyal alanların tüm alanlarında tam bir iyi hali olarak tanımlanmaktadır. İyi oluş, öznel iyi oluş olarak anlaşılır ve olumlu ve olumsuz yönlerden oluşur. DSÖ tarafından 1998 yılında kullanıma sunulan WHO-5 İyi Hali İndeksi, genellikle öznel iyi oluşu sınırlı sayıda madde üzerinden ölçen en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir (Eser ve ark., 2019).

İyi hali kavramı, sağlık hizmetleri ve diğer endüstrilerde de uygulanan bir kavram olarak evrimleşmiştir. Bu kavramla ilgili birçok diğer kavramı ele alan çalışmalar da mevcuttur (McMohan ve Fleurly, 2021). Başka bir çalışmada, iyi hali ile psikolojik iyi oluş, sağlık ve yaşam kalitesi gibi kavramların bazı ortak noktalara sahip olduğu belirtilmektedir. Ancak iyi halinin ayırt edici özelliklere de sahip olduğu vurgulanmaktadır (Rachele ve ark., 2013).

Levinson (1986) tarafından yapılan çalışmaya göre, yetişkinlik dönemi bir zaman dilimidir ki bu dönemde büyük değişiklikler, zenginlik, enerji, fırsatlar ve olumlu sonuçlar elde edilir (Aktu, 2016). Yetişkinlik dönemi, romantik ilişkilerin, evliliğin, iş hayatının, çocuk sahibi olmanın ve bu süreçlerle ilgili sorumlulukların ve zorlukların bir arada bulunduğu bir yaşam evresidir. Evlilik, ekonomik durum ve kariyer gibi konularda yaşanan stresler, yetişkinlerin hayatlarındaki zorluklardan bazılarıdır (Owen ve Çelik, 2018).

Literatürde iyilik hali ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, Türkiye’de yaşlıların iyilik haline yönelik araştırmaların oldukça az sayıda olduğu görülmektedir (Yılmaz ve Çağlayan, 2016; Kurtkapan, 2019; Eser ve ark., 2019). Bu çalışmalarda WHO-5 İyilik Hali İndeksi puanı %27.4-54.6 arasında değişmektedir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında iyilik halinin Kankaya’nın çalışmasında Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalamasının ise 21.89 ± 5.87 olduğu belirtilmiştir (Kankaya, 2017). Başbüyük (2019), araştırmasında sağlıklı yaşam biçimi ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Nesibe ve Erhan (2022) tarafından, Manisa’da yapılan bir diğer çalışmada WHO-5 İyilik Hali İndeksi puan ortalaması yüz üzerinden 45.53 ± 21.77 bulunmuştur (Nesibe ve Erhan, 2022).

Timurtaş ve arkadaşlarının 2022 yılında yapmış oldukları çalışmada WHO-5 İyilik Hali İndeksi puan ortalaması 11.8 ± 5.1 bulmuşlardır (Timurtaş ve ark., 2022). Kartal’ın 2022 yılında yaptığı çalışmasında Cerrahi operasyon geçirecek hastaların WHO-5 İyilik Hali İndeksi Skorunu 10.76 ± 6.21 olarak tespit etmiştir (Kartal, 2022). Eser ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada WHO-5 İyilik Hali İndeksi Skoru 14.86 ± 5.17 bulunmuştur (Eser ve ark., 2019).

2.4. Başarılı Yaşlanma

Başarılı yaşlanma terimi, 1980’lerde Rowe ve Kahn tarafından popüler hale getirildi. Rowe ve Kahn’ın başarılı yaşlanma modeli, kronik hastalıkların, fiziksel yetersizliklerin ve yaşlılıkta hastalık için risk faktörlerinin yanı sıra iyi bir zihinsel

sağlık, bilişsel işlev ve sosyal katılıma odaklanmaktadır. Yaşlanmaya yönelik ağırlıklı olarak biyomedikal yaklaşım nedeniyle eleştirilse de bu model, bu konudaki araştırmalarda en popüler olanlardan biri olmaya devam etmektedir. Rowe ve Kahn, “olağan” ve “başarılı” yaşlanma arasında ayrım yapmış ve farklı faktörlerin (diyet veya egzersiz gibi) yaşlanma süreci üzerindeki etkisini fark etmiştir. Son birkaç on yılda, egzersizin yaşlı insanların sağlığı ve fonksiyonel durumu üzerindeki etkisine ilişkin birçok araştırma makalesi yayınlanmıştır ve bazılarında “sağlıklı yaşlanma” terimi, “başarılı yaşlanma” ifadesinin yerini aldı. DSÖ tarafından yayınlanan Yaşlanma ve Sağlık Dünya Raporu, sağlıklı yaşlanmayı “yaşlıların kendileri için önemli olan şeyleri yapmalarını sağlayacak fonksiyonel yeteneği geliştirme ve sürdürme süreci” olarak tanımlamaktadır (Szychowska ve Drygas, 2022).

Küresel olarak yaşlanan nüfusa yönelik politika tepkileri hem olumsuz hem de olumlu yönlerden oluşur: Bir yandan, yaşlılık genellikle bir hareketsizlik ve bağımlılık dönemi olarak tasvir edilirken, diğer yandan, genellikle aynı anda, yaşlı insanlar sosyal ve ekonomik bir kaynak olarak görülmektedir. Başarılı ve aktif yaşlanma aynı bilimsel kökenden, etkinlik perspektifinden gelir (Walker, 2009). Aktif yaşlanma, yaşlıların sağlıklı kalma, istihdamda daha uzun süre kalma ve aynı zamanda toplum ve siyasi yaşama katılma haklarını kolaylaştırmakla ilgilidir (Walker ve Maltby, 2012).

“Aktif Yaşlanma” programının öncelikli hedefleri, ileri yaşlarda beklenmedik ölümleri ve BOH’a bağlı engellilik durumlarını önlemek, yaşlı bireylerin yaşamdan keyif alabilmelerini sağlamak, toplumsal, politik ve ekonomik aktivitelere katılmalarını desteklemek, sağlık harcamalarını azaltarak devletin bu konudaki sorumluluğunu yerine getirmektir. Birleşmiş Milletler’in 2002 yılında gerçekleştirdiği Dünya Yaşlanma Toplantısında, “aktif yaşlanma” kavramını, sadece sağlıklı yaşlıları değil, aynı zamanda kırılgan yaşlıları da dikkate alan ve bir hak olarak vurgulanan bir yaklaşım olarak ortaya koymuştur (BM, 2002). Aktif yaşlanma söylemi, yaşlı yetişkinlerin topluma katılımını teşvik etmeye odaklanmaktadır ve yaşlıların sahip olduğu bilgi ve yeterliliği vurgulamaktadır (Daatland, 2005).

Rowe ve Kahn başarılı yaşlanma kavramını, yaşlı yetişkinlerin hastalık ve sakatlıktan kaçındıkları, yüksek bilişsel ve fiziksel işlevleri sürdürdükleri ve aktif

olarak yaşamla meşgul oldukları takdirde başarılı bir şekilde yaşlandıklarını ifade etmişlerdir (Rowe ve Kahn, 1997). Başarılı yaşlanmayı tanımlama ve ölçme süreçleri, insanların kendilerini nasıl başarılı bir şekilde yaşlanmış olarak görmeye başladıklarından çok, yaşlı bireylerin nasıl yaşlanması gerektiği ile ilgilendiklerinden sorunlu olmuştur (Chapman, 2005).

Son 20 yılda gerçekleştirilen araştırmalar, başarılı yaşlanma kavramıyla ilgili önemli bulgular ortaya koymuştur. Başarılı bir şekilde yaşlanan yaşlı yetişkinler, fonksiyonlarını sürdürmektedir. Ayrıca başarılı yaşlanma morbiditeyi, mortaliteyi ve yeti yitimini azaltmaktadır (Haveman, 2003). Başarılı yaşlanma, çok boyutlu bir kavram olup “sağlıklı yaşlanma”, “iyi yaşlanma” ve “pozitif yaşlanma” gibi kavramlarla örtüşmektedir. Rowe ve Kahn tarafından 1997’de önerilen biyomedikal teori, hastalık ve risk faktörlerinin olmaması, fiziksel ve bilişsel işlevlerin sürdürülmesi ve aktif bir yaşamla ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, psikososyal model yaşam doyumu, esenlik, sosyal katılım, kişisel gelişim ve psikolojik kaynakları vurgulayarak başarılı yaşlanmayı daha geniş bir perspektiften ele almaktadır. Başarılı yaşlanma konusunda diğer görüşler arasında başarılar, diyetten zevk alma, finansal güvenlik, komşuluk ilişkileri ve fiziksel görünüm yer almaktadır (Bowling, 2005). Bazı gözden geçirme makaleleri, başarılı yaşlanmanın tanımını üç alanda düzenlemeye çalışmıştır. Bunlar; fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlardır (Young, 2009).

Hazer ve Ateşoğlunun 2019 da yapmış olduğu çalışmalarında araştırma kapsamına alınan yaşlıların başarılı yaşlanma durumları başarılı yaşlanma ölçeğine ve alt boyutlarına göre incelenmiş ve başarılı yaşlanma ölçeği ortalama puanını 5.86 ± 1.08 olarak bulmuşlardır (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Yılmazın 2020 yürüttüğü araştırmada yaşlı bireylerin başarılı yaşlanma puan ortalamasını 50.32 ± 17.42 bulunmuştur (Yılmaz, 2020). Işık ve arkadaşlarının 2021 yılında yürüttüğü çalışmada ise başarılı yaşlanma puanı 60.2 ± 6.5 olarak tespit etmişlerdir (Işık ve ark., 2021). Çakmak’ın 2022 yılında yürüttüğü çalışmada ise başarılı yaşlanma ölçeği puanı 63.76 ± 15.24 olarak bulmuştur (Çakmak, 2022). Aydın ve Sayılan (2022) yaptıkları araştırmada başarılı yaşlanma ölçeği puanı 53.00 ± 10.42 saptanmıştır (Aydın ve Sayılan, 2022). Kandemir (2023) Yaşlılarda teknoloji kullanımının toplumsal hayata

katılıma ve başarılı yaşlanmaya etkisinin incelenmesi çalışmasında başarılı yaşlanma ölçeği puan ortalamasını 53.42 ± 11.10 bulmuştur (Kandemir, 2023).

2.5. Algılanan Sosyal Destek

Yaşlı nüfusun artması, yaşlılar arasında biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel sorunların görülme eğilimini de artırmıştır. Algılanan sosyal destek, yaşlı bireylerin bu güçlüklerle mücadelesini kolaylaştıran, yaşlılığa uyumunu ve iyilik halini artıran, fiziksel ve psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır (Dural ve ark., 2022).

Sosyal kaynakların sağlık sorunları için koruyucu bir faktör (yani ana etki modeli) veya stresli olaylara karşı bir tampon (yani tamponlama modeli) olması nedeniyle sosyal desteğin fiziksel ve zihinsel sağlığa katkıda bulunabileceğini savundu ve zihinsel sağlıkla ilişkilendirilmiştir. Wang ve arkadaşları tarafından sistematik bir inceleme, algılanan sosyal desteğin daha düşük düzeylerinin daha kötü depresif belirtiler ve daha düşük iyileşme oranları ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca, Wang ve ark. (2018), düşük algılanan sosyal desteği kaygı belirtileriyle ilişkili olduğunu ve somatik semptom bozukluğu olan hastalarda daha düşük somatik semptomlarla da ilişkili olmasına rağmen, başka bir çalışma etnik azınlık askerlerinden oluşan bir örnekleme her iki yapı arasında bir ilişki bulamamıştır (Wang ve ark., 2018).

Czaja ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı araştırmada algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması 25.3 ± 6.9 olarak bulunmuştur (Czaja ve ark., 2018). Polat ve Kahraman'ın 2013 yılında yaptığı araştırmasında yaşlı bireylerin algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamasını 63.91 ± 14.39 olarak bulmuşlardır (Polat ve Kahraman, 2013). Arslantaş ve Ergin 2011'de yaptığı çalışmada bireylerin algılanan aile sosyal destek puan ortalamaları 14.02 ± 0.26 ; algılanan arkadaş sosyal destek puan ortalamalarını 12.34 ± 0.26 bulmuşlardır (Arslantaş ve Ergin, 2011). Baran ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada öğrencilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 63.39 ± 16.72 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 23.45 ± 5.68 olarak belirlemişlerdir (Baran ve ark.,

2014). Selçuk ve arkadaşlarının 2016 yılında kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler çalışmasında Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasını 53.93 ± 19.24 olarak bulmuşlardır (Selçuk ve ark., 2016). Hernández ve arkadaşlarının 2022 de yaptıkları çalışmada yaşlıların ortalama algılanan sosyal destek puanını 43.7 ± 8.8 bulmuşlardır. Ayrıca kadınların erkeklerden anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur (Hernández ve ark., 2022). Woods ve arkadaşlarının 2022 yılında yapmış olduğu araştırmada Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 17.1 ± 3.35 bulunmuştur (Woods ve ark., 2022). Thompson ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamasını 81.9 ± 19.8 bulmuşlardır (Thompson ve ark., 2017). Farahani ve arkadaşlarının 2018 de yaptıkları çalışmada Algılanan Sosyal Destek ortalama puanlarının erkeklerde 65.8 ± 12.2 kadınlarda ise 64.6 ± 12.6 olarak tespit etmişlerdir (Farahani ve ark., 2018). Tariq ve arkadaşlarının 2020 de yapmış oldukları araştırmada Algılanan Sosyal Destek ortalama puanını 43.44 ± 10.03 olarak bulmuşlardır (Tariq ve ark., 2020). Koçak ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapmış oldukları çalışmada “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” toplam puan ortalamasını 55.83 ± 14.8 olarak bulup orta düzeyin üzerinde olduğunu tespit etmişlerdir (Koçak ve ark., 2023). Özvurmazın 2018 yılında yürüttüğü çalışmada araştırmaya katılan yaşlı bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçek puan ortalamasını 62.39 ± 19.21 olarak bulmuştur. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları Aile alt boyutu puan ortalaması 21.33 ± 6.39 Arkadaş alt boyutu puan ortalaması 20.96 ± 6.49 ve Özel bir insan alt boyutundan alınan puan ortalamasını 20.12 ± 7.00 olarak tespit etmiştir. Ölçekten alınan puan ortalaması ne kadar yüksek ise bireylerin Algılanan Sosyal Destek puanı o kadar yüksek olduğunu ifade etmiştir (Özvurmazın 2018).

2.6. Sosyal Sağlık

Sosyal sağlık, insanın yaşadığı çevrede, çalıştığı işte vb. sağlığını bozacak bir takım olumsuz durumların olmamasıdır. Sosyal sağlık kişinin yaşadığı sosyal çevrede bedensel ve ruhsal sağlığını bozmayacak şartları bulabilmesi olarak tanımlanabilir (Yuvalı, 2015).

DSÖ'nün önerdiği tanıma göre sosyal sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sağlığın önemli bir boyutudur (Uluslararası Sağlık Konferansı, 2002). Sosyal sağlık hem bireysel hem de sosyal yönleri içermektedir. Bireysel sosyal sağlık düzeyi genellikle “iyi oluş” veya “uyum” terimleriyle açıklanır ve sosyal destek ve sosyal uyum yoluyla ölçülebilir. Sosyal destek, öznenin başkalarından aldığı desteğin düzeyine vurgu yaparken, sosyal uyum, öznenin kendi topluluklarıyla aktif olarak etkileşimde bulunmak için uyum sağlama kapasitelerine odaklanmaktadır. Sosyal sağlığın sosyal düzeyi, herkes için eşit fırsatın olduğu ve algılanan yapıları çevre ve toplum yönetimi gibi bir yurttaş olarak tam işlev görmesi için gerekli mal ve hizmetlere herkesin erişebildiği bir toplumu ifade etmektedir (Dai ve ark., 2019).

