

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**BALIKESİR İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN TIBBİ ve SOSYAL
SORUNLARI, YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Soner GÜNEŞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erhan ESER

MANİSA, 2020

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**BALIKESİR İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN TIBBİ ve SOSYAL
SORUNLARI, YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Soner GÜNEŞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erhan ESER

MANİSA, 2020

ÖNSÖZ

Demografik değişim sonucu giderek yaşılanan dünyada, yaşılların tıbbi, sosyal ve ruhsal sorunları da giderek önem kazanmıştır. Yaşılların sorunlarına yönelik çözümler ve de yaşıllara yönelik girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi için düzenli ve denetimli veri sistemi olmalıdır. Bu çalışmada da Balıkesir il merkezi için toplum tabanlı veri için öncül olabilecek veri toplanması amaçlanmıştır. Bu veriler ile yaşıllara yönelik sorunların ortaya çıkarılması, öncelikli hizmet gerektiren gruplara yönelik planlamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu tez çalışmasında bilgi ve emeğini esirgemeyen, başta tez danışmanım

Prof. Dr. Erhan ESER'e,

Çalışma takvimi, verilerin toplanması ve denetiminde yardımları olan Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi (BAU) Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sultan ESER'e,

Eğitim dönemimde ve tez çalışmam sırasında katkıları, önerileri ve emekleri için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi (BAU) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hocam

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK'e

Sonsuz teşekkürler.

Soner GÜNEŞ

Balıkesir, 2020

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. DSÖ'nün Yaşlılık Sınıflaması.....	5
Tablo 2. Toplumların yaşlı nüfus yüzdelerine göre sınıflandırılması.....	6
Tablo 3. Sağlığı etkileyen risk faktörleri.....	16
Tablo 4. Küresel olarak ölüm riskini en çok arttıran faktörler	18
Tablo 5. Dünya'da 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY's) nedenleri, 2002	26
Tablo 6: Yaşlılarda hastalık ve sakatlıkları önleme kategorileri	36
Tablo 7. Balıkesir İlçe Nüfusları	42
Tablo 8. Balıkesir Altıeylül Mahalle Nüfusları ile Yaşlı Nüfus Yüzdeleri ve Ulaşılan Yaşlı Sayıları	45
Tablo 9. Balıkesir Altıeylül ilçesinin merkezi ASM'leri ve birim sayıları	45
Tablo 10. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri.....	56
Tablo 11. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyal güvenceleri, çalışma durumları ve sosyal sınıfları	57
Tablo 12. Çalışmamıza katılan bireylerin ev tipi özellikleri.....	58
Tablo 13. Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık durumu özellikleri	59
Tablo 14. Çalışmamıza katılan bireylerin genel sağlık durumları, kronik hastalıkları ile sağlık hizmet kullanımları	60
Tablo 15. Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık durumu özellikleri, yardımcı araç kullanımları ve inkontinans durumları.....	61
Tablo 16. Çalışmamıza katılan bireylerin yaşam tarzı özellikleri ve alışkanlıkları	62
Tablo 17. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyal aktivite düzeyleri ve sosyal aktivite düzeyleri ile oluşturulan indeks puan dağılımları	63
Tablo 18. Çalışmamıza katılan bireylerin düşme sıklıkları.....	64
Tablo 19. Çalışmamıza katılan bireylerin düşme sonucu yaralanma durumları, düşme nedenleri, düşmeye karşı önlem alma durumları ve ev/ev dışı ortamın düşme riski açısından değerlendirilmesi	65
Tablo 20. Çalışmamıza katılan bireylerin yaşam ve ilişki memnuniyetleri, sözel-fiziksel şiddet durumları ile olası depresyon durumları	66
Tablo 21. Çalışmamıza katılan bireylerin parasal ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri	67
Tablo 22. Yaşam kalitesi toplam puanı ile alt boyutlarının (yaşam doyumu ve beklentilerinin karşılanması) ortanca ve ortalama değerleri	68
Tablo 23. Yaşam kalitesi toplam puanı ile alt boyutlarının (yaşam doyumu ve beklentilerinin karşılanması) ortancadan bölünmüş oranları için sayı ve yüzdeleri	68
Tablo 24. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler *	69
Tablo 25. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	70
Tablo 26. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	71

Tablo 27. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*	72
Tablo 28. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	73
Tablo 29. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	74
Tablo 30. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler *	75
Tablo 31. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	77
Tablo 32. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	78
Tablo 33. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*	79
Tablo 34. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	80
Tablo 35. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	81
Tablo 36. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler.....	83
Tablo 37. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	84
Tablo 38. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	85
Tablo 39. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*	86
Tablo 40. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	87
Tablo 41. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *	88
Tablo 42. Yaşam kalitesi toplam puanını etkileyen değişkenler*	90
Tablo 43. Yaşam kalitesi alt boyutu olan yaşam doyumunu etkileyen değişkenler *	92
Tablo 44. Yaşam kalitesi alt boyutu olan beklentilerin karşılanmasını etkileyen değişkenler*	93

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Dünya nüfusunun yaş gruplarına göre değişimi. 2010 ve 2050 yılları	7
Şekil 2. 2015 yılı ülkelere göre 60 yaş üstü nüfus oranı	8
Şekil 3. 2050 yılı nüfus projeksiyonu, ülkelere göre 60 yaş üstü nüfus oranı.....	8
Şekil 4. Beş yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusun dünya çapındaki değişimi.....	9
Şekil 5. 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdesinin %7'den %14'e çıkması için gereken süreler	9
Şekil 6. Dünyada yaşam beklentisi. 1950	10
Şekil 7. Dünyada yaşam yılı beklentisi (2019).....	10
Şekil 8. Türkiye'deki nüfusun yaş yapısının yıllar içerisindeki değişimi.....	11
Şekil 9. 2007- 2019 yılı Türkiye nüfus piramidi	12
Şekil 10. Türkiye'deki yaşlı oranının dünya ortalaması ve seçilmiş bazı ülkelerle kıyaslaması.12	
Şekil 11.Türkiye'nin nüfus projeksiyonu (2018-2080).....	13
Şekil 12. Yaş gruplarına göre nüfus oranları	13
Şekil 13. Dünya'da doğuştan beklenen yaşam süresinin değişimi (1950-2020).....	22
Şekil 14. BOH ve hareket bozuklukları sıklıkları, ABD, Avrupa ve İngiltere (50-74 yaş). 2004 .23	
Şekil 15. ABD'de 65 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre BOH oranları, 2005-2006.	24
Şekil 16. Seçilmiş bazı ülkelerde hipertansiyon sıklıkları.....	24
Şekil 17. Yaş gruplarına göre BOH sayıları.	25
Şekil 18. Ülkelerin gelir grubuna göre 2030 yılı BOH projeksiyonları.	27
Şekil 19. 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm nedenleri, ABD, 2017	27
Şekil 20. Avrupa'da ölümlerin temel sebepleri.	28
Şekil 21. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri bireylerin ölüm nedenleri	29
Şekil 22. Balıkesir il haritası.....	40
Şekil 23. Balıkesir il merkezi mahalleleri	41

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organisation
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
YK	Yaşam Kalitesi
HQ	Health Quality
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
DM	Diyabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
GA	Güven Aralığı
BKİ	Beden Kütle İndeksi
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
TABLO DİZİNİ	II
ŞEKİL DİZİNİ.....	IV
KISALTMALAR DİZİNİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
I. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Yaşlılık Kavramı.....	3
2.2 Yaşlılık Sınıflaması	3
2.2a Kronolojik Yaşlanma	4
2.2b Biyolojik Yaşlanma:.....	5
2.2c Psikolojik Yaşlanma	5
2.2d Sosyolojik Yaşlanma	5
2.2e Toplumsal Yaşlanma	5
2.2f Ekonomik Yaşlanma.....	6
2.2g Patolojik Yaşlanma	6
2.3 Yaşlılığın Toplumsal Sınıflaması	6
2.4 Yaşlılık Epidemiyolojisi	7
2.4.a Demografik Değişim.....	7
2.4.b Dünya’da Demografik Değişim	7
2.4.c Türkiye’de Demografik Değişim	11
2.5 Geriatrik Sendromlar	14
2.5.a Tanım ve Kapsamı	14
2.5.b Geriatrik Sendrom Çeşitleri	14
2.6 Yaşlılıkta Sağlığı Etkileyen Faktörler	16
2.6.a Sağlığı etkileyen genel faktörler	16
2.6.b Yaşlılarda sağlığı etkileyen faktörler (DSÖ Sınıflaması).....	18
2.6.c Yaşlılarda sağlığı etkileyen diğer faktörler	20
2.7 Yaşlılarda Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları.....	22
2.7.a Yaşlılarda Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Epidemiyolojisi	22
2.7.b Yaşlılarda Ölüm Nedenleri.....	26

2.7.c Yaşlılıkta ihmal, İstismar ve Şiddet	30
2.7.c.1 İstismar Türleri	30
2.7.c.2 İhmal.....	30
2.7.c.3 Yaşlı İstismarı ve İhmali için Risk Faktörleri	31
2.7.c.4 Yaşlıya Yönelik Şiddetin Yaygınlığı.....	31
2.7.d Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önemi	31
2.8 Yaşam Kalitesi	32
2.8.a Yaşam Kalitesi Genel Tanımı ve Yaşam Kalitesi Ölçümü	32
2.8.b Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	33
2.8.c Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi.....	34
2.9 Yaşlılıkta Koruyucu Hekimlik İlkeleri	35
2.9.1 Yaşlılarda hastalık ve sakatlıkları önleme kategorileri.....	35
2.9.2 Yaşlılar İçin Önleyici Programların Uygulanması	36
2.9.3 Yaşlılar İçin İlk Önleme Önlemleri.....	37
2.9.4 Yaşlı İçin İkincil Önleme Tedbirleri.....	38
2.9.5 Yaşlı İçin Üçüncü Önleme Tedbirleri	39
III. GEREÇ ve YÖNTEM.....	40
3.1 Araştırma Bölgesi	40
3.2 Araştırmanın Tipi	43
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	43
3.4 Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı	43
3.5 Araştırmanın Yakın ve Uzak Hedefleri	44
3.6 Araştırma Evreni ve Örnek Seçimi.....	44
3.7 Veri Toplama	45
3.8 Veri Toplama Araçları	47
3.8.1 Araştırmanın Değişkenleri	47
3.8.1.a Bağımlı Değişkenler	47
3.8.1.b Bağımsız Değişkenler	47
3,081c Ölçekler:.....	53
3,081c.1 Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL AGE):	53
3,081c.2 DSÖ (Beş) İyilik Hali İndeksi (WHO-5).....	54
3,081c.3 KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA):	54
3.9 Çalışmayı Kabul Kriterleri.....	54

3.10	İzinler	55
3.11	Veri Analizi	55
IV.	BULGULAR	56
4.1.	Tanımlayıcı Bulgular	56
4.2.	Çözümleyici Bulgular	68
4.3.	Çok Değişkenli Analizler	90
V.	TARTIŞMA	95
VI.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER	111
VII.	ÖZET	113
VIII.	ABSTRACT	115
IX.	EKLER	117
9.1	Etik Kurul Onayı	117
9.2	Gönüllü Onam Formu	118
9.3	Anket Formu	120
X.	KAYNAKLAR	128

I. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlılık, biyo-psikolojik, kronolojik ve sosyal tarafları olan kaçınılmaz bir süreçtir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı “bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısında meydana gelen ilerleyici değişiklik süreci” olarak tanımlamaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre 65 yaş ve üzerindeki bireyler yaşlı nüfusu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı erken, orta ve geç dönem olarak üç kategoriye ayırmaktadır. Pek çok ülkede emekliliği takip eden dönem olan 65-74 yaş erken yaşlılığı, işlevsel kayıpların ön planda gözlendiği 75-84 yaş orta yaşlılığı, bağımlılığın ön planda olduğu ve yaşlının özel bakıma ve yardıma gereksinim duyduğu 85 yaş ve üzeri ise geç dönem yaşlılığı içermektedir (3).

Sosyo-ekonomik yapıdaki değişimler, bilimsel ve teknolojik dönüşümler ile tıptaki gelişmeler nedeniyle yaşlı nüfusta demografik olarak oransal artış görülmektedir. Bununla birlikte, doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ile de yaşlılık dönemi de uzamaktadır (4).

Dünya’da 1960 yılında %4,9 olan yaşlı nüfusun oranı, 2018 yılında %8,8 olmuştur (5). 2050 yılına kadar yaşlı nüfusun iki katına çıkacağı öngörülmektedir (6). Türkiye’de yaşlı nüfusun oranı %9,1’dir. Nüfus kestirim varsayımlarına göre, ülkemizde yaşlı nüfus oranlarının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2060 yılında ise %22,6 olacağı öngörülmüştür (7).

Yaşam beklentisinin yükselmesi ve yaşlı nüfus oranındaki artışla birlikte toplumların yaşlı bağımlılık düzeyleri de yükselmiştir. Bağımlı nüfusun artması ile toplumsal, ekonomik ve sağlık alanında birçok sorun gündeme gelmiştir. Yaşlılıkla ilgili bu değişimler, yaşlılığın toplumlar için araştırılması, yaşlıların sorunlarının ortaya çıkarılması ve bunlara yönelik çözümler üretilmesi gereken bir alan haline getirmiştir (8). Yaşlıların çalışma hayatından ayrılmaları, artan sağlık harcamaları ve bakım gereksinimleri gibi konular tüm dünyada üzerinde önemle duyulan problemlerdendir (9).

Yaşlanma, genel sağlık durumu ve iyilik hali başta olmak üzere pek çok faktörden etkilenmektedir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin yanı sıra geriatrik sendromların varlığı, sosyoekonomik düzeyler, sağlık hizmetlerinin kullanımı, yaşam tarzı alışkanlıkları (sigara kullanımı, alkol tüketimi, sedanter yaşam tarzı, beslenme vs), sakatlıklar ve kazalar yaşlıların sağlık durumlarına etki etmektedir (10, 11).

Yaşlanma ile birlikte başta kronik hastalıklar olmak üzere fiziksel bağımlılık, yaşam kalitesinin düşmesi gibi sorunlar görülebilmektedir (12).

Yaşın ilerlemesi ile beraber fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal alanlarda gerileme meydana gelmekte, kronik hastalıklar artmaktadır (13). Yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıkları sırasıyla hipertansiyon, lipid metabolizma bozuklukları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, koroner kalp hastalığı ve kanserler oluşturmaktadır (14). Yaşlılıkta kronik hastalıkların sıklığının artması ile sağlık hizmet başvuruları ve sağlık harcamalarını da beraberinde artmaktadır (8). Ayrıca kronik hastalıklarda reçete edilen ilaç sayısının da arttığı görülmüştür (15).

Yaşlanma ile fonksiyonellik ve hareket yeteneği kısıtlanmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşanabilmektedir (16). Bu zorluklar sonucu ortaya çıkan fonksiyonel bağımlılık, yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini (Banyo, giyinme, transfer, tuvalet, beslenme vb.) ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini (Telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama vb.) yerine getirememesine neden olmaktadır (17).

Doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile yaşlılarda kronik hastalıklar ile birlikte yaşam kalitesi kavramı da ön plana çıkmıştır. Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlar bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (18).

Yaşlılarda yaşam kalitesini sağlık problemleri, sosyo-ekonomik ve psikolojik nedenler, eş kaybı, aile içi rolde değişiklik, fiziksel ve bilişsel beceri kayıpları, herhangi bir sosyal uğraş varlığı, kendini değerli hissetme ve saygı varlığı ve yaşlının kendi öz sağlığını nasıl değerlendirdiği gibi durumlar etkilemektedir (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Yaşlıların sağlıklı bir yaşlılık dönemini geçirebilmeleri için fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen faktörlerin tespit edilerek çözüm yollarının bulunması gerekmektedir (26, 27).

Yaşlılık alanında yapılan bu çalışmayla ülkemizin yaşlanmakta olan nüfusuna dikkat çekilerek yaşlıların medikososyal sorunlarını ortaya çıkarmak ve ihtiyaçlarının ne olduğunun saptamak hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amacı, Balıkesir ilk merkezinde yaşayan yaşlıların tıbbi ve sosyal sorunlarını ortaya çıkarmak, yaşam kalitesi düzeylerini hesaplamak ve yaşam kalitelerine etki eden faktörleri saptamaktır.

II. GENEL BİLGİLER

Yaşlılık, kişiden kişiye değişen bir kavram olmakla birlikte toplumdan topluma ve kültürden kültüre de değişebilen bir kavramdır. Tarihsel süreçte toplumların kültürel, ekonomik, psikolojik ve sosyal yapısı, yaşam biçimleri, değerleri, dini ve sosyal inançları yaşlılığa ve yaşlılara olan bakış açısını değiştirmiştir.

Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalma görülse de bunlar “işlev kaybından” daha çok bir “form değişikliği” olarak değerlendirilmelidir. Birey entelektüel etkinliklerine devam ediyor ve kendini de yaşlı hissetmiyor olabilir. Tüm bu evreler, yaşlanma ifadesinin biyolojik tanımının kolaylıkla yapılabilmesine rağmen kime yaşlı denileceğinin yanıtını vermeyi karmaşıktırmaktadır (28).

2.1 Yaşlılık Kavramı

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” ifadeleri oldukça sık, bazen birbiri yerine kullanılan ve genellikle de karıştırılan kavramlardır.

Bir canlının doğduğu andan bu yana geçen zamana “yaş” denir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde yaş, “doğuştan beri geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman” olarak ifade edilmektedir. Bu kavram canlı varlıklar için kullanıldığı kadar, bir kurum, kuruluş ve sistem gibi olgular için de kullanılabilir (29).

“Yaşlılık” sözlük anlamı olarak yaş almış olma ve ilerlemiş yaşın etkilerini göstermesi halidir. Yaşlılık, canlıların biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan ve üreme dönemi bittikten sonra ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir (29, 30, 31).

“İhtiyarlık” çoğunlukla yaşlılık ile eşanlamı olarak kullanılsa da “ihtiyarlık” kavramı ile daha çok ileri yaşın getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkiler anlamı ifade edilmekte; zamanın getirmiş olduğu biyolojik ve fizyolojik değişimlerden ziyade yaşlılık kavramı kastedilmektedir (29, 30).

Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” şeklinde ifade edilmiştir (6).

Yaşlılık; kronolojik, biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik ve toplumsal olmak üzere farklı boyutlar ile tanımlanarak değerlendirilmektedir. Yaşlılık tek boyutlu süreç değildir, yaşlılığın tanımı değişik açılardan yapılabilir (32).

2.2 Yaşlılık Sınıflaması

Normal Yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır. Aynı zamanda bu süreç bireyin genetik yapısından, sahip olduğu hastalıklardan, sosyo-ekonomik ve ruhsal durumlardan, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden etkilenmektedir (29, 33).

Yaşlılık döneminin fizyolojisi ve sosyolojik yönleri ele alındığında yaşlılık dönemi farklı kategorilerle tanımlanmaktadır (33, 34, 35).

Bunlar:

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

2.2a Kronolojik Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerini kabul etse de bazı bölgelerde bu tanımın uygun olmadığını (örneğin Afrika Kıtası) belirtmektedir (36). DSÖ, 2015 yılında yayınlamış olduğu “Aging and Health” isimli Dünya Raporu’nda ise yaşlı nüfus atıflarını 60 yaş ve üstü olarak yapmaktadır (6). Birleşmiş Milletler (BM) ise yaşlılıkta yaş sınırını 60 yaş ve üzeri olarak temel almaktadır(37).

Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) yaşlılık konusundaki istatistik çalışmalarında ve sayısal verilerinde 65 yaş ve üstünü referans almaktadır (38). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus ve yaşlı nüfus oranlarında 65 yaş ve üstünü değerlendirmeye alırken, ileri yaşlı nüfusuna ilişkin verileri 85 yaş ve üzeri olarak değerlendirmektedir. Gerontolojistler yaşlılığı 65-74 yaş arasını “genç yaşlı”, 75-84 yaş arasını “orta yaşlı”, 85 yaş ve üzerini “ileri yaşlı” olacak şekilde sınıflandırmışlardır (29).

Dünya Sağlık Örgütü, 1963 yılında yaşlıların sağlık konusunda düzenlediği toplantıda yaşlıları kronolojik olarak üçe ayırmıştır. Orta yaşlılar için 45-59, yaşlılar için 60-74 ve ileri dönem yaşlılar için 75 yaş ve üzeri temel alınmıştır (Tablo 1). Birçok gelişmiş ülke 65 yaşı, özellikle sosyal güvenlik sisteminden yararlanmak için yaşlılığın başlangıcı olarak referans almaktadır (39). Örneğin Japonya’da yıllar içinde yaşam süresi uzamış ve yaşlılar daha aktif bir yaşam sürmeye başlamıştır; dolayısıyla DSÖ’nün 65 ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık, Japonya’da aynı yaşta olup da aktif bir yaşam süren biri için geçerli olmayacaktır. Japonya’da kronolojik yaş sınırının 75 olarak yeniden tanımlanması gündemdedir (5). Dolayısıyla her dönem ve toplumda “yaşlı” sayılma yaşının farklılaştığı görülmektedir (40). Ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımının esas alındığı görülmektedir (41).

Tablo 1. DSÖ'nün Yaşlılık Sınıflaması

1963		1998	
Yaş Grubu	Sınıflama	Yaş Grubu	Sınıflama
45-59	Orta Yaşlı	65-74 (Bazı durumlarda 60)	Genç/erken yaşlılık
60-74	Yaşlı	74-84	Yaşlılık
75 ve üzeri	İleri yaşlılık	85 ve üzeri	İleri yaşlılık

Kaynak: WHO, 1998, Population Aging(42).

2.2b Biyolojik Yaşlanma:

Biyolojik yaşlanma, zigot oluşumu ile başlayan, yaşam boyu devam eden bir süreçtir (33). Zamana bağlı olarak bireyin vücut yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişimlerdir. Saçların ağarması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki güçlük, görme ve işitmenin bozulması biyolojik yaşlanma örnekleridir (31, 43).

2.2c Psikolojik Yaşlanma

Bireylerin yaşlanmasıyla birlikte geçirdikleri davranış, uyum ve zihinsel fonksiyonlarındaki değişimleri kapsar. Davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur (44).

Kronolojik yaşlanma ile birlikte bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ve duygu durum alanlarında fonksiyon yitiminin olması, kişinin değişikliklere uyum sağlama kapasitesinin değişmesi ve bozulmasıdır (43).

Psikolojik yaşlanmada yaşlılığa hazır olmama, yetersizlik duygusu, başkalarına yük olma ve işe yaramama duygusu rol oynar. Yaşlı gerçekleştiremediği idealleri ve hayalleri için pişmanlık, üzüntü yaşayabilir; geçmişe özlem, geleceğe güvensizlik duyabilir(31, 43).

2.2d Sosyolojik Yaşlanma

Bireylerin, toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesiyle oluşur (32).

Sosyal yaşlanma, bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerleri kapsamaktadır. Kültürel ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılıktır (33).

Bu tür yaşlanmada emeklilik, dulluk, sosyal destek sistemleri, sosyal çevre ile ilişkiler, maddi, manevi, fiziksel kayıplar ve yaşam standardında meydana gelen değişiklikler rol oynar (43).

2.2e Toplumsal Yaşlanma

Fiziksel yaşlanmaya bağlı olarak bireyin günlük yaşamının etkilenmeye başlaması ve toplumsal rollerini gereği gibi yerine getirememesi gibi nedenlerle

toplum tarafından bireye atfedilen yaşlılık, çevresinden yaşlı olduğuna dair mesajlar alması durumudur. Toplumsal yaşlanmayı bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürel yapısı belirlemektedir (31, 43).

Yaşlılık kolay benimsenmeyebilir, ancak toplum o bireye, yaşlılık statüsüne ilişkin bir anlam atfeder. Farklı dönemlerde, farklı kültürlerde toplumların yaşlılara atfettiği anlamların değiştiği görülür (32).

2.2f Ekonomik Yaşlanma

Yaşlılık döneminde özellikle emekliliğin etkisiyle azalan gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde ve koşullarında meydana getirdiği değişikliklerdir (31).

Bireyin yaşlanınca iş yapamaması sonucu ekonomik bir fayda üretememesi, yaşlandıkça elde ettiği gelirin azalması sonucu ortaya çıkar. Yaşlının ekonomik sıkıntısı başka alanları da etkiler, örneğin ekonomik sıkıntısı olan yaşlı sosyal çevresiyle etkileşime girmekten kaçınabilir (32).

2.2g Patolojik Yaşlanma

Normal biyolojik yaşlanma sürecinden ayrı olarak hastalıklara bağlı yaşlanmayı ifade eder (31).

2.3 Yaşlılığın Toplumsal Sınıflaması

Yaşlılık insanların yanı sıra toplumlar için de geçerlidir. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisinde yüzdesinin yüksek olması durumunda toplum yaşlanmasından bahsedilebilir. Toplumlar, yaşlı nüfus yüzdelerine göre 4 grupta incelenebilir (43, 45, 46). Yaşlı nüfus yüzdesinin toplum içerisinde %10'u geçmesi halinde çok yaşlı toplumdan bahsedilir. Yaşlı nüfus oranı %4'n altındaysa genç toplumdan bahsedilir (Tablo 2). Doğu Akdeniz ve Afrika'nın bazı ülkelerinde yaşlı oranları %2-3 aralığında iken Japonya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde bu oran %10'dan fazladır.

Tablo 2. Toplumların yaşlı nüfus yüzdelerine göre sınıflandırılması

1 - Genç Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4'den az olduğu toplumlar (Irak, Afganistan gibi)
2 - Erişkin Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4-7 arasında olan toplumlar (İran gibi)
3 - Yaşlı Toplumlar	65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %7-10 arasında olduğu toplumlar (Brezilya, Türkiye gibi)
4 - Çok Yaşlı Toplumlar	Yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlar. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır ya da genç nüfus göç etmiştir. Gelişmiş Avrupa Ülkeleri genellikle bu gruptadır (Norveç, İsveç, Japonya gibi)

Kaynak: WHO, 1998, *Population Aging* (42).

2.4 Yaşlılık Epidemiyolojisi

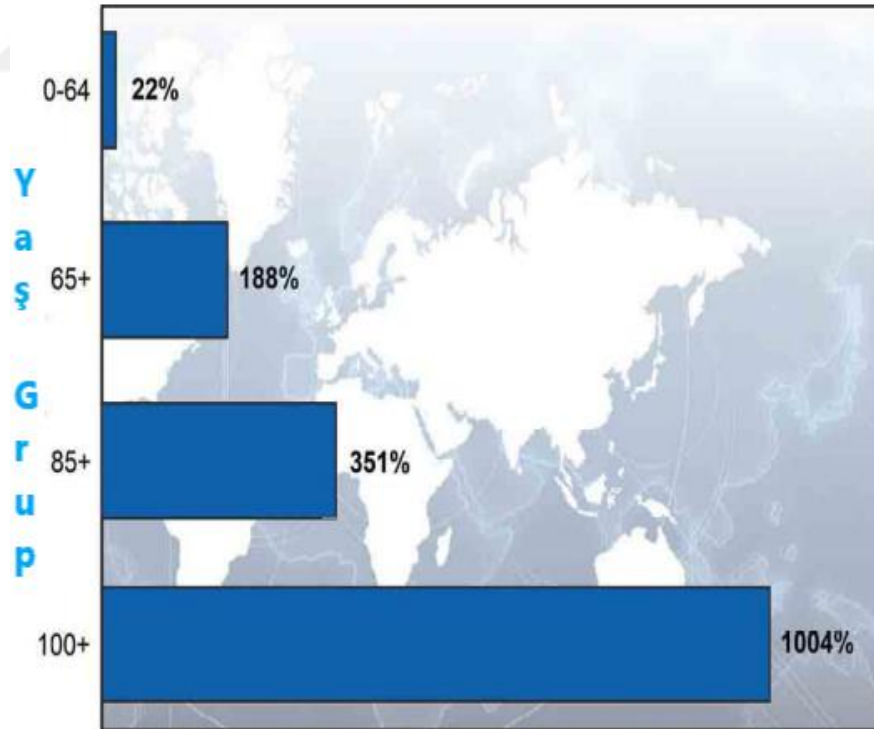
2.4.a Demografik Değişim

Dünyada demografik anlamda iki değişim yaşanmaktadır, bunlardan ilki nüfuslaşma, ikincisi ise yaşlanmadır. Nüfuslaşma; gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışıdır, beraberinde görülen yoksullaşma, işsizlik ve göç durumları da giderek artan olgulardır. Gelişmiş olan ülkelerde ise tersi olarak nüfus artış hızının azalması ve ortalama yaşam beklentisinin artması neticesinde yaşlı nüfus oranının arttığı görülmektedir (47, 48)(Şekil 1, Şekil-2).

Dünya nüfus yapısındaki değişimleri ortaya koyan başlıca parametreler; artan ortanca yaş, artan yaşlı insan sayısı ve oranı ve artan yaşam beklentisi olarak sıralanabilir (49).