Sosyal sağlık normunu oluşturmak, psikolojik veya fiziksel sağlıkla karşılaştırıldığında daha zordur (Canguilhem, 1978). Sosyal sağlığın bireysel sosyal sağlık ve toplumun veya bir nüfusun sosyal sağlığı olmak üzere iki bileşeni vardır. (McDowell, 2006). Bireyin sosyal sağlığı genellikle “sağlık” yerine “iyi oluş”, “uyum” veya başka terimlerle açıklanır (Russell, 1973) ve iki açıdan ölçülebilir: Sosyal destek ve sosyal uyum. Sosyal destek değerlendirmesi esas olarak akrabalarından, arkadaşlarından veya diğer insanlardan gelen desteğin süreçlerini ve sonuçlarını tartışır. Sosyal Uyumun ölçümü genellikle başkalarıyla ilişkilere ve sosyal rollerin performanslarına atıfta bulunur (McDowell, 2006). Sosyal destek, öznenin başkalarından aldığı sosyal desteğin düzeyine vurgu yaparken, sosyal uyum, öznenin yaşadıkları toplulukla aktif bir şekilde etkileşim kurmak için uyum sağlama kapasitelerine odaklanır. Bazı araştırmalar sosyal destek ve sosyal uyumun sağlık çıktıları ile ilişkili olduğu ve sosyal desteğin yaşlılarda yalnızlığa katkıda bulunan önemli bir faktör olduğunu saptanmıştır (Chen ve ark., 2014). Ayrıca duygusal desteğin yaşlı ölüm oranını azaltmada olumlu etkisi vardır (Penninx ve ark., 1997). Bazı araştırmacılar sosyal uyumun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu (Rosa ve ark., 2012) ve psikoterapinin intihar girişimi olan yaşlı bireylerde sosyal uyumu artırmada etkili olduğunu (Heisel ve ark., 2015; Bao ve ark., 2018) belirtmişlerdir.

Sosyal sağlık, genellikle birbirine bağlı olan farklı kavramları ifade eden bir terimdir. Fiziksel ve zihinsel sağlıkla birlikte, bireysel sağlığın temel bir bileşenidir. Fiziksel ve ruhsal sağlık, bedenin ve zihnin işlevlerini sürdürmesini sağlarken, sosyal

sağlık insanların diğerleriyle etkileşim kurma şekilleri ve bu etkileşimlerin bireyin refahına olan etkileri üzerine odaklanmaktadır (2023, 9 Mart).

Sosyal sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sağlığın önemli bir boyutu olup sosyal sağlık hem bireysel hem de sosyal yönleri içermekte, bireylerin sosyal sağlık düzeyleri genellikle “iyi oluş” veya “uyum” terimleriyle açıklanmakta ve sosyal destek ve sosyal uyum yoluyla ölçülebilmektedir (Bao ve ark., 2018; Rudnicka ve ark., 2020). Sosyal destek, öznenin başkalarından aldığı desteğin düzeyine vurgu yaparken, sosyal uyum, öznelere içinde bulundukları toplumla aktif olarak etkileşimde bulunmak için uyum sağlama kapasitelerine odaklanmaktadır. Sosyal sağlığın sosyal düzeyi, herkes için eşit fırsatın olduğu ve algılanan yapıları çevre ve toplum yönetimi gibi bir yurttaş olarak tam işlev görmesi için gerekli mal ve hizmetlere herkesin erişebildiği bir toplumu ifade etmektedir (Narimani ve Samadifard 2017).

Sosyal sağlık, bireysel sağlığı vurgularken aynı zamanda toplumun bağlantılı yapısını da göz önünde bulundurmaktadır Sosyal sağlık, insanların birbirleriyle etkileşim kurma ve sosyal ilişkiler kurabilme becerileriyle ilgilenmektedir. Bu, arkadaşlık ilişkilerini şekillendirme ve sürdürme gibi unsurları içerebilir. Sağlık farklı yönlerinin birbirleriyle etkileşime girdiği ve etkilediği birçok yol vardır. İzolasyonun yalnızca zihinsel veya bedensel hastalıkla ilişkili olmadığı, aynı zamanda hastalık veya bozulma sonucu ortaya çıkabileceği bazı kanıtlarla desteklenmektedir. Bu durum, sosyal sağlığın insan sağlığı ve refahı kavramının genel önemini artırmaktadır. Sosyal sağlık, birçok zihinsel ve fiziksel sağlık uzmanı tarafından hastalıklarla başa çıkma yeteneğinde sosyal etkileşimin öneminin giderek keşfedildiği bir alandır. Sosyal sağlık, keyifli ve işlevsel bir perspektifle ele alınmıştır (2023, 9 Mart).

Sosyal sağlık, bir bireyin refahıyla ilişkili olarak, sosyal etkileşimlerin sonuçları veya faydaları kadar, bireyin diğer insanlarla nasıl etkileşimde bulunduğunu ele alan bir alan olarak tanımlanabilir. Sosyal sağlık, bireylerin sosyal çevrelerinde olumsuz durumlar olmaksızın sağlıklarını sürdürebilmelerini ifade eder. Başka bir deyişle, bireylerin sosyal çevrelerinden kaynaklanan faktörlerin sağlıklarını etkilememesi önemlidir. Bunlar, kirli çevre, su ve hava kirliliği, trafik sorunları,

eğitim eksiklikleri, bilgi yetersizliği, üzüntü verici olaylar, yol ve elektrik problemleri gibi unsurları içermektedir. Sosyal sağlık, bireylerin yaşadıkları sosyal çevrede fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruyabilecekleri koşulları bulabilmelerini sağlamaktır; aksi takdirde bireylerin sağlıkları tehlikeye girebilir, hastalanabilir, sakatlanabilir hatta erken ölüm riskiyle karşı karşıya kalabilirler (Örs, 2012).

Yaşlılar için sosyal sağlığın teşvik edilmesi, yüksek öz yeterliliğe ve ardından daha yüksek fiziksel ve zihinsel sağlığa, daha iyi fiziksel performansa ve daha yüksek yaşam memnuniyetine yol açaabilir. Buna göre, yaşlanma olgusuna karşı sağlık sisteminde başarılı bir planlama ve politika oluşturma için toplumda yaşlıların sosyal sağlığının teşvik edilmesi özellikle önemlidir (Barkhori ve ark., 2018).

Literatürde 60 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisini değerlendiren, çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışmanın yürütölmesine karar verilmiştir.

Bu araştırma Balıkesir kent merkezinde yer alan Paşaalanı Mahallesi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri kişilerde bazı sosyodemografik değerşkenler, algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütölümüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

H₀: Sosyodemografik özelliklerle Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sosyodemografik özelliklerle Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: İyilik Hali puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: İyilik Hali puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Başarılı Yaşlanma puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Başarılı Yaşlanma puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Yaşam Kalitesi puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Yaşam Kalitesi puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Algılanan sosyal destek puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Algılanan sosyal destek puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Balıkesir'in kentsel bir bölgesi olan Paşaalı Mahallesi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri kişilerle yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balıkesir ili Paşaalı Mahallesi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri 13390 kişi oluşturmaktadır (TÜİK, 2021). Örnek büyüklüğü hesaplanırken Epiinfo 7.0 programı (CDC, 2022) aracılığı ile 13390 kişilik evrende, %50 prevalans, %95 güven düzeyi, 1.5 desen etkisi ve %5 sapma göz önünde bulundurulmuş, örnek büyüklüğü 535 hesaplanmış ve 535 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşlıların sosyal sağlığıdır. Bağımsız değişkenleri ise bireylerin sosyodemografik özellikleri, algılanan sosyal destek düzeyi, başarılı yaşlanma düzeyi, yaşam kalitesi düzeyi ve iyilik halidir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin sorgulandığı “Sosyodemografik Özellikler Formu”, “WHO-5 İyilik Hali İndeksi”, “EQ-5D Genel

Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Başarılı Yaşlanma Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği” ile toplanmıştır.

Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özellikler Formu: Literatüre dayalı olarak oluşturulan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgiler kısmı toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan 22’si çoktan seçmeli, üçü ise açık uçlu sorulardan oluşmakta. Bu kısımda kısaca kişinin genel bilgilerini topladığımız (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb.) sorular bulunmaktadır (EK-1). Veri toplama formunda sorulan bağımsız değişkenler tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde yeniden kategorize edilerek çözümleme yapılmıştır.

WHO-5 İyilik Hali İndeksi: WHO-5 İyilik Hali İndeksi, genel toplumda depresyonun saptanması amacıyla kullanılmaktadır. Eser ve ark. tarafından 2019 yılında Türkçeye uyarlanmış, önceki iki hafta süresince duygusal iyilik halini değerlendiren beş sorudan oluşan ve her bir sorudan 1-5 arası puan alınan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan (0) esenliğin olmayışını, en yüksek puan (25) en yüksek esenliği gösterir. Ölçekte, 13 puan kesim noktası olup alınan puanın 13’ten düşük olması durumunda kişiye Majör Depresyon envanteri uygulanmalıdır Türkçe uyarlama çalışmasında WHO-5’in Cronbach alfa katsayısı yaşlılar için 0.81 ve ileri yaşlılar için 0.86 iken (Eser ve ark., 2019), bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.97 bulunmuştur (EK-2).

EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği: EQ-5D EuroQoL çalışma grubu tarafından 1990 yılında geliştirilen, Eser ve ark. (2007) tarafından Türkçe ’ye uyarlanmış sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. EQ-5D hareketlilik, öz-bakım, olağan günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyon olmak üzere beş boyut ve beş sorudan oluşan üçlü Likert tipte öz-bildirim ölçeğidir Türkçe uyarlama çalışmasında EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.77 iken (Eser ve ark., 2007), bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.73 bulunmuştur (EK-3).

Başarılı Yaşlanma Ölçeği: Reker (2009) tarafından tüm bu yaklaşımların bir araya getirilmesi gerektiğini düşünülerek bir “Başarılı Yaşlanma Ölçeği”

hazırlamıştır (Hazer ve Özsungur, 2017). Özgün ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. Reker (2009) bu ölçeği hazırlarken Rowe ve Kahn, Baltes, Schulz ve Heckhausen, Ryff'in modellerini baz almıştır. Görüldüğü gibi başarılı yaşlanmanın tanımlanması farklı görüşler ve yaklaşımlar sebebiyle pek mümkün olmamıştır. Farklı modeller oluşturulmuş, bu modeller yıllar geçtikçe geliştirilmiş ve günümüzde halen geliştirilmeye devam edilmektedir. Bu çalışmada ise özgün ölçeğin Hazer ve Özsungur (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilen versiyonu kullanılmıştır. Kullanılan ölçekte 10 soru bulunmaktadır ve bunlar 7'li Likert tipte sorulardır Türkçe uyarlama çalışmasında Başarılı Yaşlanma Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.85 iken (Reker, 2009; Hazer ve Özsungur, 2017), bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.98 bulunmuştur (EK-4).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir (Zimet ve ark., 1988). Cevaplanması kolay ve kısa olduğundan dolayı bu çalışmayı yürütenler tarafından özellikle psikiyatri hastaları ve test doldurmaya pek alışkın olmayan normaller için uygun bulundu. Eker ve Arkar, 1995'te Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirliği ile ilgili çalışma yapmıştır. Ölçekte 12 soru bulunmaktadır ve tüm sorular 7'li Likert tiptedir Türkçe uyarlama çalışmasında Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.87 iken (Zimet ve ark., 1988; Eker ve Arkar, 1995), bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.96 bulunmuştur (EK-5).

Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği (SHSE): Bao ve ark. tarafından 2018 yılında geliştirilen, Çevik ve ark tarafından 2020 yılında Türkçeye uyarlanan ölçek yaşlıların sosyal iyilik durumunu değerlendiren, 25 sorudan oluşan, 5-125 arası puan alınabilen sosyal destek, sosyal uyum ve algılanan çevre olmak üzere üç alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin aynı zamanda 14 sorudan oluşan kısa formu da vardır. Kısa formunun Türkçe uyarlaması olmadığı için uyarlaması olan uzun form kullanılmıştır. Ölçekten sorulara verilen yanıtlar toplanarak ham skorlar elde edilmekte ham skorlar da formül yardımıyla 0-100 arası standart bir puana dönüştürülmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça sosyal iyilik hali de artmaktadır Türkçe uyarlama çalışmasında Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeğinin Cronbach alfa

katsayısı 0.90 iken, bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.97 bulunmuştur (Bao ve ark., 2018; Çevik ve ark., 2020) (EK-6).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Örnek seçiminde mahallede bulunan 89 sokak küme olarak kabul edilmiş ve araştırma her birinde altı kişi bulunan 89 kümede yürütülmüştür. Toplamda 535 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle bir yönerge çerçevesinde yüz yüze görüşülerek ulaşılmıştır.

Yönergede bu yönergede küme başı olan ev müstakil ise ondan başlanıp iki ev atlanarak sokağın sağ tarafı tercih edilerek; apartman ise ilk daireden başlanıp iki ev atlanarak devam edilmiştir. Çıkmaz sokağa denk gelindiğinde ise karşı tarafa geçilmiştir. Evde bulunamayanlar ya da reddedeler olursa bir sonraki eve geçilip yine iki ev atlanarak devam edilmiştir. Evde 60 yaş ve üstü birey bulunmaması durumunda hemen bir sonraki evden devam edilmiştir. Kişi sayısı yaklaşık altıya tamamlandığında diğer kümeye geçilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan anketler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 programına girilerek analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testi ve basıklık çarpıklık katsayılarının +1.5,-1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığında iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Student's t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA testi (post hoc: Tukey HSD) kullanılmıştır. Normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda; iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi (Mann Whitney U düzeltmeli) kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon

analizi ile değerlendirilmiştir. İleri analizlerde tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lineer regresyon analizi kullanarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tip I hata 0.05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmada Etik Konular

Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (28.09.2021 tarih, 2021/1 sayılı), Balıkesir Valiliği'nden (14.07.2021 tarih, E.29459337-492-3032 sayılı) ve ölçek sahiplerinden izin alınmış, ayrıca katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 66.79 ± 5.36 olup, %51'i kadın, %86'sı evli, %26'sı lise mezunu, %44.1'inin geliri giderine denk, %97.8'inin çocuğu olan, %44.3'ünün 3 çocuğu olan, %92'si kendi evinde yaşayan, %87.1'i eşiyle yaşayan, %55.7'si emekli, %98.9'unun sağlık güvencesi olan, %68.6'sı asansörsüz apartman dairesinde yaşayan kişilerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=535).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş		
X $\pm$ SS	66.79 $\pm$ 5.36	
Yaş grupları		
60-74	478	89.3
75 ve üzeri	57	10.7
Cinsiyet		
Kadın	273	51.0
Erkek	262	49.0
Medeni durum		
Evli	460	86.0
Bekar	11	2.1
Boşanmış	2	0.4
Eşi ölmüş	62	11.6
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.1. (devam) Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=535).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Gelir		
Gelirim giderimden az	218	40.7
Gelirim giderime denk	236	44.1
Gelirim giderimden fazla	81	15.1
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	3	0.6
Okur-yazar (bir okul bitirmede)	54	10.1
İlkokul	149	27.9
Ortaokul	109	20.4
Lise	139	26.0
Ön lisans	28	5.2
Lisans	43	8.0
Lisansüstü	10	1.9
Çocuk sahibi olma		
Evet	528	98.7
Hayır	7	1.3
Çocuk sayısı		
1	24	4.5
2	205	38.8
3	234	44.3
4	62	11.7
5	2	0.4
8	1	0.2
Yaşanılan yer		
Kendi evim	492	92.0
Kira	19	3.6
Çocuklarımla evi	23	4.3
Akrabalarımla evi	1	0.2
Yaşanılan kişi		
Yalnız	26	4.9
Eşiyle	466	87.1
Diğer aile üyeleriyle	43	8.0
Çalışma durumu		
Çalışıyorum	6	1.1
İşsizim	231	43.2
Emekliyim	298	55.7
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde, X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.1. (devam) Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=535).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Sağlık güvencesi		
Var	529	98.9
Yok	6	1.1
Konut tipi		
Müstakil ev	47	8.8
Asansörlü apartman dairesi	121	22.6
Asansörsüz apartman dairesi	367	68.6
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde, X: Ortalama, SS: Standart sapma.

4.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Katılımcıların %75'inin kronik hastalığı olup, %75.1'inin sürekli kullandığı ilaç bulunmakta, %28.1'i 1 tane ilaç kullanan, %88.0'ı yardımcı araç gereç kullanan, %55.9'u egzersiz yapan, bu kişilerin de %65.2'si haftada 2 ila 4 kez egzersiz yapan, %54.6'sı hiç tütün ürünü kullanmayan, %90.7'si hiç alkol kullanan kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların %55.7'si uyku kalitesi algısını iyi tanımlayan, %56.6'sı fazla kilolu olan, %67.8'nin ilgilendiği bir hobisi bulunmayan, %56.3'ünün genel sağlık algısı orta düzeyde olan, %63.2'sinin düzenli olarak takip eden hekimi olmayan, %57.8'i sağlık sorunu olduğunda genellikle aile hekimine başvuran, BKİ ortalaması 28.43 ± 3.49 olan, %7.7'si son altı ay içinde düşen, düşenlerin %73.2'si 1 kere düşen kişilerden oluşmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=535).

Değişkenler	n	%
Kronik hastalık		
Yok	134	25.0
Var	401	75.0
Sürekli kullanılan ilaç		
Yok	133	24.9
Var	402	75.1
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

Tablo 4.2. (devam) Araştırma grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=535).

Değişkenler	n	%
Kullanılan ilaç sayısı		
1	113	28.1
2	72	17.9
3	78	19.4
4	66	16.4
5	38	9.5
6	24	6.0
7	8	2.0
8	3	0.7
Yardımcı araç gereç kullanma		
Yok	64	12.0
Var	471	88.0
Egzersiz		
Yapmıyor	236	44.1
Yapıyor	299	55.9
Egzersiz (haftada)		
1 kere	26	8.7
2-4 kere	195	65.2
5 ve üzeri	78	26.1
Uyku kalitesi algısı		
Çok iyi	5	0.9
İyi	144	26.9
Orta	298	55.7
Kötü	87	16.3
Çok kötü	1	0.2
Tütün ürünü kullanma		
Her gün	49	9.2
Ara sıra	11	2.1
Bıaktım	183	34.2
Hiç kullanmadım	292	54.6
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

Tablo 4.2. (devam) Araştırma grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=535).

Değişkenler	n	%
Alkol kullanma		
Evet her gün	1	0.2
Evet ama her gün değil	8	1.5
Bıraktım	41	7.7
Hiç kullanmadım	485	90.7
İlgilenilen hobi		
Evet	309	57.8
Hayır	226	42.2
Genel sağlık algısı		
Çok kötü	2	0.4
Kötü	73	13.6
Orta	301	56.3
İyi	150	28.0
Çok iyi	9	1.7
Düzenli takip eden hekim varlığı		
Var	193	36.1
Yok	338	63.2
Kararsızım	4	0.7
Sağlık sorununda genellikle başvurulan kurum		
Aile hekimi	309	57.8
Devlet hastanesi-acil	93	17.4
Devlet hastanesi -poliklinik	93	17.4
Üniversite hastanesi	20	3.7
Özel	20	3.7
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde.

Tablo 4.2. (devam) Araştırma grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=535).

Değişkenler	n	%
BKI ($X \pm SS = 28.43 \pm 3.49$)		
Son altı ayda düşme		
Evet	41	7.7
Hayır	494	92.3
Son altı ay içinde düşme sayısı (n=41)		
1	30	73.2
2	9	22.0
3	2	4.9
Toplam	535	100.0

n: Sayı, %:Yüzde, X: Ortalama, SS: Standart sapma.

4.3. Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların WHO-5 İyilik Hali İndeksi puan ortalaması 16.91 ± 5.67 'dir. Katılımcıların Başarılı Yaşlanma Ölçeği puan ortalaması 51.74 ± 12.48 'dir. Katılımcıların EQ5D-100 indeksi ölçeği puan ortalaması 69.18 ± 18.77 'dir. Katılımcıların EQ5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 0.81 ± 0.11 'dir. Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 74.04 ± 12.74 'tür. Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde Aile Alt Boyutu puan ortalaması 25.71 ± 3.28 'dir. Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde İnsan Alt Boyutu puan ortalaması 23.90 ± 5.51 'dir. Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde Arkadaş Alt Boyutu puan ortalaması 24.42 ± 5.29 'dur. Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeğinde Sosyal Destek Alt Boyutu puan ortalaması 50.00 ± 10.00 'dir. Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeğinde Sosyal Uyum Alt Boyut puan ortalaması 49.99 ± 10.00 'dir. Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeğinde Algılanan Çevre Alt Boyutu puan ortalaması 50.00 ± 10.00 'dir. Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puan ortalaması 50.00 ± 10.00 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlara ait tanımlayıcı özellikler (n=535).

Ölçekler	Minimum	Maksimum	X±SS
WHO-5 İyilik Hali	0	25.00	16.91±5.67
Başarılı Yaşlanma	10	70	51.74±12.48
EQ5D-100 indeksi	1	100	69.18±18.77
EQ5D Genel Yaşam Kalitesi	0.52	1	0.81±0.11
Algılanan Sosyal Destek	25	84	74.04±12.74
Aile	7	28	25.71±3.28
Özel Bir İnsan	4	28	23.90±5.51
Arkadaş	4	28	24.42±5.29
Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık	26.11	84.86	50.00±10.00
Sosyal Destek	36.52	82.50	50.00±10.00
Sosyal Uyum	22.49	77.72	49.99±10.00
Algılanan Çevre	1.90	70.53	50.00±10.00

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

4.4. Bağımsız Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması

4.4.1. Bağımsız Değişkenlerin Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği ile Karşılaştırılması

Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı 60-74 yaş grubunda ($t=8.627$; $p=0.000$), evli olanlarda ($t=10.142$; $p=0.000$), ilkokul mezunu olmayanlarda ($F=22.005$; $p=0.000$), geliri giderinden fazla olanlarda ($F=15.369$; $p=0.000$), kendi evinde yaşayanlarda ($F=32.709$; $p=0.000$), yalnız yaşamayanlarda ($t=-5.645$; $p=0.000$), çalışmayanlarda ($MWU=-2.166$; $p=0.030$), sağlık güvencesi olanlarda ($MWU=-2.030$; $p=0.042$) ve apartmanda kalanlarda ($t=-3.847$; $p=0.000$) anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Cinsiyet, çocuğu olma durumu ve yardımcı araç gereç kullanma durumu değişkenleri ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği (n=535).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Yaş				
60-74	478	51.01±9.77	t:8.627	0.000
75 ve üstü	57	41.47±7.63		
Cinsiyet				
Kadın	273	50.44±10.92	t:1.062	0.289
Erkek	262	49.53±8.95		
Medeni durum				
Evli	460	51.62±9.33	t:10.142	0.000
Evli değil*	75	40.03±8.08		
Eğitim durumu				
İlkokul ^a	315	47.70±9.60	F:22.005	0.000 c>b>a
Lise ^b	139	53.30±10.25		
Üniversite ve üzeri ^c	81	53.32±8.60		
Gelir				
Gelirim giderimden az ^a	218	47.35±9.40	F:15.369	0.000 c>b>a
Gelirim giderime denk ^b	236	51.20±9.44		
Gelirim giderimden fazla ^c	81	53.60±11.41		
Çocuğu sahibi olma				
Evet	528	50.08±10.02	t:1.613	0.107
Hayır	7	43.94±6.17		
Yaşanılan yer				
Kendi evi ^a	492	50.80±9.62	F:32.709	0.000 a>b>c
Kira ^b	19	48.38±9.61		
Çocuklarının yanında ^c	24	34.87±4.41		
Yaşanılan kişi				
Yalnız	26	39.49±7.23	t:-5.645	0.000
Yalnız değil	509	50.53±9.83		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	6	42.32±6.93	MWU:-2.166	0.030
Çalışmıyor	529	50.08±10.00		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

*Evli değil: Bekar, boşanmış, eşi ölmüş.

Tablo 4.4. (devam) Araştırma grubunda sosyodemografik özelliklere göre Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği (n=535).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Sağlık güvencesi				
Var	529	50.08±10.00	MWU:-2.030	0.042
Yok	6	42.48±7.73		
Konut tipi				
Müstakil ev	47	44.70±9.75	t:-3.847	0.000
Apartman	488	50.51±9.89		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

Araştırma grubunda Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı, kronik hastalığı olmayanlarda (t=5.231; p=0.000), sürekli kullanılan ilaç kullanmayanlarda (t=5.097; p=0.000), yardımcı araç gereç kullanmayanlarda (t=2.084; p=0.041), diş protezi kullanmayanlarda (t=4.724; p=0.000), baston kullanmayanlarda (t=5.854; p=0.000), koltuk değneği kullanmayanlarda (MWU=-2.574; p=0.010), kulaklık kullanmayanlarda (MWU=-3.789; p=0.000), egzersiz yapanlarda (t=-8.451; p=0.000), uyku kalitesi iyi olanlarda (F=42.321; p=0.000), hobiyle ilgilenenlerde (t=12.298; p=0.000), genel sağlık algısı iyi olanlarda (F=36.920; p=0.000), sürekli takip eden hekimi olanlarda (t=78.882; p=0.000), 1.basamağa başvuranlarda (F=3.496; p=0.031), son 6 ay içinde hiç düşmeyenlerde (t=-5.205; p=0.000) anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Gözlük kullanımı, tekerlekli sandalye kullanımı, tütün kullanımı ve alkol kullanımı ile Yaşlılar İçin Sosyal Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Araştırma grubunda sağlıklı yaşama biçimi davranışlarına göre Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı (n=535).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Kronik hastalık varlığı				
Yok	134	54.23±11.33	t:5.231	0.000
Var	401	48.58±9.11		
Sürekli kullanılan ilaç				
Yok	133	54.17±11.42	t:5.097	0.000
Var	402	48.61±9.09		
Yardımcı araç gereç				
Yok	64	53.14±13.27	t:2.084	0.041
Var	471	49.57±9.41		
Gözlü kullanma				
Hayır	82	51.09±12.69	t:0.881	0.380
Evet	453	49.80±9.44		
Diş protezi kullanma				
Hayır	325	83.32±10.94	F:18.700	0.000 a>b>c
Evet	174	79.18±13.60		
Baston kullanma				
Hayır	512	50.52±9.74	t:5.854	0.000
Evet	23	38.40±8.78		
Koltuk değneği kullanma				
Hayır	530	50.10±9.96	MWU:-2.574	0.010
Evet	5	38.59±8.17		
Kulaklık kullanma				
Hayır	529	50.18±9.90	MWU:-3.789	0.000
Evet	6	33.60±3.25		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, MWU: Mann Whitney U testi, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

Tablo 4.5. (devam) Araştırma grubunda sağlıklı yaşama biçimi davranışlarına göre Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı (n=535).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Tekerlekli sandalye kullanma				
Hayır	534	50.02±9.99	MWU:-1.539	0.124
Evet	1	34.37±8.70		
Egzersiz				
Yapmıyor	236	46.13±8.77	t:-8.451	0.000
Yapıyor	299	53.05±9.87		
Uyku kalitesi algısı				
İyi ^a	149	54.49±10.83	F:42.321	0.000 a>b>c
Orta ^b	298	49.82±8.67		
Kötü ^c	88	42.98±8.60		
Tütün kullanma				
Evet	60	48.95±7.64	t:-0.860	0.390
Hayır	475	50.13±10.26		
Alkol kullanma				
Evet	9	52.52±4.39	MWU:-1.308	0.191
Hayır	526	49.95±10.07		
İlgilenilen hobi				
Evet	309	54.02±9.44	t:12.298	0.000
Hayır	226	44.50±7.94		
Genel sağlık algısı				
İyi ^a	159	53.21±10.99	F:36.920	0.000 a>b>c
Orta ^b	301	50.30±8.54		
Kötü ^c	75	41.96±9.00		
Sürekli takip eden hekim				
Var	193	50.96±10.64	t:78.882	0.000
Yok	342	49.47±9.53		
Sağlık sorununda genellikle başvurulanan kurum				
1.basamak ^a	309	50.95±10.24	F:3.496	0.031 a>b>c
2.basamak ^b	206	48.80±9.64		
3.basamak ^c	20	47.59±8.60		
Son altı ayda düşme				
Evet	41	42.36±8.54	t:-5.205	0.000
Hayır	494	50.63±9.86		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, MWU: Mann Whitney U testi, t: Student's t testi,

F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı ile yaş, çocuk sayısı, kullandığı ilaç sayısı, haftada kaç gün egzersiz yapma, BKİ, son 6 ayda kaç kere düştüğüne, Başarılı Yaşlanma Ölçeği, WHO-5 İyilik Hali, EQ5D 100 indeksi, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek ve Aile, Özel Bir İnsan ve Arkadaş Alt Boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı yaş ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.447$, $p=0.000$), çocuk sayısı ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0.161$, $p=0.000$), ilaç sayısı ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.275$, $p=0.000$), egzersiz sayısı ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.202$, $p=0.000$), BKİ ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0.100$, $p=0.021$), Başarılı Yaşlanma Ölçeği ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.480$, $p=0.000$), WHO-5 İyilik Hali ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.480$, $p=0.000$), EQ5D 100 indeksi ile pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0.524$, $p=0.000$), EQ5D Genel Yaşam Kalitesi ile pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0.509$, $p=0.000$), Algılanan Sosyal Destek ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.464$, $p=0.000$), Aile Alt Boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.295$, $p=0.000$), Özel Bir İnsan Alt Boyut ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.465$, $p=0.000$), Arkadaş Alt Boyut ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.449$, $p=0.000$) anlamlı ilişkilidir. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı ile son altı ayda düşme sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı ile sürekli, kesikli değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki.

Değişkenler	r	p
Yaş	-0.447	0.000
Çocuk sayısı	-0.161	0.000
Kullanılan ilaç sayısı	-0.275	0.000
Egzersiz sayısı	0.202	0.000
BKİ	-0.100	0.021
Son altı ayda düşme sayısı	0.061	0.706
Başarılı Yaşlanma Ölçeği	0.480	0.000
WHO-5 İyilik Hali İndeksi	0.480	0.000
EQ5D 100 indeksi	0.524	0.000

Tablo 4.6. (devam) Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı ile sürekli, kesikli değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki.

Değişkenler	r	p
EQ5D Genel Yaşam Kalitesi	0.509	0.000
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam	0.464	0.000
Aile Alt Boyutu	0.295	0.000
Özel Bir İnsan Alt Boyutu	0.465	0.000
Arkadaş Alt Boyutu	0.449	0.000

4.5. Bağımlı Değişkenin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi

4.5.1. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Puanını Etkileyen Faktörler

Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler ve literatürde Yaşlılar İçin Sosyal sağlık puanına etkisi olan bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişki Backward yöntemi kullanılarak lineer regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan yaş, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, yaşanılan kişi, sürekli takip eden hekim, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi, konut tipi, kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç, yardımcı araç gereç kullanımı, egzersiz yapma, uyku kalitesi, ilgilenilen hobi, genel sağlık algısı, genellikle başvurulun kurum, düşme durumu, BKİ, BYÖ, WHO-5 İyilik Hali, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı modele alınmıştır.

Modele alınan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analizinde değerlendirilmiş olup bu kapsamda yaş, medeni durum, çalışma durumu, ilgilenilen hobi, genel sağlık algısı, BYÖ, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı değişkenlerdir. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeğindeki değişimin %45'ini açıkladığı bulunmuştur (Adjusted $R^2=0.457$, $F=50.334$, $p<0.001$).

Lineer regresyon analizi sonucunda Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı evli olmayanlarda (β :-4.441; %95 GA -6.62; -2.22), çalışanlarda (β :-7.703; %95 GA -13.72; -1.67), hobisi olmayanlarda (β :-4.822; %95 GA -6.29; -3.34), genel sağlık algısı iyi olmayanlarda (β :-1.915; %95 GA -2.66; -0.16) anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı yaş arttıkça (β :-0.210; %95 GA -0.36; -0.05), Başarılı Yaşlanma puanı arttıkça (β :0.126; %95 GA 0.05; 0.19), EQ5D Genel Yaşam Kalitesi puanı arttıkça (β :15.479; %95 GA 8.10; 22.85), Algılanan Sosyal Destek puanı arttıkça (β :0.132; %95 GA 0.07; 0.19), Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı anlamlı olarak artmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Lineer regresyon analizine göre Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık puanı ve ilişkili faktörler.