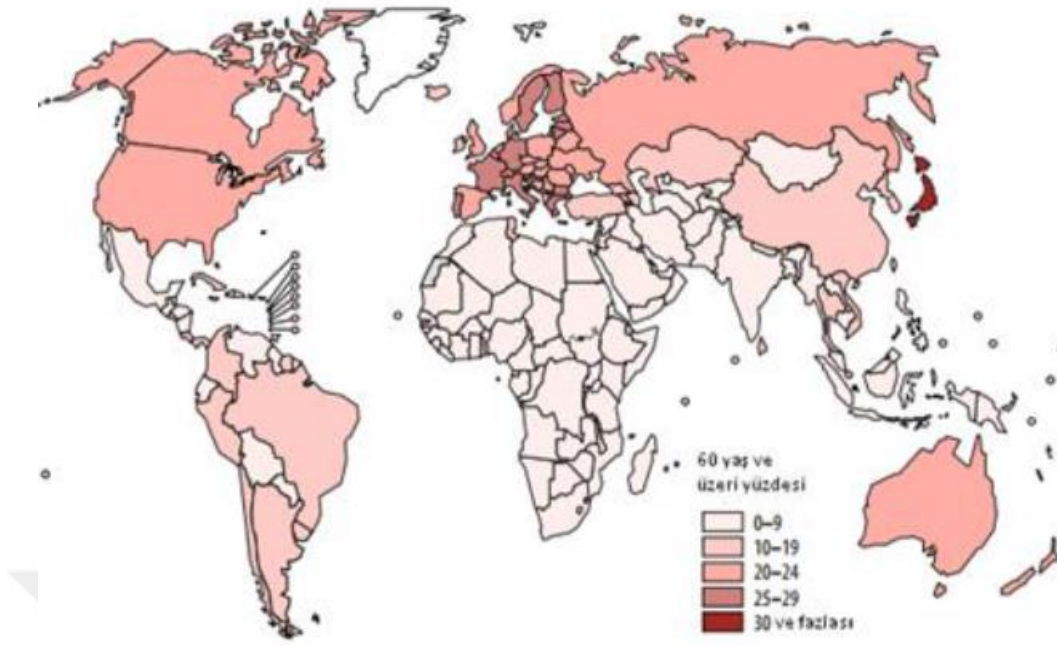
2.4.b Dünya’da Demografik Değişim

DSÖ’ye göre 2015-2050 arasında, 65 yaş ve üzerindeki dünya nüfusunun oranı neredeyse % 8.2’den% 16’ya çıkacaktır(6). United Nations nüfus tahminlerine göre ise 65 yaş ve üzeri nüfusun 2010-2050 yılları içerisinde %188’lik artış göstermesi beklenmektedir (6)(Şekil 1). Bununla birlikte, 2050’de yaşlıların% 80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor olması öngörülmektedir (Şekil 2 ve 3). 2020 yılı itibariyle, 65 yaş ve üstü insanların sayısı 5 yaşından küçük çocuklardan daha fazla olacaktır(39) (Şekil 4).



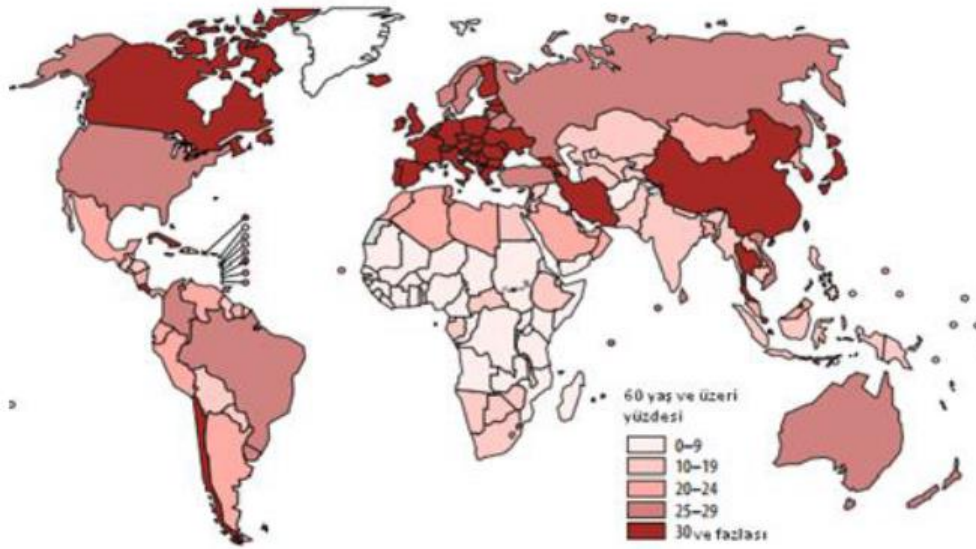
Şekil 1. Dünya nüfusunun yaş gruplarına göre değişimi. 2010 ve 2050 yılları

Kaynak: Birleşmiş Milletler, World Population Prospects: The 2010 Revision(39).



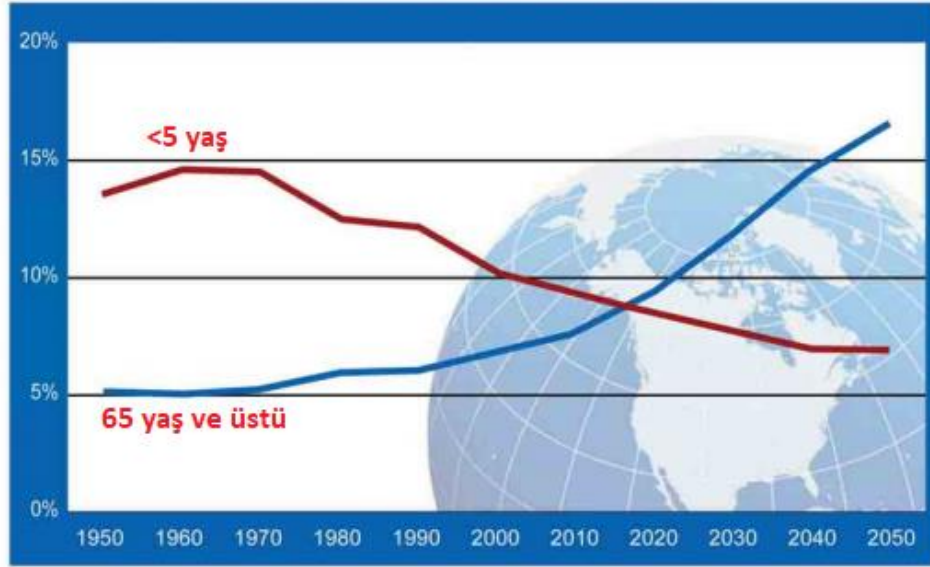
Şekil 2. 2015 yılı ülkelere göre 60 yaş üstü nüfus oranı

Kaynak: World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg; 2015(6)



Şekil 3. 2050 yılı nüfus projeksiyonu, ülkelere göre 60 yaş üstü nüfus oranı

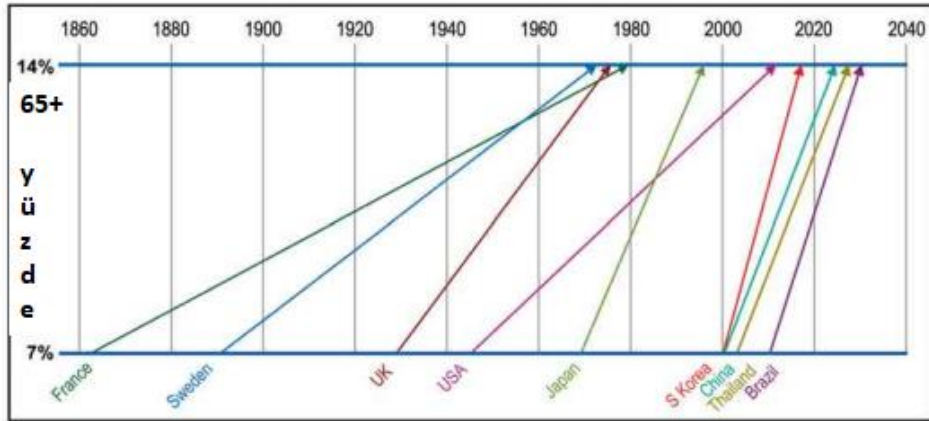
Kaynak: World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg; 2015(6)



Şekil 4. Beş yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusun dünya çapındaki değişimi

Kaynak: Birleşmiş Milletler. *World Population Prospects: The 2010 Revision*(39).

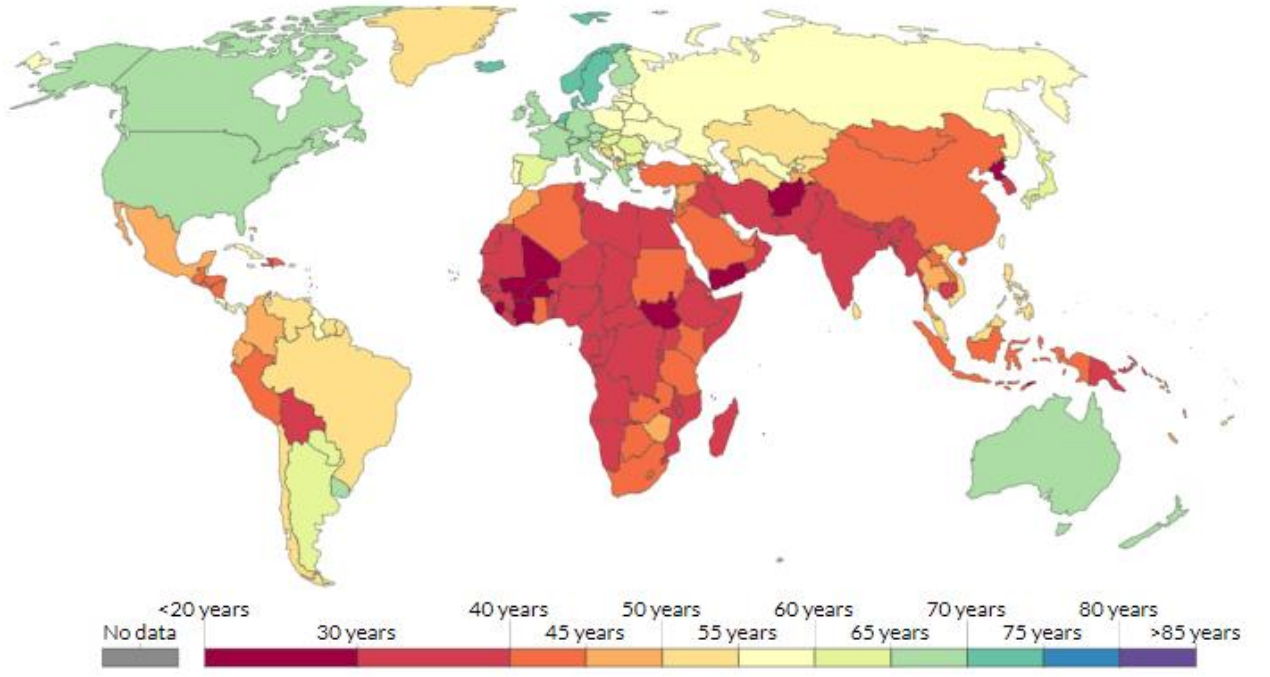
Nüfus yaşlanma hızı geçmiş yıllara göre çok daha hızlıdır. Örneğin Fransa'nın yaşlı oranının %10'dan %20'ye çıkması 150 yıl kadar zaman almışken, Brezilya, Çin ve Hindistan gibi ülkelerde bu değişim 20 yıldan çok az bir zaman sonra gerçekleşecektir (Şekil 5).



Şekil 5. 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdesinin %7'den %14'e çıkması için gereken süreler

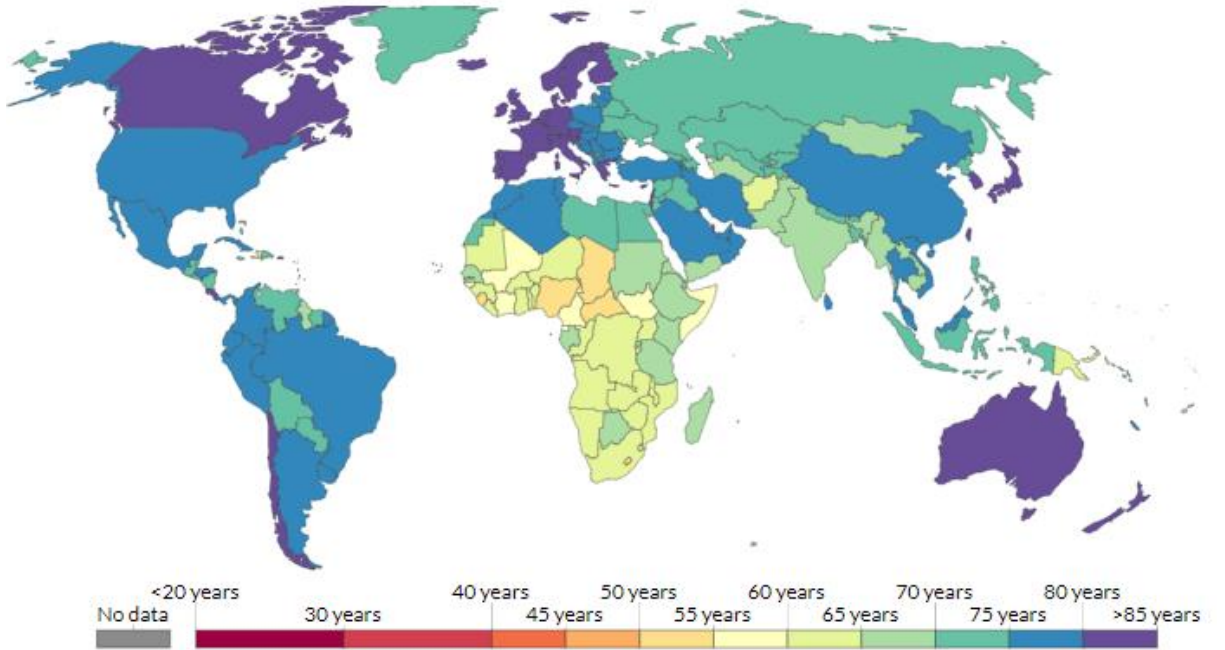
Kaynak: Kinsella K, He W. *An Aging World: 2008*. Washington, DC: National Institute on Aging and U.S. Census Bureau, 2009(35).

1950 yıllarında dünya nüfusunun yaşam beklentisi 46 yaş iken, 2000' li yıllarda 65.4'e yükseldiği görülmektedir. Yaşam beklentisi gelişmiş ülkelerde 1950 ve 2000 yılları arasında 65.8'den 75.9' a, az gelişmiş ülkelerde ise 41.1' den 63.9' a yükselmiştir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisi artmıştır. Örneğin Avustralya'da 1950'de yaşam beklentisi 68.8 yaş, Rusya'da 55.2 yaş iken 2019 yılında sırasıyla 83.4 ve 72.6 olmuştur (5, 44)(Şekil 6 ve 7).