Değişkenler	Beta	SE	Standardize Beta	p	%95 Güven aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Yaş	-0.210	0.077	-0.113	0.007	-0.36	-0.05
Medeni durum	-4.421	1.119	-0.150	0.000	-6.62	-2.22
Çalışma durumu	-7.703	3.067	-0.081	0.012	-13.72	-1.67
İlgilenilen hobi	-4.822	0.751	-0.237	0.000	-6.29	-3.34
Genel sağlık algısı	-1.915	0.637	-0.091	0.027	-2.66	-0.16
Başarılı Yaşlanma Ölçeği	0.126	0.037	0.156	0.001	0.05	0.19
EQ5D Genel Yaşam Kalitesi	15.479	3.756	0.179	0.000	8.10	22.85
Algılanan Sosyal Destek	0.132	0.031	0.168	0.000	0.07	0.19

Adjusted R²=0.457, F=50.334, p=0.000, Durbin Watson=1.725

Modele dahil edilen değişkenler: Yaş: (sürekli), medeni durum: (evli:0, evli değil:1), eğitim durumu: (üniversite ve üzeri:0, lise:1, ilkokul:2), gelir durumu: (gelirim giderimden fazla:0, gelirim giderime denk:1, gelirim giderimden az:2), çocuk sayısı: (sürekli), yaşanılan yer: (kendi evi:0, kira:1, çocuklarının yanında:2), yaşanılan kişi: (yalnız değil:0, yalnız:1) çalışma durumu: (çalışmıyor:0, çalışıyor:1), sağlık güvencesi: (var:0, yok:1), konut tipi:

(apartman:1, müstakil ev:0), **kronik hastalık:** (yok:0, var:1), **sürekli kullanılan ilaç:** (yok:0, var:1), **yardımcı araç gereç:** (yok:0, var:1), **egzersiz yapma:** (yapıyor:0, yapmıyor:1), **uyku kalitesi:** (iyi:0, orta:1, kötü:2), **ilgilenilen hobi:** (evet:0, hayır:1), **genel sağlık algısı:** (iyi:0, orta:1, kötü:2), **sürekli takip eden hekim:** (var:0, yok:1), **genellikle başvurulanan kurum:** (1.basamak:0, 2.basamak:1, 3.basamak:2), **düşme durumu:** (hayır:0, evet:1), **BKI:** (sürekli), **BYÖ:** (sürekli), **WHO-5 İyilik Hali:** (sürekli), **EQ5D:** (sürekli), **algılanan sosyal destek:** (sürekli).



5. TARTIŞMA

Balıkesir il merkezindeki kentsel bir bölgede kesitsel olarak yürütülen bu araştırmada araştırma grubu yüz yüze görüşülerek ulaşılan 535 kişiden oluşmaktadır. Araştırma toplum tabanlı olmasının yanı sıra sosyal sağlığı ele alması, sosyal sağlığın yaşam kalitesi, sosyal destek, iyilik hali ve başarılı yaşlanma ile birlikte ele alınması çalışmanın özgünlüğünü artırmaktadır.

Yaşlanma süreci bireyin karşı karşıya olduğu kaçınılmaz, spesifik bir durum olup sağlık ve sosyal hizmetler yönüyle spesifik bir halk sağlığı konusudur. Nitekim Türkiye nüfusunun %10'unu yaşlı nüfus oluşturduğu gibi demografik dönüşümün son aşamasına geçiş sürecinde olan Türkiye'nin gerek sağlık hizmetleri gerekse sosyal hizmetlerin planlanma sürecinde yaşlıların sağlığı, sosyal sağlık düzeyinin belirlenmesi gereksinimlerin karşılanıp politikaların oluşturulmasında önemli bir konudur.

Sosyal sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sağlığın önemli bir boyutu olup sosyal sağlık hem bireysel hem de sosyal yönleri içermekte, bireylerin sosyal sağlık düzeyleri genellikle “iyi oluş” veya “uyum” terimleriyle açıklanmakta ve sosyal destek ve sosyal uyum yoluyla ölçülebilmektedir (Bao ve ark., 2018; Rudnicka ve ark., 2020). Sosyal destek, öznenin başkalarından aldığı desteğin düzeyine vurgu yaparken, sosyal uyum, öznelere içinde bulundukları toplumla aktif olarak etkileşimde bulunmak için uyum sağlama kapasitelerine odaklanmaktadır. Sosyal sağlığın sosyal düzeyi, herkes için eşit fırsatın olduğu ve algılanan yapıları çevre ve toplum yönetimi gibi bir yurttaş olarak tam işlev görmesi için gerekli mal ve hizmetlere herkesin erişebildiği bir toplumu ifade etmektedir (Narimani ve Samadifard 2017).

Yaşlıların sağlık durumu ve sağlıklarını etkileyen faktörler sıkça ele alınsa da sosyal sağlık kavramı sosyal sağlığın belirleyicileri literatürde ayrıntılı olarak ele

alınmamıştır. Araştırma algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali, başarılı yaşlanma ve sosyal sağlığı bir arada ele alan literatürdeki ilk çalışmalardan biridir.

Araştırmamızdaki bulgular toplumda yaşayan yaşlıların sosyal sağlıklarının orta düzeyde olduğunu, evli olmayanlarda, çalışanlarda, bir hobiyle ilgilenmeyenlerde, genel sağlık algısı iyi olmayanlarda sosyal sağlığın düşük olduğunu, yaş arttıkça, BYÖ puanı azaldıkça, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi puanı azaldıkça ve Algılanan Sosyal Destek puanı azaldıkça sosyal sağlık puanının düştüğünü göstermiştir.

Bu çalışmada Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği toplam puanı 50.00 ± 10.00 , Sosyal Destek alt boyut puanı 50.00 ± 10.00 ; Algılanan Çevre alt boyut puanı 50.00 ± 10.00 ; Sosyal Uyum alt boyut puanı 49.99 ± 10.00 'tir. Bu kapsamda araştırma grubunda Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanının orta düzeyde olduğu, boyut puanlarının da ölçek genel puanına benzerlik gösterdiği görülmektedir. Ülkelerin yaşlılara yönelik politikaları öncelikleri farklılık göstermektedir, kentleşme, geniş aileden çekirdek aileye geçiş gibi özellikler yaşlıları toplum içinde daha kırılgan hale getirmiştir. Türkiye' de neoliberalleşme ile bu süreçten derinden etkilenen ülkelerden biridir. Tüm bu durumlar da yaşlıların sosyal sağlığını olumsuz etkilemektedir. Türkiye'de yaşlı nüfus giderek artmakta olup her on kişiden biri yaşlıdır. Araştırma bölgesi de bu anlamda Türkiye'nin en yaşlı nüfusa sahip şehirlerinden biridir. Türkiye'de genel anlamda yaşlılara yönelik hizmetlerin sağlık ve sosyal hizmetler boyutlarıyla ayrı yürütüldüğü, yaşlıların gereksinimlerinin geçmişte daha çok aile bireyleri tarafından karşılanmasına rağmen günümüzde kentleşme, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması gibi nedenlerle yaşlıların daha yalnız ve izole oldukları görülmektedir. Nitekim Çevik ve ark. Balıkesir il merkezinde yürüttükleri bir çalışmada yaşlıların beşte birinin istismara maruz kaldığı, yalnızlaştıkları bulunmuştur (Çevik ve ark., 2023).

Türkiye yaşlanma sürecine geç girmiş olmasının da etkisiyle yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin sınırlı olmasının sosyal sağlığı olumsuz etkilediği sosyal sağlık puanının düşük olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Nitekim Yılmaz ve ark. çalışmasında da Türkiye'de son birkaç on yılda yaşlı sağlığı sorunlarının gündeme gelip politikalar oluşturulmaya başlandığı ancak sağlık ve sosyal hizmetlerin bütün

olarak ele alınmadığı, tüm yaşlıları kapsayan topluma dayalı politikaların yetersiz olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve ark., 2013).

Literatürde bizim çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalara bakılınca bizim Yu ve ark. çalışmasında bizim çalışmamızdaki sosyal sağlık düzeyine yakın bir biçimde sosyal sağlık puanı uyarlamının yapıldığı popülasyonda 42.80 ± 13.00 , genel popülasyonda 40.13 ± 12.27 olduğu görülmektedir (Yu ve ark., 2020). Çin’de yürütülen bu çalışmada görece sosyal sağlığın bizim çalışmamıza göre düşük olması, iki gruptaki yaşlı popülasyonun farklılığına, Çin’in Türkiye’ye kıyasla daha kozmopolit olmasına, çok etnikli, çok kültürlü, olmasına, bizim araştırma bölgemizin Çin’de yürütülen çalışmaya kıyasla sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olmasına bağlı olabilir (Bao ve ark., 2018; Yu ve ark., 2020). İran’da Barkhori ve ark. yaşlılarla yürüttüğü (n=192) Keyes’in Sosyal Sağlık Ölçeği kullanılan çalışmada yaşlıların sosyal sağlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu farklılık ilgili çalışmada farklı bir ölçek kullanılmasına ve bizim çalışmamıza kıyasla daha küçük bir örnek grubunda bağlı olabilir.

Çalışmamızda Sosyal Sağlık Ölçeğinin alt boyut puanlarının da yüksek olmadığı görülmektedir. Bu durum yaşlıların sosyal uyumunun ve sosyal destek ve algılanan çevre kaynağı boyutuyla gereksinimlerinin karşılanmadığını göstermektedir. Nitekim Sönmez ve ark. çalışmasında da yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı bir yaşlanma ile ilgili çeşitli stratejilerin geliştirilmesine, genel politikalar dışında, yaşlı kesime yönelik olan özel politikalar geliştirilmesine eşitsizlikleri ortadan kaldırma amaçlı, sosyal devlet ilkeleri ve halk sağlığı politikalarının uygulanmasına vurgu yapmıştır (Sönmez ve Çevik, 2021).

Bu kapsamda yaşlılara yönelik sosyal uyumu, sosyal desteği artırmaya yönelik adımlar atılmalı ve algılanan çevrenin iyileştirilmesi, yaşlıların yaşamlarını kolaylaştırıcı çevreler oluşturulması gerekmektedir. Karar vericilerin, insanların kapasite oluşturmaya ve sürdürmesine yardımcı olabilecek sosyal desteği artırıcı, sağlıklı yaş alma sürecine hazırlayıcı ve çevre kaynağı boyutuyla yürüme, fiziksel aktiviteyi artırmayı destekleyici ve kolaylaştırıcı ortamlar oluşturulması önemlidir (Beard ve ark., 2016). Nitekim çevresel uygun koşulların, trafik güvenliği yürünebilir

alanların olmasının sosyal sağlık ile ilişkili olduğu görülmektedir (Zhao ve Chung, 2017; Lu ve ark., 2020).

Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı ile tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkan bağımsız değişkenler çok değişkenli lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bu ileri analizler sonucunda;

Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı evli olmayan kişilerde, çalışanlarda, bir hobiyle ilgilenmeyenlerde, genel sağlık algısı iyi olmayanlarda anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca yaşı yüksek olan kişilerde, Başarılı Yaşlanma Ölçeği puanı düşük olan kişilerde, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi puanı düşük olan kişilerde ve Algılanan Sosyal Destek puanı düşüktüğü Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı düşmektedir.

Araştırmamızda tek değişkenli ve korelasyon analizine göre eğitim durumu azaldıkça, gelir seviyesi azaldıkça, kendi evinin dışında yaşayanlarda, yalnız yaşayanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda, müstakil evde yaşayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, sürekli ilaç kullananlarda, yardımcı araç gereç kullananlarda, egzersiz yapmayanlarda, uyku kalitesi iyi olmayanlarda, sağlık sorununda başvurduğu bir kurum olmayanlarda, sürekli takip eden hekimi olmayanlarda, düşme durumu olanlarda, BKİ artsa da, WHO-5 İyilik Hali İndeksi puanı azalsa da, EQ5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı azalsa da regresyon analizinde anlamlılığını yitirmiştir.

Bu çalışmada Yaşlıların Sosyal Sağlık Ölçeği puanı evli olmayan kişilerde düşüktür. Bu durum evli olmayan yaşlıların kendilerini evlilere kıyasla daha yalnız hissetmelerine, evli olan yaşlılara kıyasla daha izole olmalarına bağlı olabilir. Nitekim Çevik ve ark. yaşlılarla yürüttüğü çalışmada da yaşlıların önemli bir kısmının yalnızlık puanlarının yüksek olduğu, buna bağlı olarak istismara da maruz kaldıkları bulunmuştur (Çevik ve ark., 2023). Yu ve ark., Çin’de 60 yaş ve üzeri kişilerle (n=6089) görüşerek SHSE-S formu kullanılarak yapılan çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde dul/boşanmış/hiç evlenmemiş olanlarda sosyal sağlık algısının düşük olduğu görülmektedir (Yu ve ark., 2020).

Bu çalışmada Yaşlıların Sosyal Sağlık Ölçeği puanı çalışan kişilerde düşüktür. Yaşlıların karşı karşıya olduğu sorunlardan biri de sosyoekonomik bağımlılıktır. Türkiye’de her ne kadar sosyal devlet ilkeleri olsa da emeklilik sonrası nüfusun yalnızca sadece emekli maaşı ile yaşamlarını sürdürmeleri çok olanaklı değildir. Bu kapsamda yaşlılığın getirdiği handikapların yanında çalışmak durumun da olmak, ekonomik olarak dezavantajlı olmak yaşlıların sosyal sağlığını olumsuz etkilemiş olabilir. Zhang ve ark. yürüttüğü çalışmada bu durumu destekler biçimde sosyoekonomik durumun, sosyal katılım ile birlikte yaşlıların sağlığını etkileyen bir bileşen olduğu bulunmuştur (Zhang ve ark., 2022).

Bu çalışmada Yaşlıların Sosyal Sağlık Ölçeği puanı bir hobiyle ilgilenmeyen kişilerde düşüktür. Kore’de yürütülen bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde boş zaman aktiviteleri, gönüllü çalışmalarına katılım ve hobi ile uğraşmanın sağlığı olumlu etkilediği bulunmuştur (Choi ve ark., 2017).

Bu çalışmada Yaşlıların Sosyal Sağlık Ölçeği puanı genel sağlık algısı iyi olmayan kişilerde düşüktür. Sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal bileşenlerden oluştuğu düşünüldüğünde katılımcılar tarafından algılanan sağlığının sosyal sağlığı da kapsadığı, sağlık algısının kötü olmasının sosyal sağlık ile ilişkisi sağlığın fiziksel ve mental yönleriyle bir bütün olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada katılımcıların yaşı arttıkça Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı azalmaktadır. Bu durum yaşlıların yaşlandıkça yalnızlaşmalarına, bağımlılıklarının artmasına bağlı olabilir. Yu ve ark. SHSE-Kısa formu kullanarak Çin’de yürüttükleri çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde yaş arttıkça sosyal sağlığın azaldığı bulunmuştur (Yu ve ark., 2020). Kashaninia ve ark., Keyes’in Sosyal Sağlık Ölçeği ile sosyal sağlığı değerlendirdikleri çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde yaş arttıkça sosyal sağlık artmaktadır (Kashaninia ve Haghani, 2021).

Bu çalışmada Başarılı Yaşlanma Ölçeği puanı azaldıkça Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı azalmaktadır. Bu durum araştırma grubundaki yaşlıların fiziksel, zihinsel sağlıklarının iyi olmasıyla, yaşlıların genel mutluluk düzeyinin yüksek olması, yaşama aktif katılım olması, fiziksel ve zihinsel işlevselliğin devamı, durumları pozitif karşılayıp değerlendirmeleriyle ilişkili olabilir. Nitekim Kütmeç

Yılmaz'ın çalışmasında da bizim çalışmamızı destekler biçimde başarılı yaşlanma ile yaşam doyumu ile olayları olumlu karşılama başarılı yaşlanmanın ilişkisi bulunmuştur (Kütmeç Yılmaz, 2020).

Çalışmamızda sağlık algısı yüksek kişilerde, genç Yaşlılar İçin Sosyal iyilik halinin yüksek olması da bu durumu desteklemektedir. Nitekim Kütmeç Yılmaz'ın çalışmasında da başarılı yaşlanma ile yaşlanma memnuniyeti, yaşam doyumunun ilişkili olduğu bulunmuştur (Kütmeç Yılmaz, 2020).

Çalışmada EQ5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı azaldıkça Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı azalmaktadır. Bu durum yaşam kalitesi sağlığın önemli bileşenlerinden biri olup sağlık ile pozitif ilişkili olmasına bağlı olabilir. Nitekim Bao ve ark. SHSE Kısa ve Uzun formunun geliştirilmesini yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde yaşam kalitesi ile sosyal sağlık arasında ilişki bulunmuştur (Bao ve ark., 2018). Ayrıca Çin'de yaşlılarla yürütülen Lu ve ark. yürüttüğü çalışmada da bizim çalışmamız benzer biçimde yaşam kalitesi puanı arttıkça sosyal sağlık durumunun da iyileştiği bulunmuştur (Lu ve ark., 2020).