Şekil 6. Dünyada yaşam beklentisi. 1950

Kaynak: United Nations Population Division (2019)(50)



Şekil 7. Dünyada yaşam yılı beklentisi (2019)

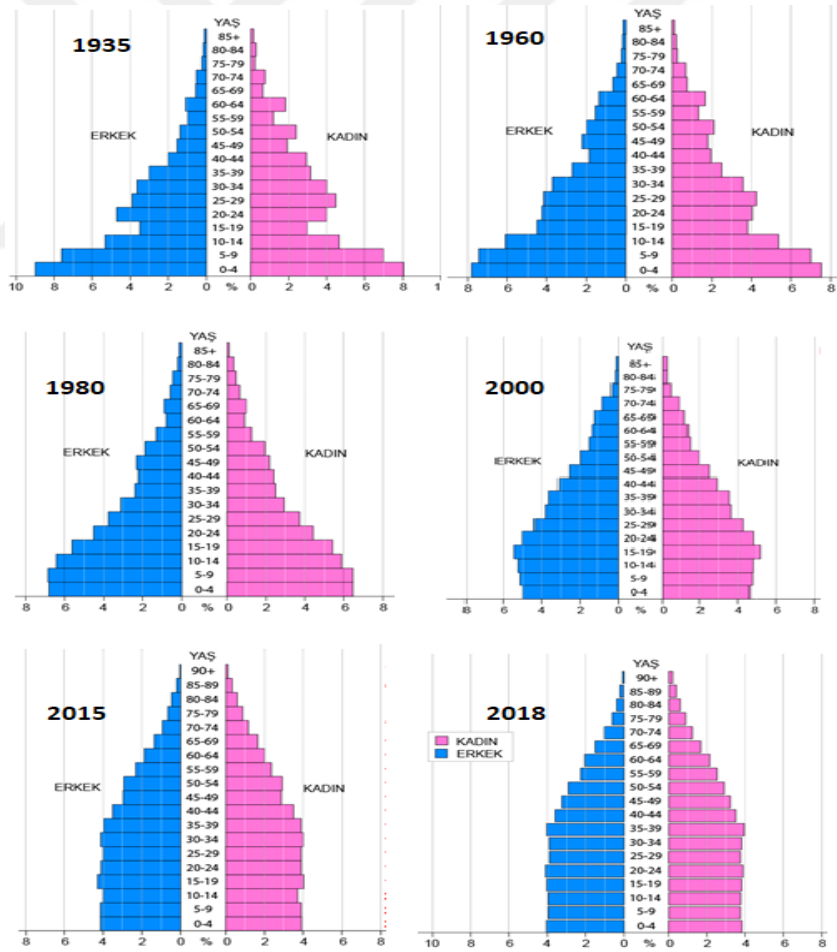
Kaynak: United Nations (2019)(5)

Yaşanan bu demografik değişim dünya nüfusunun yıllara bakıldığında giderek yaşlandığı ve bu durumun ülkeler bazında; ekonomik, sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında birçok sorunu da beraberinde getirdiğini ortaya koymaktadır (44).

2.4.c Türkiye’de Demografik Değişim

Dünya’daki demografik değişimlerin benzeri Türkiye’de de yaşanmıştır. Türkiye’de 1980 yılına kadar yüksek doğurganlık seviyesi mevcut iken, bu süreçten itibaren doğurganlık düzeyinde azalma ve 50 yaş üzerinde de artış gözlenmiştir(51).

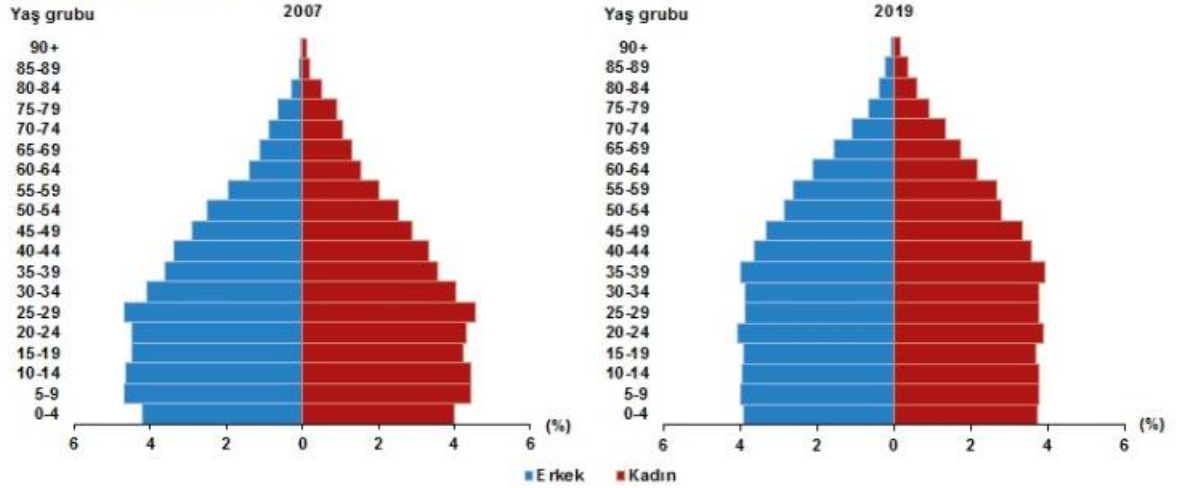
Türkiye’nin yıllara göre nüfus piramitlerindeki değişim incelendiğinde 1935 yılından 1980 yılına kadar sürekli yüksek doğurganlık seviyesinin olduğu geniş tabanlı nüfus piramidi göze çarpmaktadır. 1980’li yıllardan sonra doğurganlık seviyesindeki azalmayı ifade eden tabanı dar nüfus piramidi görülmektedir. 2000’li yıllardan itibaren genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payının birbirine çok yaklaştığı görülmektedir. Bunlarla birlikte, nüfus piramidinde dikkat çeken bir diğer nokta ise yıllar içerisinde yaşlı nüfus yüzdesinde de artış olduğudur(52) (Şekil 8). 2019 yılı nüfus piramidi de dar tabanlı, genç yaş gruplarının birbirine yakın olduğu, yaşlı nüfusun arttığı bir yapıdadır. Türkiye’nin 2007 ve 2019 yılı nüfus piramitleri karşılaştırıldığında, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalmaya bağlı olarak, yaşlı nüfusun arttığı ve ortanca yaşın yükseldiği görülmektedir(7, 51) (Şekil 9).



Şekil 8. Türkiye’deki nüfusun yaş yapısının yıllar içerisindeki değişimi

Kaynak: TÜİK 1935, 1960, 1980, 2000, 2015, 2018(53, 54, 55)

Nüfus piramidi, 2007, 2019

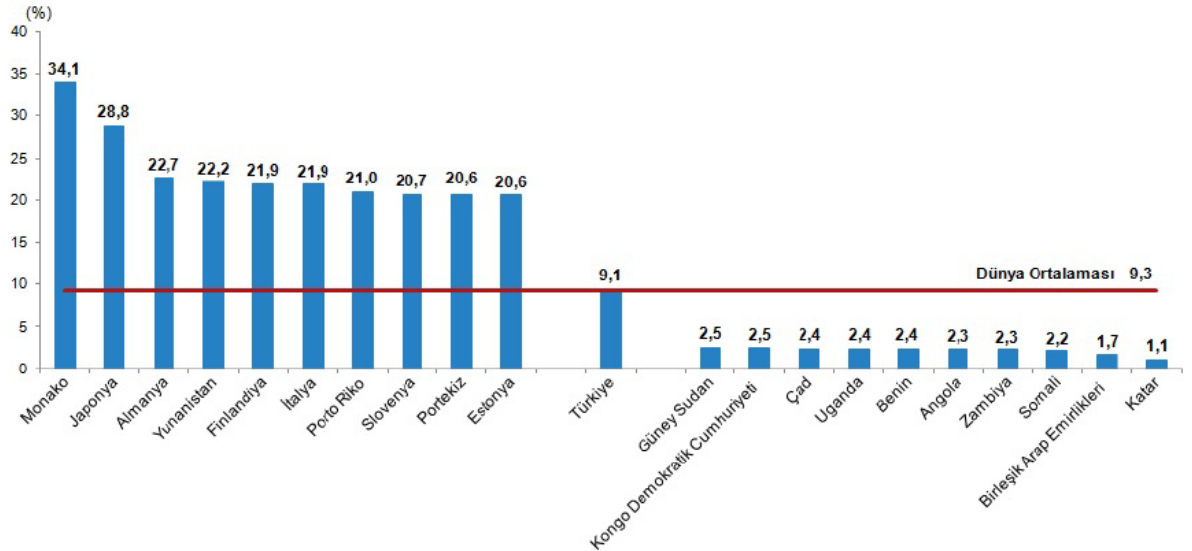


Şekil 9. 2007- 2019 yılı Türkiye nüfus piramidi

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, 2019 (53, 56)

Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi erkekler için 75.6 yıl ve kadınlar için 81.0 yıl, toplamda ise 78.3 yıl olmuştur (51).

Türkiye’de 1990 yılında %4.3 olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki yüzdesi 2000 yılında %5.7’ye, 2013 yılında %7.7’ye, 2019 yılında ise %9.1’e yükselmiştir (53, 54, 55). Dünya yaşlı nüfus oranı ise %9.3’tür (Şekil 10).



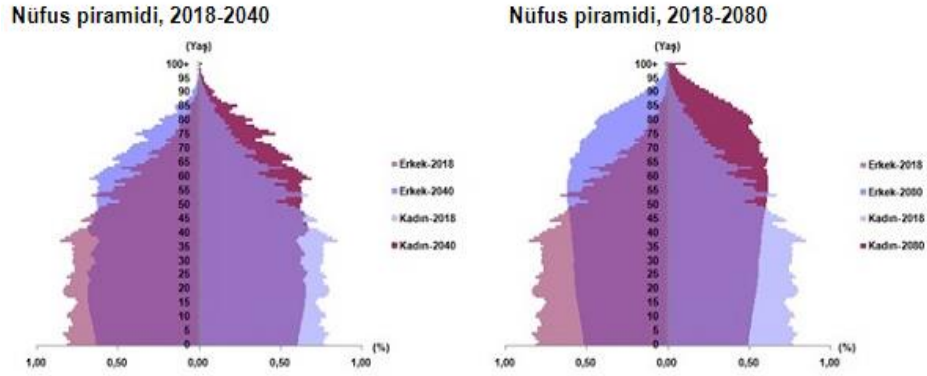
Kaynak: Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Bürosu, Uluslararası Veri Tabanı
Türkiye rakamının kaynağı TÜİK’tir.

Şekil 10: Türkiye’deki yaşlı oranının dünya ortalaması ve seçilmiş bazı ülkelerle kıyaslaması.

Nüfus projeksiyonlarına göre nüfusun yaş yapısının önemli bir göstergesi olan ortanca yaşın 2023’te 33.5, 2040’da 38,5, 2060’ta 42.3, 2080’de ise 45 olması

beklenmektedir. Türkiye, nüfus projeksiyonlarına göre, oransal olarak yaşlı toplum kategorisinde yer alsada 2023 yılında çok yaşlı toplum kategorisine girecektir.

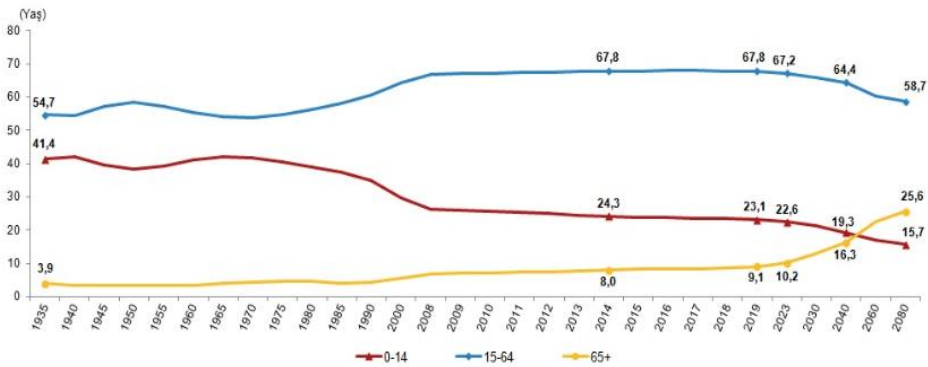
65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının 2019 yılında %9.1, 2023'te %10.2, 2040'da %16.3, 2060'ta %22.6 ve 2080'de %25.6 olacağı, 0-14 yaş grubunun yüzdesinde ise düşüşlerin olması öngörülmektedir (7)(Şekil 11 ve 12).



Şekil 11. Türkiye'nin nüfus projeksiyonu (2018-2080)

Kaynak: TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2018(7)

Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080



Şekil 12. Yaş gruplarına göre nüfus oranları

Kaynak: Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000; TÜİK, ADNKS, 2008-2019; TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2023-2080 (7, 53, 54, 55)

Balıkesir ilinde 2014 yılında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %13.7 iken 2019 yılında %15.2 olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının %17.3 olması beklenmektedir. 2019 yılında en çok yaşlı nüfusa sahip ilçe Balya ilçesidir (%29.5). Merkez ilçelerde (Karesi ve Altıeylül) yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %10.9 ve 10.6'dır (57).

Balıkesir'de nüfus çok yaşlı toplum tanımına uymaktadır. Yaşlı nüfusun bu kadar çok olduğu bir bölgede yaşlı insanların sorunları da öncelikli olması beklenmektedir.

2.5 Geriatrik Sendromlar

2.5.a Tanım ve Kapsamı

Geriatrik sendromlar (GS), ileri yaşlarda ortaya çıkma eğilimi gösteren ve ayrı hastalık kategorilerine girmeyen birkaç karmaşık sağlık durumunun ortaya çıkması ile karakterizedir (58, 59). Yaygınlıkları yaşla birlikte artar (60).

Geriatrik sendromlar, belirli hastalıkların varlığından veya sayısından daha iyi ölüm öngörücüleri gibi görünmektedir. Yine de, geriatrik tıbbi bir uzmanlık dalı geliştiren ülkelerin dışında, geleneksel olarak yapılandırılmış sağlık hizmetlerinde ve epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla göz ardı edilmektedir (59).

Geriatrik sendrom tanımlama kriterleri şunları içerir (61):

- Yaşa bağlı bozukluk olması
- Fonksiyonlarda gerileme olması
- Birden fazla sistemin etkilenmesi
- Karmaşık çok faktörlü etiyoloji
- Sonuçlarının ciddi olması
- Tedavi edilebilir olması

GS'lerin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olabilir ve bazı durumlarda yaşlılarda risk faktörü olabilecek durumlara karşı müdahaleler olabilir. Örneğin, her yıl yaşlı nüfusun üçte birinde (65 yaş ve üstü) düşme görülür. Düşmenin de hastaneye yatış oranları, toplam maliyetler, özürlülük ve hatta artan mortalite üzerinde önemli bir etkisi vardır. Hem tekli müdahalelerin (egzersiz veya fizyoterapi gibi) hem de kombine müdahalelerin düşme oranlarını etkili bir şekilde azalttığı gösterilmiştir (62, 63).

2.5.b Geriatrik Sendrom Çeşitleri

Geriatrik sendromun kabul gören ya da uzlaşılmış ortak bir tanımının olmaması sebebi ile birçok geriatri kitabında, geriatrik sendrom başlığı altında birçok klinik durum anlatılmaktadır. Geriatrik sendrom çeşitleri arasında deliryum, basınç ülserleri, düşmeler ve inkontinans literatürde yıllardır bilinse de bunlara eklemeler de yapılmıştır (60). Dahası, insanlar yaşlandıkça, aynı anda birkaç sendromdan muzdarip olma olasılıkları daha yüksektir.

Sıkça karşılaşılan ve otörler tarafından kabul gören geriatrik sendromlar şunlardır (10, 64, 65):

- Deliryum
- Demans
- Düşme
- İnkontinans
- Basınç ülserleri
- İmmobilizasyon
- Polifarmasi
- Kırılganlık
- Yetersiz beslenme (Malnutrisyon)
- Uyku problemleri
- Osteoporoz ve sarkopeni
- Görme ve işitmede yetersizlik

Kabızlık, ihmal ve istismar, baş dönmesi ve senkopun geriatrik sendrom olarak kabulünde ise tam bir fikir birliği yoktur (66, 67, 68).

Farklı bir kaynakta ise İngilizce yazılışlarından 'I' ler serisi olarak verilen Geriatrik sendromlar şunlardır (yaşlılığın 7 i'si olarak bilinirler)(68):

- 1-Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik)
- 2-Immobility (Hareketsizlik)
- 3-Instability (Dengesizlik)
- 4-Incontinence (İdrar-gaita tutamama)
- 5-Insomnia (Uykusuzluk)
- 6-Iatrogenik problems (Tanı veya tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar)
- 7-Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

Geriatrik sendromların erken tanısı koruyucu önlemlerin alınması, uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemlidir ve tüm geriatri ekibinin iş birliğini gerektirir. Tanıda çok yönlü geriatrik değerlendirme kullanılmalıdır. Çok yönlü geriatrik değerlendirme ile tanının erken koyulması ile fonksiyon kayıpları belirlenir ve olası riskler saptanır (69).

2.6 Yaşlılıkta Sağlığı Etkileyen Faktörler

2.6.a Sağlığı etkileyen genel faktörler

Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerinin (etkileyen faktörlerin) bilinmesi önemlidir. Sağlığın belirleyicileri olan biyolojik, davranışsal ve sosyal belirleyicilerin yanı sıra fiziksel çevre, sağlık sistemi ve ekonomik koşullar da yaşlanma ve yaşlılık üzerinde etkilidir (70).

Sağlığı etkileyen pek çok faktör vardır. Bu faktörleri 4 başlık altında kategorilere ayırmak mümkündür:

1. Davranışsal
2. Biyolojik
3. Çevresel
4. Sosyo-ekonomik

Davranışsal risk faktörleri aynı zamanda değiştirilebilir risk faktörleridir. Kişisel yaşam tarzı ve alışkanlıklar ile birlikte sağlık hizmet kullanımı da bu gruba girmektedir. Biyolojik risk faktörlerinin bir kısmı değiştirilemez durumda iken, vücut işleyişi ve aktivite düzeyi gibi özellikler değiştirilebilir kısmı oluşturmaktadır. Çevresel risk faktörleri içerisinde hava ve su kalitesi ile gıda güvenliği gibi konular girmektedir. Sosyo-ekonomik risk faktörleri de bireyin hayat kalitesini ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını etkilediğinden önemli bir yer edinmektedir (71, 72, 73)(Tablo 3).

Tablo 3. Sağlığı etkileyen risk faktörleri

Davranışsal	Biyolojik	Çevresel	Sosyo-ekonomik
1. Riskli ve/ veya koruyucu davranışlar 2. Sağlık sorunlarına cevaplar	1. Genetik 2. Vücut yapısı 3. Vücut işleyişi	1. Su kalitesi 2. Hava kalitesi 3. İklim ve coğrafya 4. Çevre yapısı 5. Gıda güvenliği 6. Toprak ve toprak kalitesi	1. Sosyal 2. Ekonomik
1. Risk ve / veya koruyucu Davranışlar • Alkol kullanımı • Emzirme • Diyet • Diyet takviyesi kullanımı • Hijyen	1. Genetik • Tek gen hast. • Kromozomal • Çok Faktörlü • Mitokondriyal DNA bağlantılı 2. Vücut yapısı Yükseklik	1. Su kalitesi • İçme suyu kalitesi • Geri dönüştürülmüş su kalitesi 2. Hava kalitesi • Ortam havası kalitesi	1. Sosyal • Tutumlar • Toplum katılımı, yurttaşlık • Kültür • Cinsiyet • Sağlık bilşi • Dil

• Yasadışı uyuşturucu kullanımı • Bağışıklama • Ağız sağlığı davranışları • Farmasötik kullanım • Fiziksel aktivite • Koruyucu giysi kullanımı • Tarama davranışları • Emniyet Kemerini Kullanımı • Cinsel aktivite • Güneşe Karşı Koruyucu davranışlar • Tütün kullanımı 2. Sağlık sorunlarına cevaplar • Bakım arayışı • Tıbbi uyumluluk • Tedavi • Sağlık hizmeti kullanımı • Ağrı davranışları • Hastalığa yanıt	• Ağırlık • Bel-kalça oranı • Kemik yoğunluğu 3. Vücut işleyişi • Tansiyon • Beslenme durumu • Biyokimyasal fonksiyon • Duyusal işlev • Hareket ve denge • Güç ve sağlamlık • Egzersiz	• İç ortam hava kalitesi 3. İklim ve coğrafya • Güneş radyasyonu • Sıcaklık • Yağış • Şiddetli hava olayları • Tuzluluk • Deniz seviyesi yükselmesi 4. Yapılı çevre • Kamusal açık alan • Gürültü, ses • Biyolojik tehlikeler • Maddesel tehlikeler [ör. asbest, kurşun] • Konut kalitesi • Kimyasal tehlikeler • Radyolojik tehlikeler • Elektromanyetik tehlikeler 5. Gıda güvenliği • Bulaşma • Kalite 6. Toprak ve toprak kalitesi • Bulaşma • Tarım ilacı	• Dini inanç veya maneviyat • Emniyet ve güvenlik • Sosyal sınıf / kast • Sosyal ve destek ağları 2. Ekonomik • Eğitim • İstihdam durumu • Finansal kaynaklar • Konut bulunabilirliği • Endüstri • Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı • Yaşam standardı • Meslek • Hizmetler, sistemler ve politikalar • (sağlık hizmetleri, sistemler dahil) • ve politikalar)
---	--	--	--

Kaynaklar: Australian Institute of Health and Welfare, 2015; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008; CDC, Giles et al, 2003. (71, 72, 73)

DSÖ'nün 2004 yılında yayınladığı rapora göre, tüm dünyada ölüm riskini en çok arttıran faktörler arasında hipertansiyon, tütün kullanımı ve yüksek kan şekeri yer almaktadır (74)(Tablo 4).

Tablo 4. Küresel olarak ölüm riskini en çok arttıran faktörler

No	Risk faktörü	Ölümlerdeki toplam yüzdesi (%)
1	Hipertansiyon	12.8
2	Tütün kullanımı	8.7
3	Yüksek kan şekeri	5.8
4	Fiziksel hareketsizlik	5.5
5	Aşırı kilo ve obezite	4.8
6	Yüksek kolesterol	4.5
7	Korunmasız ilişki	4.0
8	Alkol kullanımı	3.8
9	Çocukluk çağı zayıflığı	3.8
10	Katı yakıtlardan kaynaklanan iç ortam hava kirliliği	3.0

Kaynak: WHO, Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009(74)

2.6.b Yaşlılarda sağlığı etkileyen faktörler (DSÖ Sınıflaması)

DSÖ, Yaşlılarda sağlığı etkileyen risk faktörlerini 5 gruba ayırmıştır (59):

1. Sakatlıklar (düşme ve kazalar)
2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimi
3. Yoksulluk
4. Sosyal izolasyon ve dışlanma, zihinsel sağlık bozuklukları
5. Yaşlılara kötü muamele

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 (75).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri: Kötü beslenme, hareketsizlik, tütün kullanımı ve alkolün kötüye kullanımı gibi durumlar BOH'ların gelişmesine katkıda bulunur: Bunlardan 5'i (diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve zihinsel bozukluklar) Avrupa Bölgesi'ndeki hastalık yükünün yaklaşık% 77'sini ve ölümlerin% 86'sını oluşturur(74, 76).

Her ne kadar sigara içmenin veya egzersiz yapmamanın etkileri uzun süre sonra ortaya çıksa da, yaşam tarzı değişiklikleri erken dönemde her yaşta faydalıdır. 60-75 yaşlarında sigara bırakıldığında erken ölüm riski % 50 azalır (77).

Tütün kullanımı, sağlıklı beslenme, alkolün kötüye kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi önemli bulaşıcı olmayan hastalık risk azaltmak için yapılan yaşam tarzı değişiklikleri ve müdahaleler ile bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansını %70'e kadar azaltabilir(78).

DSÖ'nün "Fiziksel aktivite ve sağlık için küresel öneriler" ine göre (79): 65 yaş ve üstü yetişkinlere yönelik genel kanıtlara göre, daha az aktif bireylere kıyasla, daha aktif olan erkek ve kadınların, tüm nedenlere bağlı mortalite, koroner kalp hastalığını, yüksek tansiyon, inme, tip 2 diyabet, kolon kanseri ve meme kanseri oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, daha yüksek oranda kas zindeliği, daha sağlıklı vücut kitlesi ve bileşimi görülmüştür.

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 (80).

Birçok yaşlının; özellikle kadın olup kırsal kesimde yalnız yaşayanların yeterli bir geliri yoktur; dolayısıyla bu grubun sağlık sorunları daha fazladır. Yaşlıların sosyal güvenlik sistemine dâhil olmaları sağlıklarını olumlu olarak etkilemektedir. Yaşlıların, yarı zamanlı da olsa, aktif bir şekilde çalışmayı sürdürmesi mortaliteyi geciktirmektedir (81).

Sosyal izolasyon ve dışlanma, ruh sağlığı bozuklukları: Zihinsel sağlığı, kötü muamele riskini ve şiddetli dehidratasyon veya yetersiz beslenme gibi önlenabilir durumlar için sağlık hizmetlerinin kullanımı da dahil olmak üzere sağlıklı ve iyi olma halinin tüm yönlerini etkiler. 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 (82).

Yaşlılara kötü muamele: Yaşlılara yönelik kötü muamele, 60 yaş ve üstü kişilerin fiziksel, cinsel, zihinsel ve / veya finansal istismarı ve / veya ihmali olarak tanımlanmaktadır. Bu konu, sadece son yirmi tanınmış, sistematik olarak incelenmiş ve yaşlıların yaşadığı çeşitli ortamlarda ele alınmıştır.

Kötü muamele, yaşlı insanların hem zihinsel hem de fiziksel refahını etkiler ve kontrol altına alınmadığında yaşlıların yaşam kalitesini bozduğu gibi hayatta kalış süresini de azaltmaktadır (83).

2.6.c Yaşlılarda sağlığı etkileyen diğer faktörler

DSÖ sınıflaması dışında kalan ancak yaşlılarda sağlığı etkileyen unsurlardır:

- Kültür ve cinsiyet
- Psikolojik faktörler
- Fiziksel çevre
- Sosyal çevre
- Sağlık hizmetleri

Kültür ve Cinsiyet

Kişileri ve toplumları çevreleyen kültür, aktif yaşlanmanın diğer tüm belirleyicilerini etkilediği için yaşlanma biçimini de şekillendirir. Kültürel faktörler sağlıklı davranış biçimlerini de etkiler. Örneğin birçok toplumda, özellikle az gelişmiş ülkelerde, yaş faktöründen ayrı olmak üzere, kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalık ve sakatlık yaşamaktadırlar. Özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere dünyada birçok ülkede kadınların yaşam beklentisi erkeklere göre daha yüksektir (84).

Psikolojik Faktörler

Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fiziki hastalıklar, yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, kullanılan bazı ilaçlar ya da hastaneye yatmak gibi durumlar yaşlılıkta depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığı oldukça artmıştır ve bu rahatsızlıkların artması ile birlikte bireyin sosyal ve ekonomik açıdan zayıflaması psikolojik rahatsızlıkların görülmesini de artırmaktadır (85).

Özellikle depresyon diğer hastalıklarla ya da tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi edilmediğinde genel sağlık durumunda bozulma ve erken ölüm gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmakta, uygun tedavi edildiğinde ise yaşam kalitesi artmaktadır (85).

Fiziksel Çevre ile İlgili Belirleyiciler

Fiziksel çevre ile ilgilibelirleyiciler yaşlılıkta sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle sağlıklı içme suyuna erişim, iç ve dış ortam hava kalitesi, fiziksel çevre düzenlemeleri yaşlılar için önem arz etmektedir (86).

Fiziksel çevre içerisinde çevresel faktörlere bağlı düşmeler engellenmeli, yaşlının temiz su, temiz hava, yeterli, dengeli ve güvenli besin gereksinimleri karşılanmalı, yaşlı bireyin fiziksel olarak aktif bir yaşam süreceği şekilde çevre düzenlemeleri yapılmalıdır (86).

Sosyal Çevre ile İlgili Belirleyiciler

Çalışmalar yoksulluk, sosyal destek eksikliği, yalnızlık ve herhangi bir dini inanca sahip olmamanın sağlığı etkileyen en önemli sosyal belirleyiciler olduğunu göstermektedir (29).

Yalnız yaşayan yaşlılar genelde düşük gelir düzeyine sahip olup, çoğu yaşlı kendilerini yalnız hissettiklerini, toplumdan izole bir hayat yaşadıklarını belirtmektedirler (29).

Dinsel mekanizmaları kullanan bireylerde depresyon ve anksiyete, bu mekanizmaları kullanmayanlara göre daha azdır. Yapılan bazı çalışmalarda dindar yaşlılarda depresyonun, dindar olmayanlara kıyasla, daha az olduğu görüldüğü ve iyileşme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (29).

Sağlık Hizmetleri ile İlgili Belirleyiciler

Sağlık hizmetleri ile ilgili belirleyicileri içsel ve dışsal olarak incelemek mümkündür. Toplumun sağlık sistemi yapısı, koruyucu sağlık hizmetlerinin verilip verilmediği dışsal faktör örnekleri iken yaşlı bireyin sağlık giderini karşılayabilmesi ya da koruyucu sağlık hizmeti kullanımı ise içsel faktör örnekleridir.

Koruyucu sağlık hizmetleri (örneğin sigara-tütün kullanımının önlenmesi, pnömokok aşı uygulaması, periyodik taramalar, kemik dansite ölçümü, serum lipid ve kolesterol incelemeleri vs) yaşlı bireyin sağlığının korunması ve izlenmesi açısından öncelikli değere ve etkiye sahiptir. Yaşlı birey için çevresel ve sosyo-ekonomik belirleyicilerden sonra en önemli faktörü koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı oluşturmaktadır (29, 85).

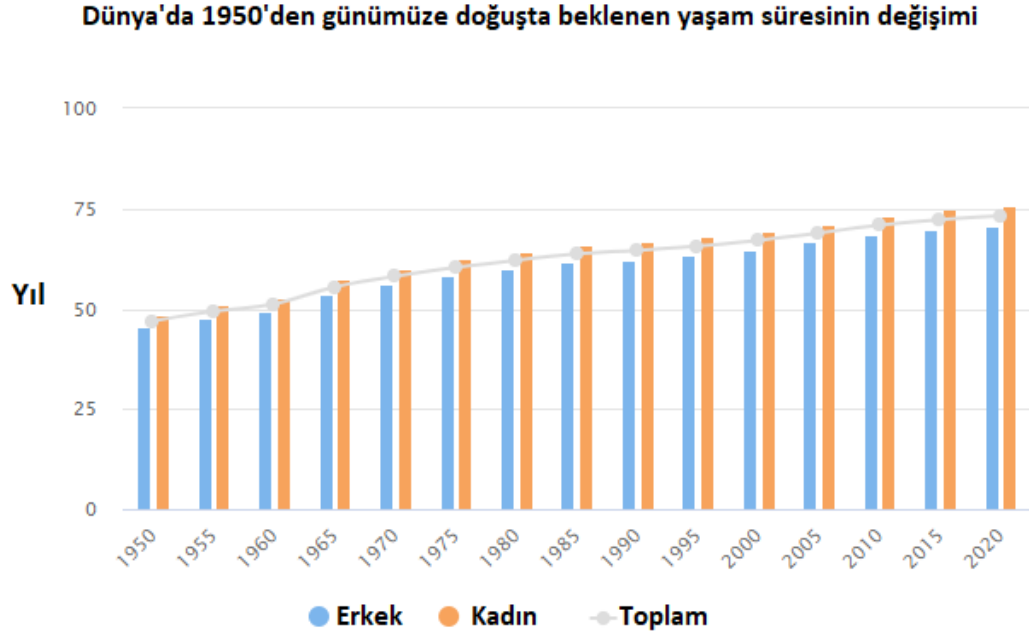
Koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte sağlığı geliştirme programları da yaşlı bireyin sağlığına etki eden önemli faktördür. Yaşlı bireyin sağlığının kontrol altına alınması ve geliştirilmesi için bu tür programların (örneğin sigara bıraktırma programları, kazalardan korunma, egzersiz yaptırma, sağlıksız beslenmeden korunma) yaygınlığı ve etkinliği önem arz etmektedir. Yaşlılarda, iyilik halinin devamı ve korunması, sağlık kontrolleri ve tedavileri için 1. basamak hizmetleri önemli yer kapsamaktadır (87).