Çalışmada Algılanan Sosyal Destek puanı azaldıkça Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı azalmaktadır. Nitekim sosyal sağlığın alt boyutlarından biri de sosyal destektir. Kişinin yaşadığı sosyokültürel çevre ile bir bütün olduğu, etkileşim içinde olduğu, yaşlandıkça, otonomisini yitirdikçe ve yalnızlaştıkça sosyal desteğin daha önemli bir hale geldiği söylenebilir. Bizim çalışmamızı destekler biçimde Kuveyt'te yürütülen kesitsel bir çalışmada da sosyal destek algısının, akrabalarla temas sıklığının ve akraba ilişkilerinin gücünün yaşlılarda somatik semptomların önemli düzenleyicileri olduğunu göstermiştir (Al-Kandari ve Crews, 2014). Japonya'da yürütülen bir çalışma, çevre ve çok yönlü sosyal ilişkiler arasındaki etkileşimin yaşlıların sağlığını olumlu etkilediğini bulmuştur (Watanabe ve ark., 2017). Bir başka çalışmada bizim çalışmamızı destekler biçimde artan sosyal ilişkilerin, sosyal faaliyetlere aktif katılım ve sosyal ağlar oluşturma yoluyla yaşlıların fiziksel ve bilişsel işlevlerini geliştirmede yararlı etkileri olmuştur (Ali ve ark., 2018).

Bu çalışmada Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı ile cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer, yaşanılan kişi, sağlık güvencesi, konut tipi, kronik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaç, yardımcı araç gereç kullanma, egzersiz yapma, uyku kalitesi algısı, tütün kullanma, alkol kullanma, sürekli takip eden hekim, genellikle başvurulmuş kurum, son 6 ayda düşme, çocuk sayısı, kullanılan ilaç sayısı, egzersiz sayısı, son 6 ayda düşme sayısı, WHO-5 İyilik Hali İndeksi, EQ5D 100 arasında anlamlı bir ilişkisi yoktur.

Bu çalışmada cinsiyet ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bao ve ark. yürüttüğü çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde cinsiyetle sosyal sağlık arasında anlamlı farklılık yoktur (Bao ve ark., 2018).

Bu çalışmada eğitim durumu ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yu ve ark. Çin’de yürüttüğü çalışmada, eğitim düzeyinin yüksek olmasının sosyal sağlığı olumsuz etkilediği bulunmuştur (Yu ve ark., 2020). Bu farklılık Çin’de yürütülen çalışmada yaşlıların sosyal sağlık algılarının, farkındalıklarının ve beklentilerinin yüksek olması ile ilişkili olabilir. Bu durum Türkiye’de sosyal sigorta uygulamasının olmasına gelir durumu düşük olsa bile hizmetlerden yararlanma anlamında sağlık güvencesinin bir ayırt edici olmamasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bu durum çekirdek aile yapısına bağlı olarak yaşlıların daha çok çocuklarından ayrı yaşam sürdürmesine, çevreden destek almalarıyla ilişkili olabilir. Kuveyt’te yürütülen kesitsel bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak çocuk sahibi olmanın yaşlılarda somatik semptomların önemli düzenleyicileri olduğu bulunmuştur (Al-Kandari ve Crews, 2014). Bu farklılık iki çalışmanın yürütüldüğü bölgelerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların yalnız yaşayıp yaşamadıkları ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bu durum Bao ve ark. çalışması ile de benzerlik göstermektedir (Bao ve ark., 2018). Öte yandan bazı

çalışmalarda ise yalnızlıkla sosyal sağlık arasında ilişki de bulunmuştur. Bu farklılıklar araştırmaların yurütulduğu bölgeye ve ölçüm araçlarının farklılıklarına bağlı olabilir.

Bu çalışmada konut tipi ve yaşanılan yer ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Araştırma Türkiye'nin Güney Marmara'sında bulunan Balıkesir ilinin kentsel bir mahallesinde yurütulmesine benzer konut özelliklerinin olmasına, bölgenin ve konutların özelliklerinin görece iyi olmasına bağlı olabilir. Bir başka faktör de sosyal uyum ve algılanan evre kaynaklarının benzer olmasıyla ilişkili olabilir.

Bu çalışmada kronik hastalık ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Kronik hastalık yaşamı etkileyen bir bileşen olmasına karşın ileri analizlerde bu anlamlılığın yitmiş olması görüşülen kişilerin görece genç yaşlılar olmasına, kronik hastalıklara bağımlılık düzeyinin düşük olmasına bağlı olabilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yu ve ark. Çin'de yurüttüğü çalışmada ek hastalık (kronik hastalık sayısı) sosyal sağlığı olumsuz etkilediği görülmektedir (Yu ve ark., 2020). Zhang ve ark. tarafından Çin'de 60 yaş ve üzeri kişilerle SHSE ölçeği kullanılarak yurütölen çalışmada da kronik hastalığı olma durumu ile sosyal sağlık arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Zhang ve ark., 2020). Bu durum Çin'de yurütölen çalışmaların daha büyük bir örneklem üzerinde yurütölmüş olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada sürekli kullanılan ilaç, ilaç sayısı ve yardımcı araç gereç kullanma ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bu durum araştırma grubunun görece genç yaşlılardan ve sağlıklı kişilerden oluşmasıyla ilişkili olabilir.

Bu çalışmada egzersiz yapma, tütün, alkol kullanımı, uyku kalitesi BKİ gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bu farklılık kişilerin yaşam tarzlarının sosyal sağlığı etkilemediğini göstermektedir. Bao ve ark. SHSE-L ve SHSE-S uyarlamasına yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak uyku kalitesi algısı kötü olanlarda, sigara içenlerde, fiziksel olarak aktif olmayanlarda, öz bakımını

gerçekleştiremeyenlerde anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Bao ve ark., 2018). Bu farklılık iki çalışmanın yürütüldüğü örneklemelerin farklı olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada sürekli takip eden hekim ve genellikle başvuru ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Türkiye’de sağlık sisteminde sevk uygulaması yoktur. Genellikle başvuru kurum ikinci basamak kurumlar olup aile hekimleri daha çok reçete ve poliklinik hizmeti sunmaktadır (Cevik ve ark., 2018).

Ayrıca ikinci basamakta uzun bekleme, kısa muayene süreleri görülmektedir. Bu nedenle yaşlı sağlığı hizmetlerinin kapsamlı, nitelikli bir değerlendirmeyi içermemesi sağlık hizmet kullanımı ile sosyal sağlık arasında ilişki olmamasını açıklayabilir (Yılmaz ve ark., 2013).

Bu çalışmada son 6 ayda düşme sayısı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Düşme yaşlılarda en sık görülen sorunlardan biri olmakla birlikte çalışmamızda sosyal sağlık ile ilişkili olmaması düşen kişilerin bağımlılığı artırıcı, ciddi düşmeler yaşamamış olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmada WHO-5 İyilik Hali puanı ile Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Literatürde yaşlıların mental durumunu değerlendiren farklı ölçekler kullanılmaktadır. Fiziksel sağlığın yanı sıra sosyal sağlık toplum sağlığının korunup geliştirilmesinde önemli çalışma alanlarından biridir. Literatürde farklı sosyal sağlık ölçekleri kullanılan çalışmalar bulunmaktadır. Nerimani ve Samadifard’ın İran’da yürüttüğü çalışmada sosyal sağlık ile mutluluk arasında ilişki bulunmuştur (Narimani ve Samadifard, 2017). Dai ve ark. Çin’de 60 yaş ve üzeri kişilerle (n=3757) sosyal sağlık ile depresyon ilişkisini değerlendirdiği çalışmada depresyon arttıkça sosyal sağlığın azaldığı bulunmuştur.

Mental durum sosyal sağlıkla ilişkili bir faktör olmasına karşın literatürden farklı olarak çalışmamızda korelasyonda anlamlı bulunsada iyi olma durumu regresyon analizinde anlamlılığını yitirmiştir. Bu durum araştırma grubumuzda verilerin toplandığı süreç itibarıyla pandemi olmasına yaşlıların genel olarak iyilik durumlarının benzerlik göstermesine bağlı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Araştırmada katılımcıların dörtte üçünün kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç bulunmaktadır.
- ✓ Araştırmada katılımcıların yarısı hiç tütün ürünü kullanmamış, onda biri alkol kullanmaktadır.
- ✓ Araştırmada katılımcıların %12'si yardımcı araç gereç kullanmamış, yaklaşık yarısı egzersiz yapmaktadır.
- ✓ Katılımcıların yalnız dörtte birinin uyku kalitesi ortanın üstünde olup yaklaşık yarısının ilgilendiği bir hobi vardır
- ✓ Araştırmada katılımcıların %70.3'ünün genel sağlık durumu orta ve üstünde ve %7.7'si son altı ayda düşmüştür.
- ✓ Araştırmada katılımcıların üçte birinin düzenli takip eden bir hekim olup yaklaşık yarısı bir sağlık sorunu olduğunda genellikle aile sağlığı merkezine gitmektedir.
- ✓ Katılımcıların WHO-5 İyilik Hali İndeksi'nden aldıkları puan 16.91 ± 5.67 'dir. Katılımcılar yüksek düzeyde iyilik hali seviyesine sahiptir.
- ✓ Araştırmada katılımcıların Başarılı Yaşlanma Ölçeği'nden aldıkları puan 51.74 ± 12.48 'dir. Katılımcılar yüksek düzeyde başarılı yaşlanma seviyesine sahiptir.
- ✓ Araştırmada katılımcıların EQ5D Genel Yaşam Kalitesi ölçeği'nden aldıkları puan 0.81 ± 0.11 'dir. EQ5D 100 indeksi puanı 69.18 ± 18.77 'dir Katılımcılar orta düzeyde yaşam kalitesine sahiptir.

- ✓ Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları puan 74.04 ± 12.74 'tür. Algılanan Sosyal Destek Durumu Ölçeği aile alt boyut puanı 25.71 ± 3.28 , özel bir insan alt boyut puanı 23.90 ± 5.51 , arkadaş alt boyut puanı 24.42 ± 5.29 'dur. Katılımcılar yüksek Düzeyde Algılanan Sosyal Destek seviyesine sahiptir.
- ✓ Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği'nden aldıkları puan 50.00 ± 10.00 'dır.
- ✓ Katılımcıların Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği sosyal destek alt boyut puanı 50.00 ± 10.00 , sosyal uyum alt boyut puanı 49.99 ± 10.00 , algılanan çevre alt boyut puanı 50.00 ± 10.00 'dır. Katılımcılar orta düzeyde sosyal sağlık seviyesine sahiptir.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı evli olmayan kişilerde düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı çalışanlarda düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı bir hobiyle ilgilenmeyenlerde düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı genel sağlık algısı iyi olmayanlarda anlamlı olarak düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı yaşı yüksek olan kişilerde düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı Başarılı Yaşlanma Ölçeği puanı düşük olan kişilerde düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı EQ5D Genel Yaşam Kalitesi puanı düşük olan kişilerde düşüktür.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçek puanı Algılanan Sosyal Destek puanı düştükçe Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği puanı düşmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- ✓ Çalışmanın farklı örneklemelerde yürütülmesi literatüre katkı sağlayacaktır.
- ✓ Toplumdaki 60 yaş ve üzeri kişilerin sosyal sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve bu konuda eğitim verilmesi toplum sağlığı üzerinde etkili olacaktır.
- ✓ Toplumun, sağlık algısını belirleyen sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili bilgi düzeylerinin araştırılması bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında dolayısıyla sosyal sağlığın yol açabileceği diğer problemlere karşı etkin önlemler alınmasında yardımcı olacaktır.
- ✓ Yaşlılar İçin Sosyal sağlığın farklı değişkenler ile değerlendirilmesi alınacak önlemler ve uygulamalar hakkında yol gösterici olacaktır.
- ✓ Yaşlılara yönelik başarılı yaşlanma, algılanan sosyal destek ve iyilik hali gibi araştırmalarının artırılması yaşlı toplumun sosyal sağlığına müdahalelerde yol gösterici olacaktır.
- ✓ Yalnız yaşayan, ileri yaş yaşlı grubunda yer alan yaşlılar sosyal sağlık yönünden daha dezavantajlı olduklarından bu gruplar yaşlılar içinde daha spesifik izlenmelidir.
- ✓ Yaşlıların yaşam kalitesini artırmaya yönelik sosyoekonomik, sosyokültürel uygun ortam hazırlanmalıdır.
- ✓ Yaşların aktif yaşlanması, hobilerle uğraşımı desteklenmelidir.
- ✓ Yaşlıların başarılı yaşlanmasına yönelik danışmanlık sunulmalı, sağlık ve sosyal hizmet sunucuları bu kapsamda yaşlı izlemelerini yapmalıdır.
- ✓ Sosyal desteğin artırılması yaşlıların sosyal sağlığını artırmada önemli bir bileşen olduğundan ayrıca yaşı artması, bağımlılığın artması, yalnızlığın artmasının yaşlıların sosyal desteğe gereksinimlerinin daha fazla olmasına yol açtığı düşünüldüğünde sosyal desteği artırıcı bir ortam sağlanması yaşlının

çevresi, sağı ve sosyal hizmet sunucularının bu yönde kanalizе edilmesi önemlidir.

- ✓ Araştırmanın yapıldığı Paşaalanı Mahallesi için belediyenin yaşlılara yönelik sosyalleşebilecekleri etkinlik ve eğitimler yapması yaşlıların sosyal sağığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- ✓ Bu tür çalışmaların farklı sosyodemografik değişkenlerle, farklı çalışma gruplarında ve Türkiye örnekleminde uygulanmasının, elde edilecek verilerin kapsamının genişletilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- ✓ Halk sağığını korumayı ve geliştirmeyi önceleyen politikaların sağık sisteminin temelini oluşturması hem toplumun hem de sağık sisteminin benzer durumlardaki baş etme kapasitesini arttırmaya olumlu katkı sağlayacaktır.
- ✓ Sağık Bakanlığının yaşlı izlem sisteminin aktifleştirilmesi için adımlar atıp bu sistemi tüm basamaklara özellikle birinci basamağı entegre etmeleri yaşlıların sağığına olumlu katkı sağlayacaktır.
- ✓ Birinci basamak sağık hizmetleri yaşlılar için ilk başvuru yeri anlamında önemli bir yere sahiptir, bu nedenle gerek sosyal sağıklarının belirlenmesinde gerekse dezavantajlı yaşlıların sosyal sağıklarının iyileştirilmesinde birinci basamak kurumlar ve halk sağığı hemşireleri olumlu katkı sunabilirler.
- ✓ Yaşlı bireyler için fiziki, sosyal ve psikolojik açıdan nitelikli toplumsal alanların geliştirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.
- ✓ Toplumda yaşlı ve yaşlılıkla ilgili doğru farkındalığın oluşması açısından kamu yönetimi, üniversiteler ve sivil toplum örgütleri birbirini destekleyici çalışmalar yürütmesi ve yetkili çevrelerin yaşlı ve yaşlılar konusunda nitelikli bir eğitimden geçirilmesi katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- ✓ Yaşlı bireyler için hem aile içi hem de toplumsal sosyal destek mekanizmalarını artırmaya yönelik gerekli sosyal politikalar ve yasal düzenlemeler planlanmalı ve yapılmalıdır.
- ✓ Toplumda yaşlı ve yaşlılıkla ilgili doğru farkındalığın oluşması açısından onlara yol göstermek, rehberlik yapmak, çevreyi, yaşadıkları ortamı buna müsait hale getirerek kişilerin ileri yaşlara daha sağlıklı olarak ulaşmalarını sağlamak için sağlıklı yaşam kültürünün geliştirilmesine yönelik politikalar desteklenmelidir.
- ✓ Yaşlılara özgü sağlık ve sosyal hizmetleri bütüncül olarak içeren kamu odaklı politikalar oluşturulmalıdır.
- ✓ Yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal yardım hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla çok disiplinli bir ekip tarafından, evde ve gerektiğinde kurumda sunulmalıdır. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi sağlık alanı ile, sosyal ve ekonomik alanda tam bir eşgüdüm varlığı ile sağlanabilir.
- ✓ Yaşlı bireylerin dahil oldukları sağlık sorunları, sosyal sorunlar belirlenmeli, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki problemleri incelenmeli, değerlendirilmeli, çözüm yolları bulunmalıdır.
- ✓ Yaşlıların sağlık kurumunda, evlerinde izlemleri arttırılmalı, halk sağlığı hemşirelerine bu kapsamda sorumluk verilmelidir.
- ✓ Sağlık politikaları tekrar gözden geçirilmeli ve yaşlılara yönelik eşitsizlikleri azaltıcı, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet sunumu öncelenmelidir.

KAYNAKLAR

ASB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). <https://www.aile.gov.tr/> adresinden 15/04/2023 tarihinde ulaşılmıştır.

AÇHSB Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. (2020). <https://www.aile.gov.tr/> adresinden 15/04/2023 tarihinde ulaşılmıştır.