Tüm bunlarla birlikte, ileri tetkik, tanı, tedavi ihtiyaçları nedeniyle 2. ve 3. basamak sağlık hizmet gereksinimi yaşlılarda oldukça fazladır (87).

Yapılan araştırmalarda yaşlıların yaklaşık üçte biri son hastalandıklarında bir sağlık kurumuna başvurmuşlar ve bu kişilerin yarısı da birinci basamağı tercih etmişlerdir. Sağlık güvencesi olması bireyin sağlık kurumuna başvurmasını etkilemektedir. Yaşlılarda yaşam süresine ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerden önemli bir kısmını sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine sahip olabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği oluşturmaktadır (85, 88).

2.7 Yaşlılarda Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları

Küresel olarak 2019 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlar için 75.6, erkekler için 70.8 yıl olmuştur(89) (Şekil 13). Türkiye’de ise aynı yıl için bu rakamlar erkeklerde 75.6, kadınlarda ise 81.0 yıl olmuştur.



Şekil 13: Dünya’da doğuştan beklenen yaşam süresinin değişimi (1950-2020)

Kaynak: OECD, Life Expectancy, 2019 (89).

2.7.a Yaşlılarda Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Epidemiyolojisi

Yaşlı nüfusun oransal olarak benzeri görülmemiş büyümesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlılıktaki sakatlıkların yaygınlık oranlarını arttırmaktadır. Bununla birlikte, birçok sağlık sisteminin de bu durumu karşılayacak donanımda olmaması beraberinde başka sorunları da getirmektedir (90).

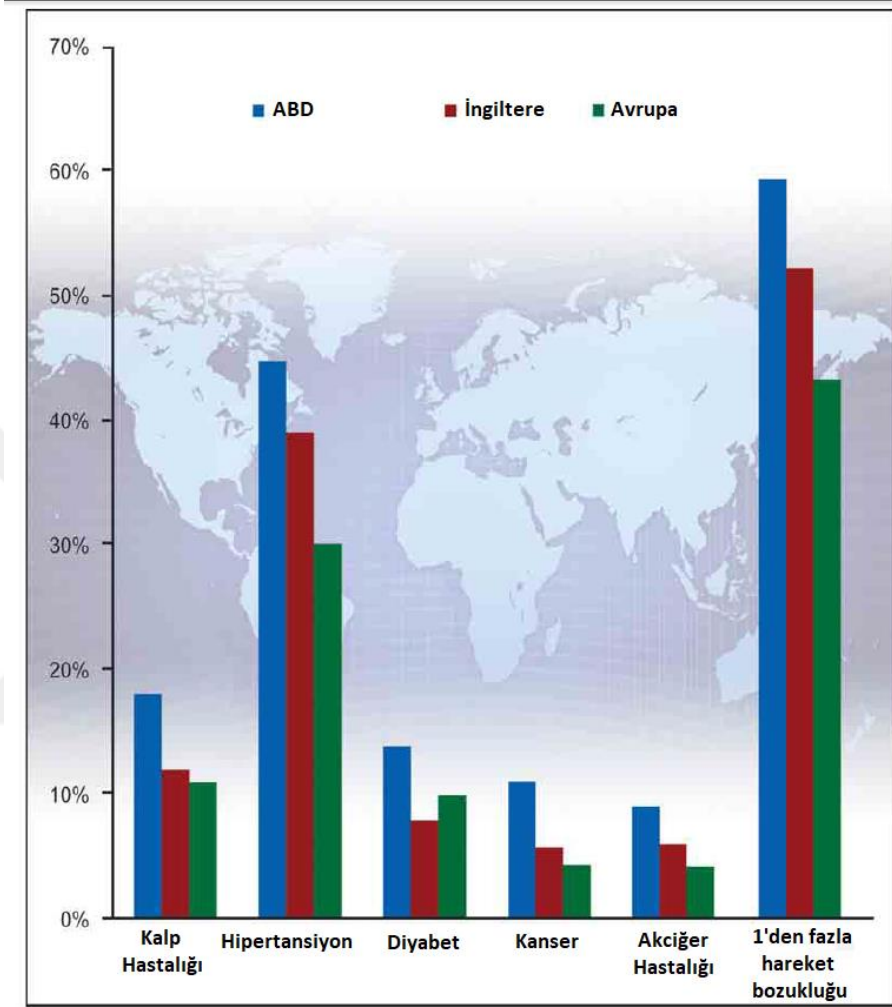
Sağlıklı yaşam beklentisi yaş ilerledikçe daha yaygın görülen kronik yeti kaybı nedeniyle sınırlanmaktadır. Kronik yeti kaybı da bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (91).

Yaşlılık dönemiyle beraber birçok sağlık sorunu ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda yaşlılık dönemindeki bireylerin sadece %10'unun bir kronik hastalığının bulunmadığı, büyük çoğunluğunda ise iki ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir (92).

Avrupa, İngiltere ve ABD’de, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ve sakatlıklar ile ilgili yapılan çok merkezli yaşlı çalışmasında, hareket bozuklukları ve hipertansiyon en

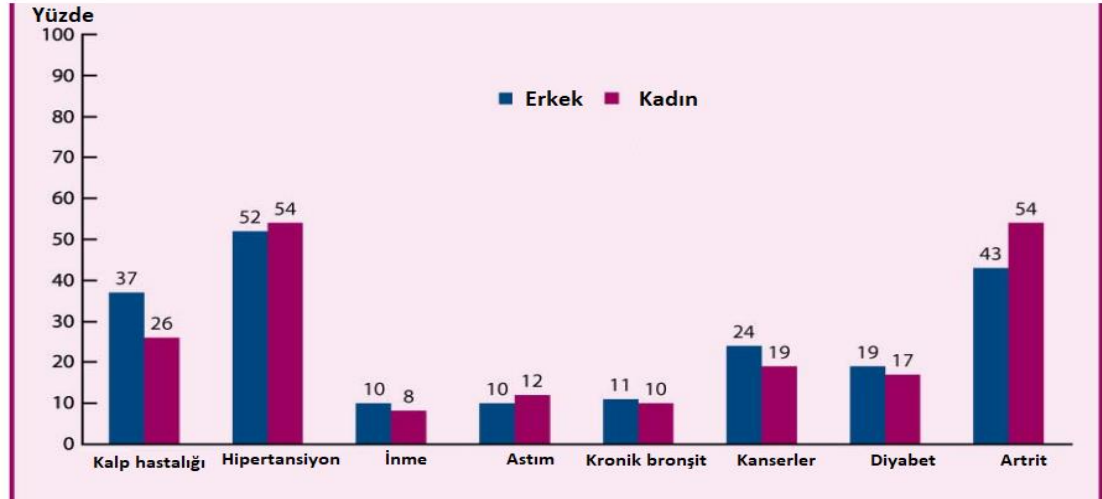
yüksek oranda görülmektedir. Bu durumları sırasıyla kalp hastalıkları, diyabet, akciğer hastalıkları ve akciğer kanseri izlemektedir (93)(Şekil 14).

65 yaş ve üzeri nüfusun BOH görülme oranlarının verildiği CDCC'nin 2008 yılı raporunda, yaşlılarda sırasıyla en sık hipertansiyon, artrit, kalp hastalığı, kanserler ve diyabet yer almaktadır (94)(Şekil 15).



Şekil 14: BOH ve hareket bozuklukları sıklıkları, ABD, Avrupa ve İngiltere (50-74 yaş). 2004

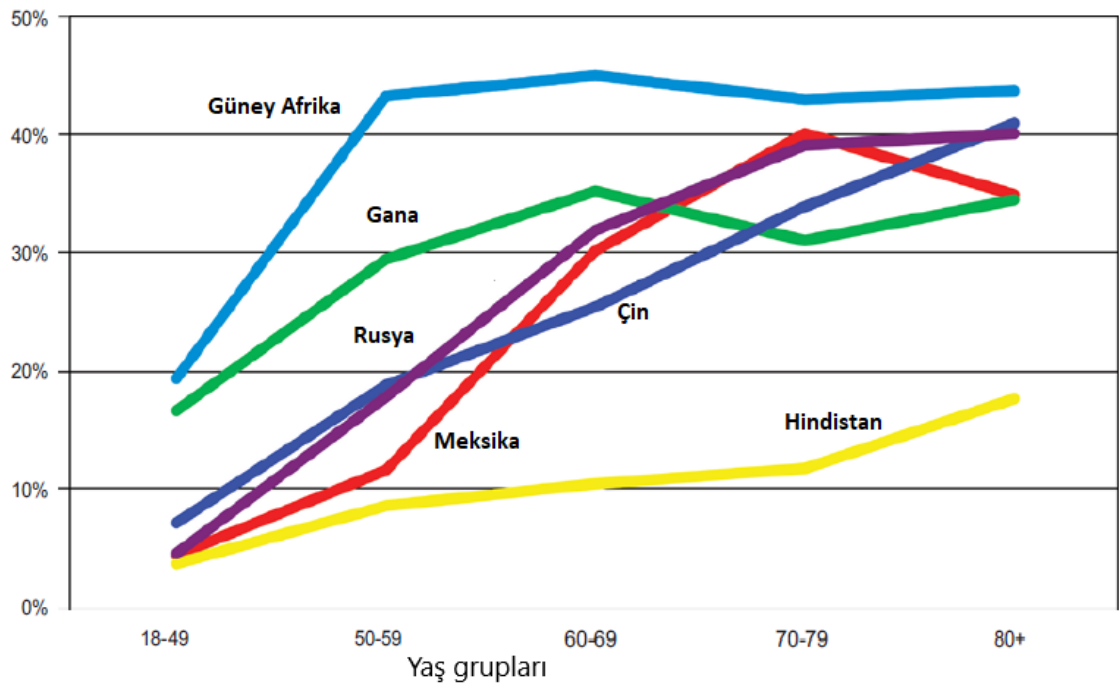
Kaynak: Health and Retirement Study, the English Longitudinal Study of Ageing, and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. 2004 (95).



Şekil 15. ABD’de 65 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre BOH oranları, 2005-2006.

Kaynak: CDCC, National Health Interview Survey. 2006. USA (95)

BOH görülme oranları yaşla birlikte de artmaktadır. Yaşlanan toplumlarla birlikte doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile BOH görülme sıklıkları da artacaktır (96)(Şekil 16).

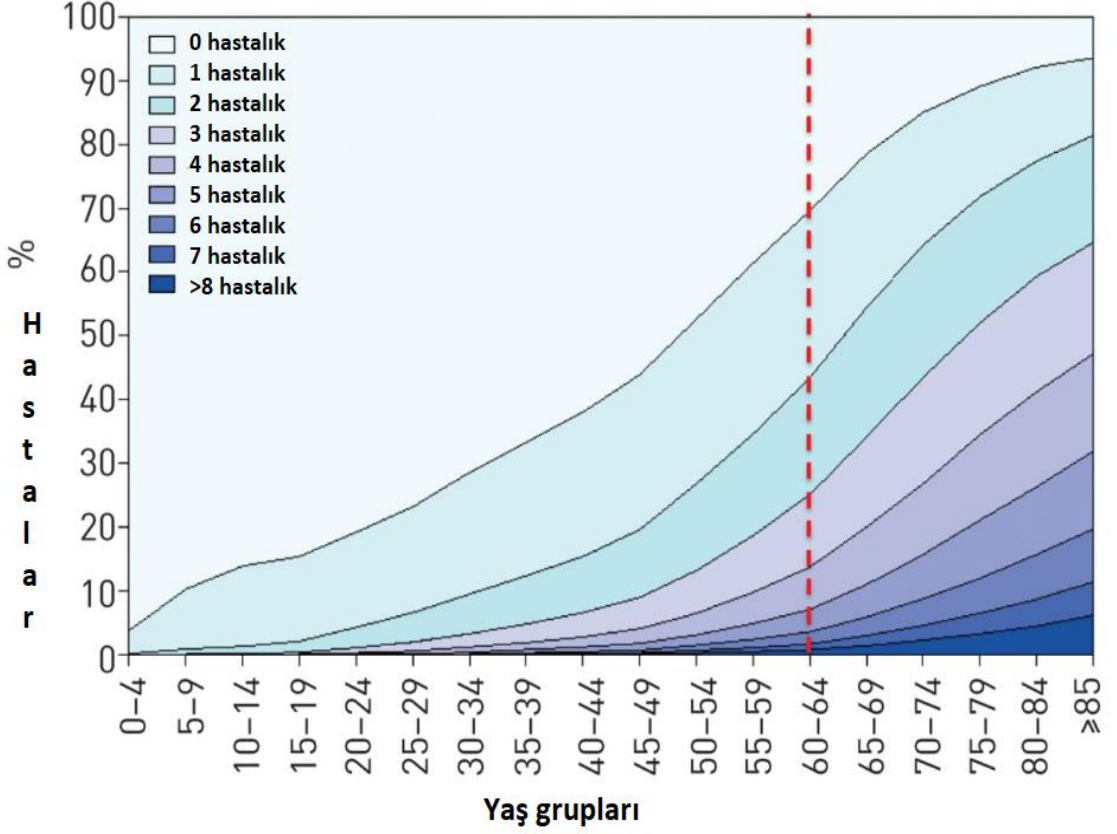


Şekil 16. Seçilmiş bazı ülkelerde hipertansiyon sıklıkları

(2007-2010 yılları arasında veri toplanmıştır)

Kaynak: Tabulations provided by the World Health Organization Multi-Country Studies Unit, Geneva, based on data from the Study on global AGEing and adult health (SAGE) (96).

Yaşlılarda %70'inden fazlasında BOH mevcut olmasının yanı sıra, birkaç BOH'un bir arada görülmesi de ayrı bir sorun oluşturmaktadır (97)(Şekil 17)(Fabbri ve Rabe, 2007). Yaşlı nüfusun büyük bir çoğunluğunun iki ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir (92).



Şekil 17. Yaş gruplarına göre BOH sayıları.

Kaynak: Fabbri LM, Rabe KF. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome. 2007(97)

2.7.b Yaşlılarda Ölüm Nedenleri

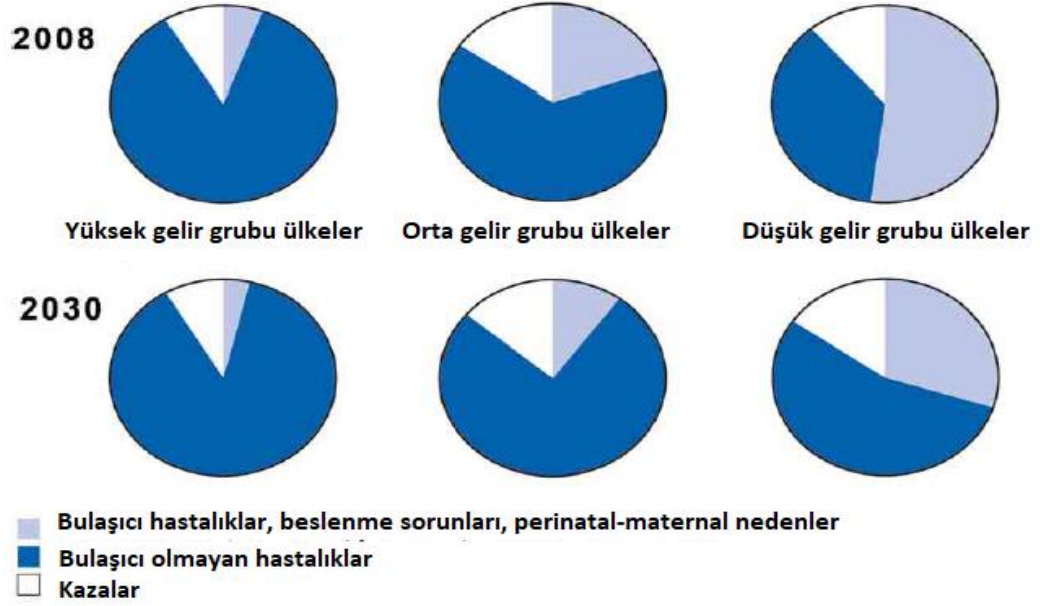
Yaşlı nüfusun en önemli ölüm nedeni kronik hastalıklardır (92, 98)(Pınar ve Çınar, 2001; Berar ve Hochman, 2019). Yaşlılarda ölüm sebeplerine bakıldığında ise tüm dünyada ilk sırayı iskemik kalp hastalıkları almaktadır. DSÖ'nün 2002 tarihli yaşlı ölüm nedenleri raporunda, ilk sırada iskemik kalp hastalıkları, ikinci sırada serebrovasküler hastalıklar, üçüncü sırada ise KOAH yer almaktadır (Tablo 5)(99).

Tablo 5. Dünya’da 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY’s) nedenleri, 2002

Sıra	Ölüm nedenleri	Hastalık yükü
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları
2	Serebrovasküler hastalıklar	Serebrovasküler hastalıklar
3	KOAH	KOAH
4	Alt solunum yolu enfeksiyonları	Alzheimer ve demans türleri
5	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	Katarakt
6	Diyabet	Alt solunum yolu enfeksiyonları
7	Hipertansif kalp hastalıkları	Yetişkinlikte oluşan işitme kayıpları
8	Mide kanseri	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri
9	Tüberküloz	Diyabet
10	Kolon ve rektum kanserleri	Görme bozukluğu

Kaynak: Kaynak: The World Health Report , 2003 (36)

Dünya nüfus yapısındaki demografik değişimlerle birlikte, bilimsel ve teknolojik ilerlemelere de bağlı olarak yaşlı ölüm sebepleri de yıllar içerisinde değişmektedir. DSÖ'nün 2002 yılı yaşlı ölüm istatistiklerinde, ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan alt solunum yolu enfeksiyonları bugün ilk 10'da olmamakla birlikte, kanserler ikinci sırada yer almıştır. Gelir grubuna göre listelenen ülkelerde de benzer değişim paterni olacaktır. Örneğin düşük gelir grubu ülkelerde, yaşlılarda ölüm sebepleri arasında 2008 yılında ilk sırada bulaşıcı hastalıklar, perinatal sorunlar ve beslenme sorunları yer alırken, 2030 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar yer alacaktır (Bk şekil 18)(100).

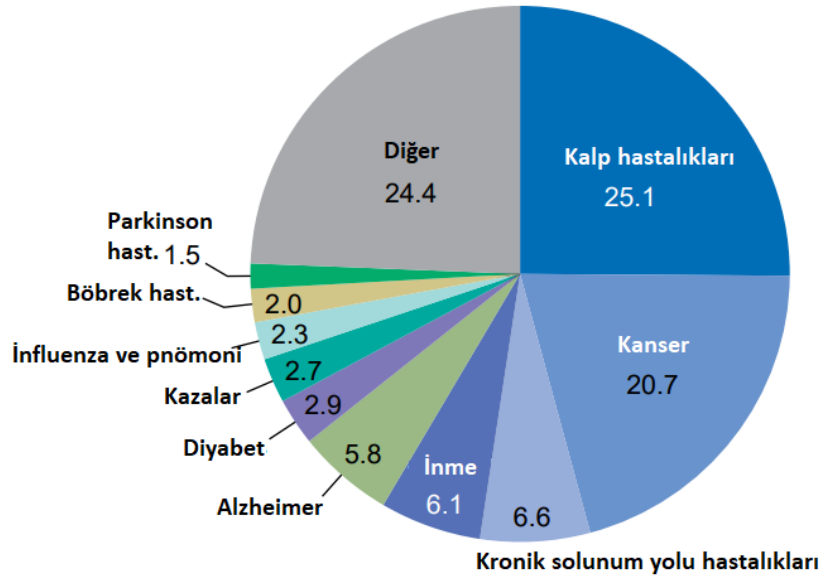


Şekil 18: Ülkelerin gelir grubuna göre 2030 yılı BOH projeksiyonları.

Kaynak: World Health Organization, Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030.(99)

ABD’de, her 10 ölümden 7’si kanser, kardiyovasküler hastalık, kronik solunum hastalığı ve diyabet’e bağlıdır. ABD’de yaşlılarda ölüm sebepleri arasında sırasıyla en sık kalp hastalıkları, kanserler ve kronik akciğer hastalıkları yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde, yaşlı yetişkinlerin% 90’ından fazlasında en az bir kronik hastalık ve % 73’ünde iki veya daha fazla hastalık vardır (101)(Şekil 19).

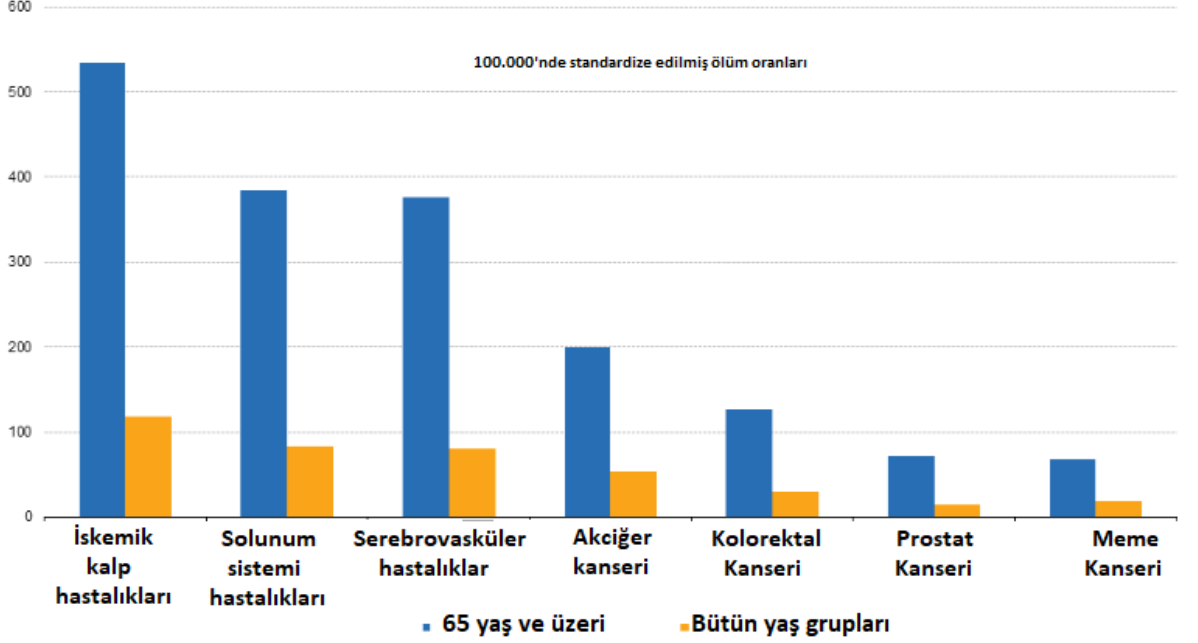
65 yaş ve üzeri bireylerin ölüm nedenleri, ABD, 2017



Şekil 19. 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm nedenleri, ABD, 2017

Kaynak: CDC, National Vital Statistics System, Mortality, 2019(94)

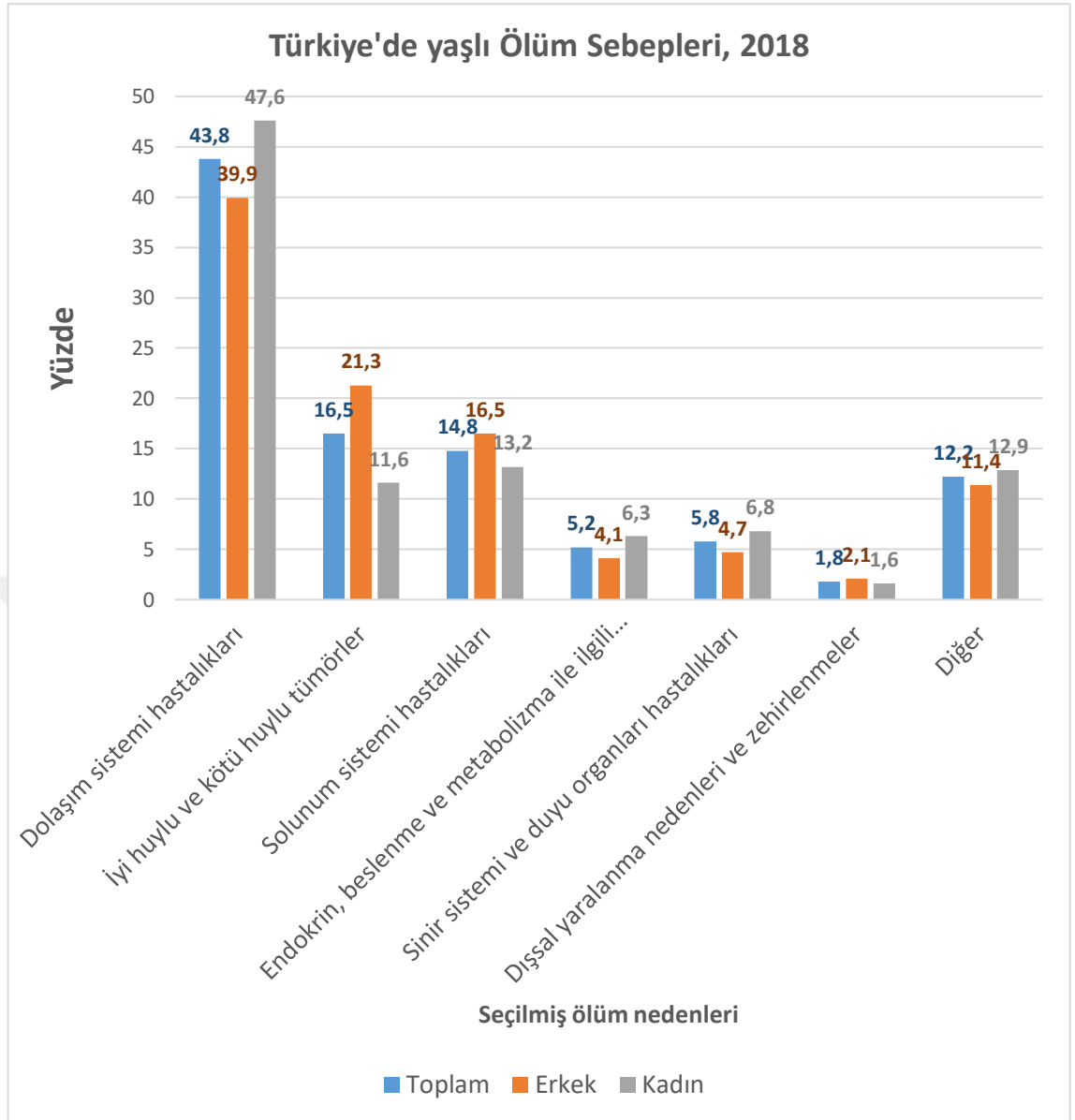
Avrupa’da, yaşlılarda ölüm sebepleri ayrı ayrı incelendiğinde ise iskemik kalp hastalıkları ilk sırada, solunum sistemi hastalıkları ikinci sırada, serebrovasküler hastalıklar üçüncü sırada, akciğer kanseri ise dördüncü sırada yer almaktadır (102)(Şekil 20).



Şekil 20. Avrupa’da ölümlerin temel sebepleri.

Kaynak: Eurostat, 2016(102)

Türkiye’de yaşlılarda ölüm sebeplerine bakıldığında ise gelişmiş ülkelere benzer bir durumun ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de yaşlı ölümü sebepleri arasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada kanserler, üçüncü sırada solunum sistemi hastalıkları, dördüncü sırada ise endokrin ve metabolizma hastalıkları yer almaktadır (Şekil 21)(103, 104).



Şekil 21. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireylerin ölüm nedenleri

Kaynak: TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018(103)

2.7.c Yaşlılıkta ihmal, İstismar ve Şiddet

Yaşlı İstismarı ve İhmali Yaşlı istismarı ilk kez 1975 yılında tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlı istismarı “yaşlı insanlara karşı, herhangi bir güven beklentisi içinde gerçekleşen, sıkıntı ve zarara neden olabilecek bir kez veya tekrarlanan hareket ve davranış eksikliği” dir (105). Araştırmalar yaşlının istismar ve ihmale, en fazla kendi evinde maruz kaldığını, istismarcının ise çoğunlukla eşi ve çocukları olduğunu göstermektedir (106).

Yaşlı istismarı fiziksel, ekonomik, cinsel ve psikolojik (duygusal) istismar olarak dört grupta incelenirken, yaşlı ihmali bireyin kendi kendini ihmal etmesi veya yaşlının çevresindeki kişiler tarafından ihmal edilmesi olarak iki grup altında incelenmektedir (107).

2.7.c.1 İstismar Türleri

Fiziksel İstismar: Yaşlının güvendiği veya bakımından sorumlu olan kişiler tarafından bilinçli bir şekilde yapılan vücuda zarar verme, ağrı verme, fiziksel olarak engel olma, zorla yatakta tutma gibi durumları kapsamaktadır (108).

Psikolojik (Duygusal) İstismar: Yaşlının güvendiği bir kişinin bilerek ve isteyerek yaşlıya ruhsal açıdan acı vermesi psikolojik istismar olarak kabul edilmektedir. Yaşlının ilgi ve destek gibi duygusal ihtiyaçlarının giderilmemesi, küçümsenmesi, yaşlıya sözlü saldırıda bulunulması bu istismar kapsamındadır (108, 109).