Akdur, R. (1998). *Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları, bu kavramlara etki eden dinamikler*. Halk Sağlığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Akhtar, S., Mohanty, S. K., Singh, R. R., and Sen, S. (2022). Chronic diseases and productivity loss among middle-aged and elderly in India. *BMC Public Health*, 22(1), 23-56. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14813-2>

Akkaya, B. ve Çöl, M. (2022). Halk Sağlığı Bakışıyla Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2), 456-464. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1030724>

Alexopoulos G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(1), 188. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>

Ali T, Nilsson CJ, Weuve J, Rajan KB, Mendes de Leon C F. (2018). Effects of social network diversity on mortality, cognition and physical function in the elderly: A longitudinal analysis of the Chicago health and aging project (CHAP). *J Epidemiol Community Health*, 72(11), 990-6.

Al-Kandari, Y. Y and Crews, D. E. (2014). Social support and health among elderly Kuwaitis. *J Biosoc Sci*, 46(4), 518-30.

Altintas, H., ve Aslan, G. (2019). Incidence of falls among community-dwelling older adults in Turkey and its relationship with pain and insomnia. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5), e12766.

Ang, G. C., Low, S. L., and How, C. H. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal*, 61(3), 116-121. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020029>

Arslantaş, H., ve Ergin, F. (2011). Loneliness, depression, social support and related factors in individuals between 50 and 65 years. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2).

Aydın, A., ve Sayılan, A. A. (2022). 65 yaş ve üzerindeki bireylerde kendine bakım gücü ile başarılı yaşlanma arasındaki ilişki. *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 67-77.

Aytulun, A., ve Erden Aki, Ş. Ö. (2022). Hafif davranışsal bozulma: Demans öncülü yeni bir sendrom. *Turkish Journal of Psychiatry*, 33(4).

Bao, C., Yu, Z., Yin, X., Chen, Z., Meng, L., Yang, W., Chen, X., Jin, M., Wang, J., Tang, M., and Chen, K. (2018). The development of the social health scale for the elderly. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0899-6>

Baran, M., Küçükakça Çelik, G., ve Ayran, G. (2014). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 9-15.

Beğer, T., ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25(3), 1-3.

Bostan, H., ve Doğan, Ö. S. (2019). Türkiye'nin demografik dönüşümü ve nüfus projeksiyonlarına göre fırsatlar. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 24(41), 61-90.

Bowling, A., and Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *Bmj*, 331(7531), 1548-1551.

Bölüktaş, R. P. (2019). *Yaşlanma teorileri ve geriatrik değerlendirme*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.

Bulut, E. A., Soysal, P., ve Isik, A. T. (2018). Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1899-1905. <https://doi.org/10.2147/CIA.S180281>

Canguilhem, G. (1978). On organic norms in man. In *On the normal and the pathological* (pp. 159-170). Dordrecht: Springer Netherlands.

Canlı, S. (2019). Yaşlılıkta mobiliteye bağlı yetiştirimi ve halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 390-397.

Chapman, S. (2005). Theorizing about aging well: Constructing a narrative. *Canadian Journal on Aging*, 24, 9–18. <https://doi.org/10.1353/cja.2005.0004>

Chen, Y., Hicks, A., and While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: A systematic literature review. *Health & Social Care in The Community*, 22(2), 113-123.

Chittrakul, J., Siviroj, P., Sungkarat, S., and Sapbamrer, R. (2020). Multi-system physical exercise intervention for fall prevention and quality of life in pre-frail older adults: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3102. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093102>

Choi, Y., Lee, K. S., Shin, J., Kwon, J. A., Park, E. C. (2017). Effects of a change in social activity on quality of life among middle-aged and elderly Koreans: Analysis of the Korean longitudinal study of aging (2006-2012). *Geriatr Gerontol Int*, 17(1), 132–41

Ciumărnean, L., Milaciu, M. V., Negrean, V., Orășan, O. H., Vesa, S. C., Sălăgean, O., Iluș, S., and Vlaicu, S. I. (2021). Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 207. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010207>

International Health Conference (2002). Constitution of the world health organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567705/>.

Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., and Sharit, J. (2018). Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 58(3), 467-477. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw249>.

Çakmak, R. (2021). Başarılı yaşlanma ve travmatik yaşantılar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Çekmece Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 1-26.

Çevik, C., Sozmen, K., ve Kilic, B. (2018). How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for general practitioners. *European Journal of General Practice*, 24(1), 74-83.

Çevik, C., Baydur, H., Özdemir, R., ve Sönmez, S. (2020). *Yaşlılar için sosyal sağlık ölçeğinin türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği*. [Sözlü Sunum]. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye.

Çevik, C., Güneş, S., Akrep, A., Bölüç, D., Aydoğan, Ö. F., Dost, A., ve Eser, E. (2020). Balıkesir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişilerde düşme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 20(3) 59-68.

Cevik, C., Ozdemir, R., Koran, N., and Agin, A. (2023). Prevalence and risk factors for elder abuse: A community-based cross-sectional study from North West Turkey. *Current Psychology*, 42(1), 726-733.

Çuhadar, S. G., ve Lordoğlu, K. (2016). Ageing and related problems in the process of demographic transformation in Turkey. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 54, 63-80.

Daatland, S. (2005). Quality of life and ageing. In Johnson M. (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 371–377). Cambridge: Cambridge University Press.

Dai, H. L., Yu, Z. B., You, L. Q., Fan, M. H., Zhu, H. W., Jiang, D. J., ... and Chen, K. (2019). Association between social health status and depressive symptoms among community-dwelling elderly adults in Zhejiang Province, China. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 20(11), 910

Değer, T. B., Saraç, Z. F., Savaş, E. S., and Akçiçek, S. F. (2019). The relationship of balance disorders with falling, the effect of health problems, and social life on postural balance in the elderly living in a district in Turkey. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 4(2), 37. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4020037>

Dumoulin, C., and Hay-Smith, J. (2010). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 10, CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub2>

Dural, G., Kavak Budak, F., Özdemir, A. A., & Gültekin, A. (2022). Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People. *Journal of religion and health*, 61(2), 1505–1513. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01377-5>

Durgun, A. (2021). Demografik dönüşümün milli gelir üzerindeki etkisi: Panel veri analizi. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 231-243.

Dündar, Ö., ve Alptekin, V. (2022). Türkiye’de yaşlı nüfusun huzurevi tercihinin mekansal bağimliliği. *Journal of Economy Culture and Society*, 65, 267-287.

Eker, D., ve Arkar, H. (1995) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.

Eser, E., Dinç, G., Cambaz, S. ve ark. (2007) EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örnekleme. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı Meta Basımevi (s. 78).

Eser, E., Çevik, C., Baydur, H., Güneş, S., Esgin, T. A., Öztekin, Ç. S., ... ve Özyurt, B. (2019). Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e100.

Eurostat. (2021). European Statistics. Obesity rate by body mass index (BMI). Erişim: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table?lang=en. Erişim tarihi: 16.09.2022.

Evans, M., Lewis, R. D., Morgan, A. R., Whyte, M. B., Hanif, W., Bain, S. C., Davies, S., Dashora, U., Yousef, Z., Patel, D. C., and Strain, W. D. (2022). A Narrative Review of Chronic Kidney Disease in Clinical Practice: Current Challenges and Future Perspectives. *Advances in Therapy*, 39(1), 33–43. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01927-z>

Farahani, S., Amiri, P., Karimi, M., Vahedi-Notash, G., Amirshakari, G., and Azizi, F. (2018). Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0914-y>

Freedman, A., and Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 66(3), 176–182.

Gao, X., Huang, N., Guo, X., and Huang, T. (2022). Role of sleep quality in the acceleration of biological aging and its potential for preventive interaction on air pollution insults: Findings from the UK Biobank cohort. *Aging Cell*, 21(5), e13610. <https://doi.org/10.1111/accel.13610>

Ghafri, B. R., Al-Mahrezi, A., and Chan, M. F. (2021). Effectiveness of life review on depression among elderly: A systematic review and meta-analysis. *The Pan African Medical Journal*, 40, 168. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.168.30040>

Guo, J., Huang, X., Dou, L., Yan, M., Shen, T., Tang, W., and Li, J. (2022). Aging and aging-related diseases: From molecular mechanisms to interventions and treatments. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 7(1), 391. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01251-0>

Gutierrez, A., García-Fontana, C., García-Fontana, B., and Muñoz-Torres, M. (2022). Obesity and Bone Health: A Complex Relationship. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(15), 8303. <https://doi.org/10.3390/ijms23158303>

Güner, S. G., ve Ural, N. (2017). Yaşlılarda Düşme: Ülkemizde yapılmış tez çalışmaları kapsamında durum saptama. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 9-15.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*.

Haveman-Nies, A., De Groot, L. C., and Van Staveren, W. A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: The SENECA study. *Age and Ageing*, 32(4), 427-434.

Hazer, O., ve Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 5(2), 48-56.

Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M., and Duberstein, P. R. (2015). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 87-98.

Hernández, C. M., López-Rodríguez, J. A., Rico-Blázquez, M., Calderón-Larrañaga, A., Leiva-Fernández, F., Prados-Torres, A., ... and MULTIPAP GROUP. (2022). Sex differences in social support perceived by polymedicated older adults with multimorbidity. MULTIPAP study. *Plos One*, 17(7), e0268218.

InWikipedia, Özgür Ansiklopedi. https://tr.wikipedia.org/wiki/Sosyal_saglık_adresinden_Mart_9,2023'de_alınmıştır.

Işık, A., Tekin, N., ve Kayaoğlu, S. Ç. (2021). Yetişkin bireylerin başarılı yaşlanma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Sinop ili örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(4), 1403-1419.

Jana, A., and Chattopadhyay, A. (2022). Prevalence and potential determinants of chronic disease among elderly in India: Rural-urban perspectives. *Plos One*, 17(3), e0264937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264937>

Jia, L., Du, Y., Chu, L., Zhang, Z., Li, F., Lyu, D., Li, Y., Li, Y., Zhu, M., Jiao, H., Song, Y., Shi, Y., Zhang, H., Gong, M., Wei, C., Tang, Y., Fang, B., Guo, D., Wang, F., Zhou, A., ... COAST Group (2020). Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: A cross-sectional study. *The Lancet. Public Health*, 5(12), e661–e671. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30185-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30185-7)

Kandemir, B. H. (2023). *Yaşlılarda teknoloji kullanımının toplumsal hayata katılıma ve başarılı yaşlanmaya etkisinin incelenmesi*. [Yüksek Tezi, Başkent Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Kankaya, H., ve Karadakovan, A. (2017). Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.
- Karan M. A., ve Satman, İ. (2021). *Yaşlı sağlığı raporu: Güncel durum, sorunlar ve kısa-orta vadeli çözümler*. Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. TÜSEB, Ankara.
- Kartal, M. (2022). *Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ruhsal iyilik durumunu etkileyen psikososyal etkenler* [Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Kashaninia, Z., and Haghani, H. (2021). The Relationship between social health and general self-efficacy in the elderly of jiroft in 2018. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 7(4), 532-542.
- Kazemnia, M., Daneshkhah, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Salari, N., and Mohammadi, M. (2020). The effect of exercise on the older adult's blood pressure suffering hypertension: systematic review and meta-analysis on clinical trial studies. *International journal of hypertension*, 2020, 2786120. <https://doi.org/10.1155/2020/2786120>
- Kılıççı, Y. (1988). Yaşlılığın uyum sorunları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(3), 41-45.
- Koçak, Z., Bayir, B., Goksoy, I., ve Taskapu, H. H. (2023). The effect of perceived social support levels on coping methods for urinary incontinence in elderly men. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69, 452-457. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20221395>
- Koldaş, Z. L. (2017). Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(5), 1-4.
- Konak, A., ve Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23-63.
- Kurtkapan, H. (2019). Kentte yaşayan emeklilerin iyi oluş halleri: İstanbul örneği. *Turkish Studies Social Sciences*, 14(1), 119-131.
- Kütmeç Yılmaz, C. (2020). Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 38-48.
- Lu, J., Yu, Z., Zhang, X., Wu, M., Lin, S., Zhu, Y., ... and Chen, K. (2020). Association between social health status and health-related quality of life among community-dwelling elderly in Zhejiang. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-8.
- Macinko, J., Dourado, I., Aquino, R., Bonolo, P. D. F., Lima-Costa, M. F., Medina, M. G., ... and Turci, M. A. (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, 29(12), 2149-2160.
- Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*. 49, 39-45
- Marques, E. S., Leite, T. H., Azeredo, C. M., Cunha, D. B., and Verly Júnior, E. (2018). Effective strategies for prevention, control, and treatment of obesity in primary health care setting for adolescents, adults, and elderly people: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(22), e10925. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010925>
- Matias, A. G., Fonsêca, M.deA., Gomes, M.deL., & Matos, M. A. (2016). *Indicators of depression in elderly and different screening methods*. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 14(1), 6–11. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, USA.

- Meng, R., Yu, C., Liu, N., He, M., Lv, J., Guo, Y., Bian, Z., Yang, L., Chen, Y., Zhang, X., Chen, Z., Wu, T., Pan, A., Li, L., and China Kadoorie Biobank Collaborative Group (2020). Association of depression with all-cause and cardiovascular disease mortality among adults in China. *JAMA Network Open*, 3(2), e1921043. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.21043>
- Mercanlıgil, M. (2019). Yaşlı diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 60-66.
- Müftüler, H. G. (2018). Yaşlılar açısından yaşlılık gerçeği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 93-129.
- Naharci, M. I., Oguz, E. O., Celebi, F., Oguz, S. O., Yilmaz, O., ve Tasci, I. (2020). Psychoactive drug use and falls among community-dwelling Turkish older people. *Northern Clinics of Istanbul*, 7(3), 260-266.
- Naharci, M. I., ve Tasci, I. (2020). Frailty status and increased risk for falls: the role of anticholinergic burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104136.
- Narimani, M., and Samadifard, H. (2017). Social health in the elderly: The Role of self-esteem, self-efficiency and happiness. *Aging Psychology*, 3(3), 199-206.
- Nesibe, E., ve Erhan, E. (2022). Manisa’da yarıkentsel bir bölgede yaşayan 65 yaş üstü bireylerde, fiziksel bağımlılık, ruhsal iyilik hali ve sosyal etkileşimin, yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 32(2), 106-116
- Okuyan, C., ve Bilgili, N. (2018). Mobility and Fall Behavioral in Elderly: A Study of Nursing Home. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(1), 1-8.
- Owen, F. K., ve Çelik, N. D. (2018). Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 440-453.
- Örs, M. (2012). *Sosyal sağlık bakımından ilköğretim okullarının durumu ve velilerin bu konudaki öğrenme gereksinimleri (Manavgat ilçesi örneği)*. [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Öz, F., ve Svviift, J. (2002). Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.
- Özmete, E., Hablemitoğlu, Ş., ve Yıldırım, F. (2012). *Ankara’da yaşlı yoksulluğu: Ekonomik, sosyal, kültürel ihtiyaçların analizi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Özsungur, F., ve Hazer, O. (2017). Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe versiyonu. *International Journal of Education Technology and Scientific Researches*, 2(4), 184-206.
- Öztürk F, Sökücü O, Demire S, Nalçacı R., ve Özdemir, H. (2009). Ortodontik tedavinin hastaların dişsel kaygı seviyesi ve oral sağlık bilgisi üzerine etkisi. *Türk Ortodonti Dergisi*, 22, 228-238.
- Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 118-125.
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J. P., and Van Eijk, J. T. M. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146(6), 510-519.
- Phelan, E. A., Mahoney, J. E., Voit, J. C., and Stevens, J. A. (2015). Assessment and management of fall risk in primary care settings. *Medical Clinics*, 99(2), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.004>.
- Polat, Ü., ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.

- Rachele, J. N., Washington, T. L., Cockshaw, W. D., and Brymer, E. (2013). Towards an operational understanding of wellness. *Journal of Spirituality, Leadership and Management*, 7(1), 3-12.
- Reker, G. T. (2009). A brief manual of the successful aging scale (SAS). <https://doi.org/10.13140/2.1.4238.720>
- Riley, M. W., and Riley Jr, J. W. (1994). Age integration and the lives of older people. *The Gerontologist*, 34(1), 110-115.
- Rowe, J., and Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., ... and Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1286-1292.
- Russel, R. D. (1973). *Social health: An attempt to clarify this dimension of wellbeing*.
- Sacuiu, S. F. (2016). Dementias. *Handbook of Clinical Neurology*, 138, 123-151.
- Sarı, Ö. ve Atılğan, K.G. (2012). *Sağlık sosyolojisi, hastalık ve sağlığa ilişkin kavramsal tartışmalar* (s. 19). Karatay Akademi Yayınları.
- Savas, S., Saka, B., Akın, S., Tasci, I., Tasar, P. T., Tufan, A., Yavuzer, H., Balci, C., Sezgin, G., Karan, M. A., ve LPZ Turkey Study Group and the Extended Group for LPZ Turkey Study (2020). The prevalence and risk factors for urinary incontinence among inpatients, a multicenter study from Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104122. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104122>
- Selçuk, K. T., ve Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Simiç, P., Guarente, Leonard P. ve Rogers, Kara (2023, 10 Şubat). Yaşlanma – Britannica Ansiklopedisi. <https://www.britannica.com/science/aging-life-processimiç>
- Sleet, D. A., and Dellinger, A. M. (2020). Using behavioral science theory to enhance public health nursing. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 37(6), 895-899. <https://doi.org/10.1111/phn.12795>
- Sönmez, S. ve Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Humanistic Perspective*, 3(2), 496-511. <https://doi.org/10.47793/hp.943515>
- Sütçü, S., Yüksel, D., ve Çalış, N. (2022). Yaşlılığın çok boyutlu değerlendirilmesi ve sosyal hizmet bakış açısıyla yaşlılık. *Güncel Tartışmalarla Yaşlılık*, 67.
- Szychowska, A., and Drygas, W. (2022). Physical activity as a determinant of successful aging: A narrative review article. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1209-1214. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02037-0>
- Şimşek, H., Erkoyun, E., Akoz, A., Ergor, A., and Ucku, R. (2020). Falls, fear of falling and related factors in community-dwelling individuals aged 80 and over in Turkey. *Australasian Journal on Ageing*, 39(1), e16-e23. <https://doi.org/10.1111/ajag.12673>
- Tariq, A., Beihai, T., Abbas, N., Ali, S., Yao, W., and Imran, M. (2020). Role of perceived social support on the association between physical disability and symptoms of depression in senior citizens of Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1485. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051485>
- Tekin, S. Ç., ve Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 219-29.

- Tengilimoğlu, D. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (s. 35-49). Ankara: Nobel Yayınları.
- Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., and Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, 192, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>
- Toprak, İ., Soydal, T., ve Bal, E. (2002). *Yaşlı sağlığı*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara
- Tran, L. N., and Puckett, Y. (2022). *Urinary incontinence*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Türkiye Cumhurbaşkanlığı On Birinci Kalkınma Planı. (2019), On Birinci Kalkınma Planının (2019-2023) (<https://www.sbb.gov.tr/> adresinden 11/01/2023 tarihinde ulaşılmıştır).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *İstatistiklerle yaşlılar*. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595 (Erişim Tarihi:24.05.2021)
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). *İstatistiklerle yaşlılar* (<https://data.tuik.gov.tr/> adresinden 17/04/2023 tarihinde ulaşılmıştır).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). *Doğum istatistikleri* (<https://data.tuik.gov.tr/> adresinden 16/10/2022 tarihinde ulaşılmıştır).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). *İstatistiklerle yaşlılar* (<https://data.tuik.gov.tr/> adresinden 01/05/2023 tarihinde ulaşılmıştır).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları* (<https://data.tuik.gov.tr/> adresinden 01/05/2023 tarihinde ulaşılmıştır).
- Uçku, R. (2012). Yaşlı bakımında temel bilgiler. D. Arslantaş (Ed.). *Yaşlı ve hasta bakım hizmetleri* içinde (s. 64-83).
- UNFPA. (2022). World Population Prospects, Summary of Results, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- United Nations. (2023). *United nations, world population ageing 2023 report*. <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
- Wagg A. (2015). Pelvic floor physical therapy in the elderly: where's the evidence?. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M (Eds). *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor* (pp. 369-85). China: Churchill Livingstone.
- Wagg, A., Gibson, W., Ostaszkievicz, J., Johnson, T., 3rd, Markland, A., Palmer, M. H., Kuchel, G., Szonyi, G., and Kirschner-Hermanns, R. (2015). Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 34(5), 398–406. <https://doi.org/10.1002/nau.22602>
- Walker, A. (2009). The emergence and application of active ageing in Europe. *Journal of Ageing and Social Policy*, 21, 75–93
- Walker, A., and Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, S117-S130.
- Wang, T., Mao, L., Wang, J., Li, P., Liu, X., and Wu, W. (2020). Influencing factors and exercise intervention of cognitive impairment in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 557–566. <https://doi.org/10.2147/CIA.S245147>

- Watanabe, K., Tanaka, E., Watanabe, T., Chen, W., Wu, B., Ito, S., Okumura, R., Anme, T. (2017). Association between the older adults' social relationships and functional status in Japan. *Geriatr Gerontol Int*, 17(10), 1522–6.
- Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Strojek, K., Piekorz, Z., Pilarska, B., Podhorecka, M., Sobieralska-Michalak, K., Goch, A., and Radzimińska, A. (2020). Assessment of the effectiveness of pelvic floor muscle training (PFMT) and extracorporeal magnetic innervation (EXMI) in treatment of stress urinary incontinence in women: A randomized controlled trial. *Biomed Research International*, 2020, 1019872. <https://doi.org/10.1155/2020/1019872>
- Wen, J., and Su, M. (2021). A randomized trial of tai chi on preventing hypertension and hyperlipidemia in middle-aged and elderly patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5480. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105480>
- Woods, A., Solomonov, N., Liles, B., Guillod, A., Kales, H. C., and Sirey, J. A. (2021). Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of The American Association for Geriatric Psychiatry*, 29(8), 843–852. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.021>
- World Alzheimer Report. (2019). Attitudes to dementia. Alzheimer's Disease International. Erişim: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/> 'www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019. Erişim tarihi: 20 Şubat 2022
- World Health Organization. (WHO). (2020). Ageing. Retrieved June 19, 2023 from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2020_1ad1c42a-en
- World Health Organization. (WHO). (1998). *Health21-health for all in the 21st century, European health for all series*, 5, 1-36.
- World Health Organization. (WHO). (2007). *WHO Global report on falls prevention in older age*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *The Journal of International Social Research*, 10(25), 1279-1287.
- Yılmaz, C. K. (2020). Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20(3), 38-48.
- Yılmaz, D. S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Selçuk, K. T., ve Uçku, R. (2013). Yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu; ülke örnekleri üzerinden değerlendirmeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3), 105-114.
- Yılmaz, F., ve Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 129-140.
- Young, Y., Frick, K. D., and Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87-92.
- Yu, Z. B., Bao, C. Z., Wu, M. Y., Jiang, D. J., Zhang, X. C., Lin, S. J., ... and Chen, K. (2020). Regression-based normative data for social health scale for the elderly (short version) in eastern China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-9.
- Yuvalı, Ertuğrul. "Mobbingin psiko-sosyal sağlık ve iş sağlığı bakımından sonuçları ve mobbing mağdurunun başvurabileceği hukuki çareler." *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 6.4 (2015): 723-738.

Zahedian-Nasab, N., Jaber, A., Shirazi, F., and Kavousipor, S. (2021). Effect of virtual reality exercises on balance and fall in elderly people with fall risk: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 509. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02462-w>

Zhao Y., and Chung P. K. (2017). Neighborhood environment walkability and health-related quality of life among older adults in Hong Kong. *Arch Gerontol Geriatr*, 73, 182–6.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Alperen GÖKTAŞ
Eğitim	
Lise	Çan Sevim Bodur Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (2016)
Lisans	KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik (2016-2020)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı- Halk Sağlığı Hemşireliği Programı (2020-)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	

EKLER

EK-1. Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özellikler Formu

Anket No:

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

1 ☐ Kadın 2 ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz

1 ☐ Evli
2 ☐ Bekar
3 ☐ Ayrı yaşıyor
4 ☐ Boşanmış
5 ☐ Eşi ölmüş

4. Eğitim durumunuz

1 ☐ Okur-yazar değil
2 ☐ Okur-yazar (bir okul bitirmede)
3 ☐ İlkokul
4 ☐ Ortaokul
5 ☐ Lise
6 ☐ Ön Lisans
7 ☐ Lisans
8 ☐ Lisansüstü

5. Aylık geliriniz

1 ☐ Gelirim giderimden az
2 ☐ Gelirim giderime denk
3 ☐ Gelirim giderimden fazla

6. Çocuğunuz var mı?

1 ☐ Evet tane 2 ☐ Hayır

7. Yaşamınızı nerede sürdürüyorsunuz?

1 ☐ Kendi evim
2 ☐ Kira
3 ☐ Huzur evi
4 ☐ Çocuklarımin evi
5 ☐ Akrabalarımin evi
6 ☐ Diğer.....

8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1 ☐ Yalnız
2 ☐ Eşiyle
3 ☐ Diğer aile üyeleriyle
4 ☐ Akrabalarımla
4 ☐ Diğer.....

9. Çalışma durumunuz nedir?

1 ☐ Çalışıyorum
2 ☐ İşsizim
3 ☐ Emekliyim

10. Sağlık güvenceniz

- 1 ☐ Var 2 ☐ Yok

11. Konut tipi?

- 1 ☐ Müstakil ev
2 ☐ Asansörlü apartman dairesi
3 ☐ Asansörsüz apartman dairesi

Sağlık Durumu Özellikleri:

12. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?

- 1 ☐ Yok 2 ☐ Var

13. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- 1 ☐ Yok 2 ☐ Var.....tane

14. Yardımcı araç kullanıyor musunuz? (varsa belirtiniz) (Birden fazla işaretlenebilir)

- 1 ☐ Yok
2 ☐ Gözlük
3 ☐ Diş protezi
4 ☐ Baston
5 ☐ Koltuk değneği
6 ☐ Kulaklık
7 ☐ Tekerlekli sandalye
8 ☐ Diğer.....

15. Egzersiz: En az 30 dakika süren orta (yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi faaliyetler) veya ağır (koşma, hızlı tempoyla yürüme, atlama gibi faaliyetler) fiziksel hareket olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre siz haftada kaç gün egzersiz yapıyorsunuz?

- 1 ☐ Yapmıyorum
2 ☐ Yapıyorum haftada gün egzersiz yapıyorum

16. Uyku kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 ☐ Çok kötü
2 ☐ Kötü
3 ☐ Orta
4 ☐ İyi
5 ☐ Çok iyi

17. Tütün ürünü/ürünleri kullanıyor musunuz?

- 1 ☐ Her gün
2 ☐ Ara sıra
3 ☐ Bıraktım
4 ☐ Hiç kullanmadım

18. Alkollü içecek kullanıyor musunuz?

- 1 ☐ Evet her gün
2 ☐ Evet ama her gün değil
3 ☐ Bıraktım
4 ☐ Hiç kullanmadım

19. İlgilendiğiniz bir hobiniz var mı?

- 1 ☐ Evet ilgileniyorum
2 ☐ Hayır

20. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1 ☐ Çok kötü 2 ☐ Kötü 3 ☐ Orta 4 ☐ İyi 5 ☐ Çok iyi

21. Sizi düzenli takip eden bir doktorunuz var mı?

1 ☐ Var 2 ☐ Yok 3 ☐ Kararsızım

22. Herhangi bir sağlık sorunuzda ilk olarak başvuru tercihiniz olan sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisi olmaktadır?

- 1 ☐ Aile hekimi
- 2 ☐ Devlet hastanesi-acil servis
- 3 ☐ Devlet hastanesi- poliklinik
- 4 ☐ Üniversite hastanesi
- 5 ☐ Özel hekim/poliklinik/hastane
- 6 ☐ Diğer.....

23. Boy (cm)

24. Kilo (kg)

25. Son altı ay içinde düştünüz mü?

1 ☐ Evet Kez düştüm 2 ☐ Hayır



EK-2. WHO-5 İyilik Hali İndeksi

Son iki hafta boyunca	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğundan	Geçen zamanın yarısından daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1. Kendimi neşeli ve keyifli hissettim.						
2. Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim.						
3. Kendimi aktif ve dinç hissettim.						
4. Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım.						
5. Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu.						

EK-3. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda her grubun karşısında bulunan kutulardan birine yandaki gibi işaret koyarak (X) bu şekilde, bu günkü sağlık durumunuzu en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz.

A-Hareket Edebilme

- 1 () Yürürken hiç güçlük çekmiyorum.
- 2 () Yürürken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3 () Yatalağım

B-Kendi Kendine Bakabilme

- 1 () Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum.
- 2 () Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3 () Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim.

C-Olağan Aktiviteler

(Örneğin; İş, Ders Çalışma, Ev İşleri, Aile İçi veya Boş Zaman Faaliyetleri)

- 1 () Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum.
- 2 () Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3 () Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.

D-Ağrı/Rahatsızlık

- 1 () Ağrı veya rahatsızlığım yok.
- 2 () Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var.
- 3 () Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var.

E-Endişe/Moral Bozukluğu

- 1 () Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim.
- 2 () Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk.
- 3 () Aşırı derecede endişeliyim veya moralim bozuk.

Sağlık durumunun ne kadar iyi olduğunu ifade edebilmede yardımcı olabilmek için, üzerinde hayal edebileceğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile, ve hayal edebileceğiniz en kötü sağlık durumunu ise 0 ile gösterebileceğiniz (termometreye oldukça benzeyen) bir ölçek çizdik. Bu ölçek üzerinde bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen bunu alttaki kutucuktan şu anki sağlık durumunuzun ne kadar iyi veya kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız. Çizginiz ölçek üzerinde bir noktayı mutlaka kesmelidir.

**Bugünkü sağlık
durunuza
uyan seviyeyi
çizİN**

Toplam Puan: _____



EK-4 Başarılı Yaşlanma Ölçeği

Aşağıda bireyin kendi yaşlılığını nasıl hissettiğini değerlendiren ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve her bir ifadenin sizin için ne kadar geçerli olduğunu 7 puanlık ölçeği kullanarak belirtiniz.

İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. İşler eskiden olduğu gibi gitmediğinde, aynı sonuca ulaşana kadar başka yollar denemeye devam ederim.							
2. Zor zamanlarda durumun üstesinden gelmek için metanetli olmaya gayret gösteririm.							
3. Üretken faaliyetler sayesinde yaşama aktif olarak bağlıyım.							
4. Mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmak için çalışıyorum.							
5. Hastalık ve sakatlıklardan uzak kalmak için elimden geleni yapıyorum.							
6. Yaşlandıkça bedenimi ve zihnimi iyi bir şekilde korumaya çalışıyorum.							
7. Düzenli sosyal ilişkiler sayesinde yaşama aktif şekilde bağlıyım.							
8. Benim için önemli olan hedeflere ulaşmak için her türlü çabayı gösteriyorum.							
9. Yoluma ne çıkarsa çıksın, baş edebilirim.							
10. Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını kazanmak için çalışıyorum.							

EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

- 1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-6. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği

B01 ile B12 arasındaki sorulara ait yanıt seçenekleri:

[1] = Hiç kimse

[2] = Çocuklar (evlilik dışı doğan çocuklar / evlat edinilmiş çocuklar);

[3] = Partner (eş (karı ya da koca) / sürekli bir ilişkide karşı cinsten bir kişi);

[4] = Arkadaşlar;

[5] = Diğer akrabalar (Kan bağı olan akrabalar veya evlilik dışı doğan çocuklar ve eş (karı ya da koca) hariç evlilik yoluyla oluşan yakın akrabalar)

[6] = Diğerleri

B01 ile B12 arasındaki soruların birden fazla yanıtı olabilir. Lütfen seçtiğiniz seçenekleri daire içine alın.

B01 İçinizi dökmek istediğinizde dinleyiciniz kim olabilir?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B02 En kötü yönleriniz de dâhil olmak üzere sizi olduğunuz gibi kim kabul emektedir?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B03 Sorunlarınızı / fikirlerinizi kimler anlar?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B04 Önemli kararlar verdiğinizde) sizi kim destekler?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B05 Başınıza ne gelirse gelsin, sizi kim önemser /sizinle kim ilgilenir?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B06 Zaman geçirmek istediğinizde) size kim eşlik eder?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B07 Rahatlama ihtiyacınız olduğunda sizi kim rahatlatır?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B08 Bir durumu anlamana yardımcı olmak için size kim bilgi verir?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B09 Kendinizi özenli bir şekilde geliştirmeniz gerektiğinde bunu size kim söyler?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B10 Karar vermenizde size yardımcı olacak faydalı önerileri kim verir?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B11 Hasta olsaydınız günlük işlerinizi yapmanızda size kim yardımcı olur?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
B12 Size maddi yardımda kim bulunur?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B13 ile B14 arasındaki sorulara ait yanıt seçenekleri:

(1) = Her üç ayda bir defadan az;

(2) = Üç ayda bir kez / birden fazla, fakat ayda bir defadan az;

(3) = Her ay bir ila dört kez;

(4) = Her hafta iki ila dört kez;

(5) = Her hafta dört kereden fazla;

B13 ile B14 sorularının tek bir yanıtı vardır. Lütfen seçtiğiniz seçeneği daire içine alın.

B13 Geçen yıl ne sıklıkla ev işi yaptınız?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
B14 Geçen yıl toplu dinlenme faaliyetlerine ne sıklıkla katıldınız?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

B15 ile B18 arasındaki sorulara ait yanıt seçenekleri:

- (1) = Hemen hiç
(2) = Arada bir
(3) = Zamanın yaklaşık yarısı
(4) = Çoğu zaman
(5) = Her zaman

B15 Geçen yıl çocuklarla ne sıklıkla uzun uzun sohbet ettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
B16 Geçen yıl arkadaşlarınızla ne sıklıkla uzun uzun sohbet ettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
B17 Geçen yıl diğer akrabalarınızla ne sıklıkla sohbet ettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
B18 Geçen yıl hobilerinize veya ilgi alanlarınıza ne kadar zaman harcadınız?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

B19 sorusunun birden fazla yanıtı olabilir. Lütfen seçtiğiniz seçenekleri daire içine alın.

B19 Geçen yıl, yaşadığınız topluluğun içinde / çevresinde aşağıdaki yapay manzaralardan hangileri görülmüştür?					
[1] Hiçbiri	[2] Yapay tepe	[3] Yapay göl ve gölet	[4] Suni (Yapay) çim		
	[5] Bahçe binası	[6] Suni dikim çiçekler ve ağaçlar			

B20 ile B22 arasındaki soruların tek bir yanıtı vardır. Lütfen yanıtınızı sorudaki boşluklara yazınız.

B20 Evinizden en yakın toplu taşıma yerine (otobüs durağı / metro istasyonu / bisiklet kiralama istasyonu) _____ giderseniz, _____ dakika harcamanız gerekir.
(1) Yürüyerek (2) Bisikletle (3) Elektrikli bisikletle (4) Otobüsle (5) Özel arabayla (6) Bilmiyorum
B21 Evinizden en yakın fitnes / dinlence tesisine (yaşlılar için açık hava egzersiz aletleri / spor salonu / üniversite / ya da toplum eğlence odası) _____ giderseniz, _____ dakika harcamanız gerekir.
(1) Yürüyerek (2) Bisikletle (3) Elektrikli bisikletle (4) Otobüsle (5) Özel arabayla (6) Bilmiyorum
B22 Evinizden en yakın sağlık kurumuna (tam teşekküllü) hastane / özel dal hastanesi (belli bir dalda hizmet veren hastane) / aile sağlığı merkezi (sağlık ocağı) / ilçe hastanesi (temel sağlık hizmetlerinin verildiği hastane) / sağlık evi / özel (resmi / devlete ait olmayan) klinik) _____ giderseniz, _____ dakika harcamanız gerekir.
(1) Yürüyerek (2) Bisikletle (3) Elektrikli bisikletle (4) Otobüsle (5) Özel arabayla (6) Bilmiyorum

B23 sorusuna birden fazla yanıt verilebilir. Lütfen seçtiğiniz seçenekleri daire içine alın.

B23 Geçen yıl, yaşadığınız topluluğun içinde / çevresinde aşağıdaki kamu tesislerinden hangileri görülmüştür?

- | | | | | |
|-------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| [1] Hiçbiri | [2] Patika | [3] Bisiklet yolu | [4] Engelliler için özel giriş | [5] Ücretsiz otopark |
| | [6] Ücretsiz oyun alanı / bahçe | [7] Ücretsiz yüzme havuzu | [8] Ücretsiz stadyum | |
| | [9] Çöp boşaltma alanı | | | |

B24 sorusunun tek bir yanıtı vardır. Lütfen seçtiğiniz seçeneği daire içine alın.

B24 Yaşadığınız topluluk geçen yıl kaç kez etkinlik düzenledi?

- (1) Hiçbir zaman (2) Bir veya iki kez (3) Üç veya dört kez (4) Beş veya altı kez (5) Altı kereden fazla

B25 sorusuna birden fazla yanıt verilebilir. Lütfen seçtiğiniz seçenekleri daire içine alın.

B25 İçinde yaşadığınız topluluk tarafından geçen yıl, aşağıdaki ücretsiz kamu hizmetlerinden hangileri verildi?

- | | |
|-------------|--|
| [1] Hiçbiri | [2] Kapıdan kapıya tıbbi hizmet |
| | [3] 85 yaş ve üstü, engelli / yatalak / yalnız yaşlılarla sohbet |
| | [4] Komşular arasındaki anlaşmazlığı halletme |
| | [5] Sağlık eğitimi |
| | [6] Adli yardım / tavsiye |
| | [7] Malzeme (yiyecek, ihtiyaç malzemesi gibi şeyler) dağıtımı |
| | [8] Ücretsiz stadyum |
| | [9] 85 yaş ve üstü, engelli / yatalak / yalnız yaşlılara bakım hizmeti verme |

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

EK-7. Yaşlılar İçin Sosyal Sağlık Ölçeği Puan Hesaplaması

id	cinisiet	yaş	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20araç	B21dk	B22araç	B23dk	B24	B25	Hesap	SS_raw	SA_raw	PER_raw	YSS_raw	SS_norm	SA_norm	PER_norm	YSS_norm					
1			2	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	2	2	2	5	1	5	1	10	3	20	29	3	7	>>>	12	15	18	45	34,67	47,33	58,74	38,41	
2			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	4	2	2	2	2	1	15	5	10	3	15		4	7	>>>	12	18	12	42	34,67	58,26	37,77	35,49	
3			3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	2	3	2	2	4	1	1	15	1	15	4	15	9	2	1	>>>	12	17	13	42	34,67	54,62	41,26	35,49	
4			2345	234	235	2345	2345	2345	235	35	3	345	3	345	3	35	4	3	4	2	1	4	25	1	2	1	10	5	15	269	1	>>>	34	18	16	68	59,35	58,26	51,75	60,81	
5			24	24	24	24	24	24	24	24	24	4	3	2	4	1	4	3	2	3	2	1	2	1	10	1	30	91	1	1	>>>	21	17	16	54	44,77	54,62	51,75	47,18		
6			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	4	1	5	3	2	1	1	1	15	5	15	3	20	1	3	1	>>>	24	16	11	51	48,13	50,97	34,27	44,25	
7			2345	235	2345	235	235	2345	2345	234	234	2345	23	24	4	1	5	3	5	2	1	1	25	5	20	5	30	9	2	1	>>>	39	20	10	69	64,95	65,55	30,77	61,78		
8			2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	23	23	4	1	4	4	4	2	234	1	15	1	20	1	20	691	2	1	>>>	44	19	18	81	70,56	61,91	58,74	73,47		
9			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	4	4	3	2	23	1	5	1	10	1	20	691	1	27	>>>	12	18	20	50	34,67	58,26	65,73	43,28	
10			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	3	1	5	3	3	2	2	1	10	1	15	1	5	9	2	1	>>>	24	17	18	59	48,13	54,62	58,74	52,05	
11			234	23	234	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	3	1	4	3	2	2	234	1	2	1	30	1	5	49	2	1	>>>	26	15	20	61	50,37	47,33	65,73	53,99	
12			2345	23	2345	2345	2345	2345	2345	25	2345	235	25	25	3	1	4	4	4	2	1	1	1	1	5	1	30	69	1	1	>>>	39	18	17	74	64,95	58,26	55,24	66,65		
13			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	3	1	4	3	3	1	1	2	1	5	1	10	91	1	1	>>>	24	15	19	58	48,13	47,33	62,23	51,07		
14			2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	2345	23	25	3	1	5	4	4	1	5	1	15	1	15	4	20	91	3	1	>>>	44	18	14	76	70,56	58,26	44,76	68,60		
15			2345	235	2345	2345	23	3	234	23	3	3	3	3	2	3	1	4	4	4	2	1	1	5	5	5	15	91	1	1	>>>	27	18	12	57	51,50	58,26	37,77	50,10		
16			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	3	1	4	2	2	2	2	1	5	1	10	4	15	691	1	1	>>>	24	14	16	54	48,13	43,68	51,75	47,18	
17			234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	3	1	4	4	2	1	2	1	2	1	5	4	20	691	1	1	>>>	36	15	17	68	61,59	47,33	55,24	60,81	
18			234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	234	23	3	2	4	4	2	1	24	1	2	5	5	5	15	2369	2	2345	>>>	33	16	17	66	58,23	50,97	55,24	58,86	
19			234	23	23	23	234	234	234	23	23	23	23	23	23	3	1	5	3	3	2	1	1	5	5	25	5	30	91	2	7	>>>	27	17	14	58	51,50	54,62	44,76	51,07	
20			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	2	2	4	4	2	2	2	1	30	1	5	1	10	69	2	1	>>>	24	16	17	57	48,13	50,97	55,24	50,10	
21			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	2	1	5	2	3	1	1	1	25	5	10	5	30	91	2	1	>>>	24	14	10	48	48,13	43,68	30,77	41,33	
22			24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	2	2	2	1	5	2	2	1	2	1	2	1	5	1	15	4	20	691	2	1	>>>	22	13	16	51	45,89	40,04	51,75	44,25
23			234	234	234	234	23	234	234	234	234	234	234	23	234	2	1	5	4	2	1	2	1	15	1	20	5	15	691	2	1	>>>	34	15	14	63	59,35	47,33	44,76	55,94	
24			45	45	45	45	45	4	45	4	45	4	4	4	5	2	4	2	5	4	4	234	1	3	1	15	4	20	691	1	1	>>>	18	21	17	56	41,40	69,19	55,24	49,12	
25			5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	5	1	10	3	20	21	1	1	>>>	12	9	15	36	34,67	25,46	48,25	29,64	
26			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	1	1	4	2	3	2	1	1	10	5	20	1	15	1	1	1	>>>	24	13	12	49	48,13	40,04	37,77	42,31	
27			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	1	1	5	2	3	2	2	1	10	1	15	1	5	91	2	1	>>>	24	14	18	56	48,13	43,68	58,74	49,12	
28			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	1	1	4	2	2	2	234	1	2	1	30	1	5	49	2	1	>>>	24	12	20	56	48,13	36,39	65,73	49,12	
29			235	23	235	235	23	3	23	23	23	23	23	23	23	3	25	1	1	4	3	4	2	1	5	1	15	4	20	91	1	1	>>>	25	15	14	54	49,25	47,33	44,76	47,18
30			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	235	1	1	2	2	2	1	1	1	5	1	18	4	30	91	1	1	>>>	25	9	14	48	49,25	25,46	44,76	41,33	

EK-8. Bağımsız Değişkenlerin Kategorizasyonu.

Değişken	Yanıtlar	Kategorize
Yaş	Sürekli	1 ☐ 60-74 2 ☐ 75 ve üstü
Medeni durum	1 ☐ Evli 2 ☐ Bekar 3 ☐ Boşanmış 4 ☐ Eşi ölmüş	1 ☐ Evli 2 ☐ Evli değil (Bekar, boşanmış, eşi ölmüş)
Eğitim durumu	1 ☐ Okur-yazar değil 2 ☐ Okur-yazar (bir okul bitirmedi) 3 ☐ İlkokul 4 ☐ Ortaokul 5 ☐ Lise 6 ☐ Ön Lisans 7 ☐ Lisans 8 ☐ Lisansüstü	1 ☐ İlköğretim (Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul) 2 ☐ Lise 3 ☐ Üniversite ve üzeri (Ön lisans, lisans, Lisansüstü)
Yaşanılan yer	1 ☐ Kendi evi 2 ☐ Kira 3 ☐ Çocuklarının yanında 3 ☐ Akrabalarının yanında	1 ☐ Kendi evi 2 ☐ Kira 3 ☐ Çocuklarının yanında (akrabalarının yanında)
Yaşanılan kişi	1 ☐ Yalnız 2 ☐ Eşiyle 3 ☐ Diğer aile üyeleriyle	1 ☐ Yalnız 2 ☐ Yalnız değil (Eşiyle, diğer aile üyeleriyle)
Çalışma durumu	1 ☐ Çalışıyorum 2 ☐ İşsizim 3 ☐ Emekliyim	1 ☐ Çalışıyorum 2 ☐ Çalışmıyorum (İşsizim, emekliyim)
Konut tipi	1 ☐ Müstakil ev 2 ☐ Asansörlü apartman dairesi 3 ☐ Asansörsüz apartman dairesi	1 ☐ Müstakil ev 2 ☐ Apartman dairesi (Asansörlü, asansörsüz)
Uyku kalitesi algısı	1 ☐ Çok kötü 2 ☐ Kötü 3 ☐ Orta 4 ☐ İyi 5 ☐ Çok iyi	1 ☐ İyi (Çok iyi, iyi) 2 ☐ Orta 3 ☐ Kötü (Çok kötü, kötü)
Tütün ürünü kullanma	1 ☐ Her gün 2 ☐ Ara sıra 3 ☐ Bıraktım 4 ☐ Hiç kullanmadım	1 ☐ Evet (Her gün, ara sıra) 2 ☐ Hayır (Bıraktım, hiç kullanmadım)
Alkol kullanma	1 ☐ Ever her gün 2 ☐ Evet ama her gün değil 3 ☐ Bıraktım 4 ☐ Hiç kullanmadım	1 ☐ Evet (Evet her gün, evet ama her gün değil) 2 ☐ Hayır (Bıraktım, hiç kullanmadım)

Genel sağlık algısı	1 ☐ Çok kötü 2 ☐ Kötü 3 ☐ Orta 4 ☐ İyi 5 ☐ Çok iyi	1 ☐ İyi (Çok iyi, iyi) 2 ☐ Orta 3 ☐ Kötü (Çok kötü, kötü)
Sürekli takip eden hekim	1 ☐ Var 2 ☐ Yok 3 ☐ Kararsızım	1 ☐ Var 2 ☐ Yok (Kararsızım)
Sağlık sorunlarında genellikle başvuru lan sağlık kurumu	1 ☐ Aile hekimi 2 ☐ Devlet hastanesi-acil servis 3 ☐ Devlet hastanesi- poliklinik 4 ☐ Üniversite hastanesi 5 ☐ Özel hekim/poliklinik/hastane 6 ☐ Diğer	1 ☐ 1.basamak sağlık kurumu (Aile hekimi) 2 ☐ 2.basamak sağlık kurumu (Devlet hastanesi-acil servis, devlet hastanesi-poliklinik özel hekim/poliklinik/hastane, diğer) 3 ☐ 3.basamak sağlık kurumu (Üniversite hastanesi)



EK-9. Valilik İzin Formu.



T.C.
KARESİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-29459337-020-3029
Konu : İhtiz Çalışma İzi (Alperen GÖKTAŞ)

14.09.2021

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi : - Balıkesir Valiliği İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün 13.09.2021 tarihli ve 96450617-492/16007 sayılı yazısı.

Valiliğimiz İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün ilgilı yazısı; ekinden alınan Alperen GÖKTAŞ'ın dilekçesinde;
"60 Yaş ve Üzeri Kişilerde Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Başarılı Yaşlanmanın
Sosyal Sağlık ile İlişkisi" konulu tez çalışmasına esas anket çalışması yapma talebinde bulunmuştur.

Uygun görülmesi halinde ilçemiz Paşalıları Mahallesi'nde 60 yaş ve üzeri kişilerle gönüllülük esasına
dayalı olarak; Covid 19 tedbirleri kapsamında sosyal mesafeye, maske ve hijyen kurallarına dikkat
edilerek anket çalışmasını yapması hususuna;

Olurumatıza arz ederim.

Muafı KOC
İlçe Yazı İşleri Müdürü

O L U R
Metin ARSLANBAŞ
Kaymakam

Ek: İlgi yazı ve eki (2 Sayf.)

Balıkesir İlçe Sağlık Kurumları Başkanlığı
Doküman Kodu: 96450617-492/16007
Sıra No: 1

EK-10. Etik Kurul Karar Formu.



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		60 Yaş ve Üzeri Kişilerde Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Başarılı Yaşlanmanın Sosyal Sağlık ile İlişkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Sağlık Bilimleri Fakültesi/Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI, ADI-SOYADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) UNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Alperen GÖKTAŞ Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/1	Tarih: 28/09/2021
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yardımcısı		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Alper VATANSEVER	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü	X		
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...



Balıkesir Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlık
Binası
Çağış Yerleşkesi/BALIKESİR



(0 266) 612 14 62
sagbilen@balikesir.edu.tr
<http://www.balikesir.edu.tr>