Duygusal istismar: Yaşlıların çekingen davranmasına, diğer kişilerle iletişim kurmak istememesine ve sonucunda depresyona yol açabilmektedir. Çoğunlukla beraberinde cinsel ya da fiziksel istismarı da barındırır (110).

Cinsel İstismar: Yaşlının kendi onayı olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır. Utanma veya cezalandırılma durum ve endişeleri nedeniyle yaşlılar tarafından en çok gizlenen istismar türüdür (111).

Ekonomik İstismar: Yaşlının güvendiği kişi tarafından yasal veya yasal olmayan bir biçimde ekonomik koşullarına el konulmasıdır. Yaşlı bireyin mal varlığında nedensiz azalma olması, para getirecek değerli eşyalarının kaybolması, nedensiz yere faturalarını ödeyemeyecek duruma gelmesi gibi durumlar ekonomik istismar belirtileri arasındadır (110).

2.7.c.2 İhmal

Yaşlılarda ihmal, istismara göre daha fazla görülmektedir. Yaşlının yakınları tarafından yaşlının yiyecek, giyecek, ısınma ve tıbbi tedavi gibi ihtiyaçlarını yerine getirmemeleri ya da yerine getirme konusunda isteksiz davranmaları söz konusudur (109, 112). Yaşlının kendini ihmal etme durumu ise kendisine yönelik güvenlik tedbirlerini, tıbbi tedavisini, kişisel bakımını ve beslenme gibi ihtiyaçlarını sağlamada yetersiz kalması veya reddetmesiyle kendi sağlığını ve güvenliğini tehdit edecek davranışlarda bulunmasıdır (108).

2.7.c.3 Yaşlı İstismarı ve İhmali için Risk Faktörleri

Yaşlı istismarı ve ihmali hem yaşlı hem de istismar ve ihmali gerçekleştirenler açısından bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu faktörleri şu şekilde sıralanabilir (106, 109, 111, 112):

Yaşlı Bireye Ait Risk Faktörleri:

- İleri yaşlarda olma,
- Kadın olma,
- Düşük eğitim düzeyi,
- Düşük gelir düzeyi,
- Depresyon varlığı,
- Bağımlılık ve yetersizlik hali,
- Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşama,
- Statü ve güç kaybına uğrama,
- Dul veya boşanmış olma,
- Yalnız yaşama,
- Fiziksel veya mental engelin bulunması.

Kuruma Ait Risk Faktörleri:

- Kurumlarda kalan yaşlıların bakım ihtiyacı,
- Çalışanlara düşük ücret verilmesi,
- Çalışanların yetersiz ya da çok çalışması,
- Çalışanların yaşlı istismar ve ihmali duymaması,
- Çalışanların istismar ve ihmali nasıl bildirecekleri konusunda bilgi yetersizliği.

2.7.c.4 Yaşlıya Yönelik Şiddetin Yaygınlığı

Yaşlıya yönelik şiddetin tanımı “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” (113).

Dünyanın değişik ülkelerinde yapılmış araştırma sonuçlarına göre; yaşlı istismarı ve ihmali Japonya’dan, Güney Kore’ye, İsrail’den, İngiltere’ye, Amerika Birleşik Devletlerine, Kanada’ya, Çin’e ve Hindistan’a kadar çocuk ve kadın istismarı gibi bütün dünya ülkelerini yakından ilgilendiren bir sosyal sorun alanına işaret etmektedir (114, 115). DSÖ’nün raporunda, her 6 yaşlıdan birisinin şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (116). Uluslararası bildirilen çalışmalarda yaşlılarda fiziksel şiddetin %1.6 ile %13.8 arasında değiştiği görülmektedir (90, 117, 118, 119, 120). En sık bildirilen şiddet türleri sırasıyla sözel, psikolojik ve ekonomik şiddettir (112, 118, 121, 122, 123).

2.7.d Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önemi

Kronik rahatsızlıkları olan yaşlıları tedavi etmenin maliyeti yüksek ve artmaktadır. Bu maliyetler hükümetler, aileler ve hatta yaşlının kendisi tarafından

karşlanır. Kronik hastalığı ve fonksiyonel bozukluğu olan kişiler için cepten harcamalar da daha yüksektir (124).

Yaşlı sayısının artması ile BOH'ların da beraberinde artması emeklilik ve sağlık sistemlerini sekteye uğratabilir. Yaşlılarda önleme, erken teşhis ve sağlıklı yaşlanmaya odaklanmak hem sağlık sistemlerine hem de emekli maaşlarına maliyetleri düşürmeye yardımcı olabilir.

Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşarlar, ancak emekli maaşları veya sağlık sigortası gibi sosyal korumaya daha az erişebilirler. Bu durum kadınların sosyal koruma müdahalelerinin ana odağı olması gerektiğini göstermektedir. Birçok kadın da bir bulaşıcı olmayan hastalıktan muzdarip olmanın getirdiği çifte yük ile karşı karşıya kalırken aynı zamanda bulaşıcı olmayan bir hastalığa yakalanan bir aile üyesine bakmaktadır (70).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, risk faktörlerinin yönetimi ve bakımı, hastalık ve ilaç kontrolleri için birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli olduğu gösterilmiştir (78)(Macinko ve ark, 2011). Dünya Sağlık Örgütü, birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımını ve yaşlanma konularının ulusal sağlık planlamasına dâhil edilmesini teşvik etmektedir.

2.8 Yaşam Kalitesi

2.8.a Yaşam Kalitesi Genel Tanımı ve Yaşam Kalitesi Ölçümü

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki yerini algılaması şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca yaşam kalitesi; bireylerin olmasını istediği ile gerçekte sürdürebildiği yaşam koşulları arasındaki denge sistemidir (125). Yaşam kalitesi, bireyin beden, ruh ve sosyal hayatına etki eden pek çok faktörü kapsamaktadır (24).

Yaşam kalitesi (YK), genel yaşam kalitesi veya sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olarak ayrılabilir. Genel yaşam kalitesi, sağlık problemleri olmaksızın refah ve mutluluk durumlarını içeren genel bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bireyin sağlığına etki edebilecek fiziksel, zihinsel ve sosyal belirtilerin yanı sıra hastalıklardan kaynaklanan kısıtlamaları da göz önüne alan çok boyutlu bir kavramdır (126).

Araştırmacılar, sağlık sonuçları da dâhil olmak üzere yaşamın çeşitli yönlerinin çok boyutlu değerlendirmesini bir araya getiren özet bir terim olarak YK'yi kullanırlar. Bu şekilde kullanıldığında, YK, ya tek bir skor halinde özetlenir ya da YK'nin farklı bileşenlerini veya etki alanlarını yansıtan bir dizi puanla gösterilir.

Yüzlerce HRQOL ölçümü mevcuttur, bazıları genel sağlıkla ilgili YK'yi bir kısmı da belirli bir hastalık grubundaki YK'yi ölçer. Her yaştan yetişkinleri değerlendiren bazı yorumcular, HRQOL'in üzerinde uzlaşılan alanlarının fiziksel sağlık ve işlevsellik,

duygusal sağlık, bilişsel işlev, sosyal işlevsellik, ii verimi, cinsel işlevsellik ve yaşam doyumu olduğunu belirtmektedir.

HRQOL'in çeşitli sürümleri sıklıkla YK'yi ölçmek için kullanılmaktadır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (WHO), çok çeşitli fiziksel, işlevsel, psikolojik, sosyal öğeleri (WHO, WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. 1999) içeren 28 maddelik bir anket olan WHOQOL'i oluşturmuştur. Benzer şekilde SF-36 ölçeği de HRQOL'deki maddelerin sayıları azaltılarak oluşturulmuştur; bu HRQOL'in daha kısa bir formudur. EuroQol ise HRQOL'i beş maddeye indirir: hareketlilik, öz bakım, günlük faaliyetler, ağrı ve anksiyete / depresyon(127).

Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçen ölçeklerden olan WHOQOL-AGE ise, sekiz soru EUROHIS-QOL ölçeğinden ve beşi WHOQOL-OLD'dan oluşan, her maddesi 5 puan üzerinden değeriendirilen ölçektir (128, 129, 130).

2.8.b Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Her ne kadar doğuştan beklenen yaşam süresi, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli bir ölçüt olsa da, yaşlılık sürecinin ne kadar sağlıklı ve aktif bir şekilde sürdürüldüğü konusu son yıllarda önem kazanmıştır. Bu nedenle araştırmacılar özellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yüksek seviyede tutulması gerektiğini belirtmişlerdir (131).

Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üstü bireylerin sağlıklarının öncelikle korunmasını ve ardından da geliştirilmesini amaçlamıştır. Bu yönden de yaşlıların sağlıklı yaşam sürmeleri hedeflenmiştir. Yaşlılardaki sağlıklı yaşam beklentisi, hastalığın olmayışı, fiziksel hareketliliğin var olduğu ve bilişsel aktivitelerini yerine getirilebildiği faktörler olarak da tanımlanabilmektedir (132).

Birçok Avrupa ülkesinde Halk Sağlığı politikaları, öncelikli olarak yaşlıların toplumda fiziksel olarak bağımsız ve iyi bir yaşam kalitesine sahip olarak yaşamasını sağlamayı hedeflemektedir (133).

Yaşam kalitesi en çok yaşlılık sürecinde düşer. Bu süreçte yaşlı bireyin, beden sağlığındaki bozulmalar, sakatlıklar ve hareket kısıtlılıkları, günlük fiziksel aktivite düzeyinin azalması, görme ve işitme problemleri ve uyku problemleri yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (21, 134). Hareket ve görme kabiliyetindeki azalma ile yaşanan sakatlanmalarda artış yaşanmakta bu durum 65 yaş üstü bireylerin %50 sine yakınıni etkilemektedir (45). Alzheimer ve demans türleri de yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerdendir(21).

Anjinal ağrı, üriner inkontinans, sakatlıklar, zihinsel problemler ile görme yetersizlikleri sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değeriendirilmesinde bireyin yaşam kalitesini en fazla etkileyen durumlardandır(135) .

Ayrıca yaşlıların en sık karşılaştığı problemlerden biri olan düşmeler ve düşme sonrasında yaşanan problemler yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden düşmelere neden olan risk faktörlerinin azaltılması hedeflenmelidir (136).

Yaşlının yaşamında manevi desteğin az olması, üretkenliğin azalması, yeti yitimleri, kendini işe yaramaz hissetmesi, daha önce yapabildiği aktiviteleri yapmakta zorluk yaşama da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (135).

Yaşlının hayatını sürdürdüğü ortamların olumsuz çevre şartları, beslenme ihtiyacını karşılamasındaki güçlük, sosyal ilişkilerinin bozulması, eş ölümü veya çocukların evden ayrılması ile oluşan yalnızlık, kişisel ihtiyaçlarını karşılamasındaki güçlük gibi nedenler de yaşam kalitesine olumsuz yönde etki etmektedir (135).

Bütün bunlarla birlikte, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik de yaşlının yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ile ilgilidir (45).

2.8.c Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi

Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin yaşam kalitelerinin %60'ının sağlıklı yaşam tarzı davranışlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Yaşlı bireylerde hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının iyileştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu kapsamda yaşlılar için sağlıklı yaşam tarzı davranışları belirlenmeli ve buna yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemler alınmalıdır (137).

Yaşlılarda yaşam kalitesini arttıran pek çok faktör bulunmaktadır (20, 25, 126, 138, 139, 140, 141):

- Ekonomik özgürlüğe sahip olması,
- Aktif yaşlanma yaşaması,
- Boş zaman aktiviteleri edinmesi,
- Sosyal ilişkilerinin sağlıklı olması,
- Özel alanı olması ve birlikte yaşadığı kişilerce buna saygı gösterilmesi,
- Sağlık güvencesinin bulunması,
- Sağlık hizmetlerinden her istediği anda faydalanabilmesi,
- Herhangi bir kronik hastalığının bulunmaması
- Bedensel bir sakatlığı olmaması,
- Kendini yeterli görmesi,
- Sürdüğü yaşamdan memnun olması gibi faktörlerdir.

Düzenli egzersiz yapan yaşlıların yapmayanlara göre yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla yaşlılarda yaşam kalitesini daha yüksek seviyelerde tutmak için fiziksel aktivite ve egzersizin bir yaşam şekli haline dönüştürülmesi gerekir (139, 142).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak için aktif yaşlanma programlarını düzenlenmelidir. Aktif yaşlanma programları içerisinde çevrenin fiziki koşulları da yaşlıların aktif kullanabileceği hale getirilmelidir(143).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerin başında gelen hastalıklarla mücadele edebilmek için yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşması sağlanmalıdır. Sağlık merkezine ulaşamayan yaşlılar için ise evde bakım yapılmalı, yaşlının gereksinimleri belirlenmeli ve soruna yönelik tedaviler uygulanmalıdır. Yaşlı bireylerin sağlıklarını sürdürebilmek ve geliştirmek amacıyla birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları koordineli çalışmalı ve yaşlının tam bir iyilik haline gelmesi sağlanmalıdır (139). Sağlık kuruluşlarında, yaşlılarda yaşam kalitesini geliştirmek amacıyla hastalıkların erken dönemde tespitleri ve bu yönde taramalar da yapılmalıdır (143).

Yaşlıların yaşam tarzı alışkanlıkları da yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir. Özellikle yaşlılarda sağlığı olumsuz etkileyen yanlış beslenme koşulları, alkol ve sigara kullanımı gibi risk faktörlerinin engellenmesi ya da kontrol altına alınması ile yaşam kalitelerinde iyileşmeler sağlanabilir (139).

2.9 Yaşlılıkta Koruyucu Hekimlik İlkeleri

Yaşlılar arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma ve destek hizmet ihtiyaçları artmaktadır. Artan nüfus büyüklüğü ve yaşlılardaki komorbidite sayısı nedeniyle, sağlık ihtiyaçlarını sadece bireysel bir hastalık veya duruma bağlı olarak ele almak gerçekçi değildir; bu nedenle sürdürülebilir, basamaklı ve çok yönlü yaklaşım gereklidir(144). Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve patolojik durumlar ile önlenabilir ve kontrol altına alınabilir durumlar için temel düzeyde koruyucu ve geliştirici yöntemler halk sağlığının temel yaklaşım tarzıdır. Temel düzeyde sağlığın belirleyicilerinden olan fiziksel aktivite, algılanan sosyal destek, stres, depresif belirtiler, biliş ve yalnızlık gibi durumların öncelenmesi ana hedeftir. Bu durumlar kontrol altına alınabildiğinde, sağlığı olumlu öz değerlendirme durumunda artış, tıbbi hizmetlerin kullanımında, harcamalarında ve mortalitede azalış gerçekleşir(145).

2.9.1 Yaşlılarda hastalık ve sakatlıkları önleme kategorileri

Önleyici tıp veya koruyucu tıp, ortaya çıkmasını [birincil önleme], ilerlemeyi [ikincil önleme] ve komplikasyonları [üçüncül önleme] önleyerek hastalık yükünü azaltmaya adanmış bilimdir (146). Üç basamaklı temel yaklaşım, 2000'lerde güncellenerek altıya çıkarılmıştır. Yaşlılıkta kırılganlığın önlenmesi, kazaların önlenmesi ve tıbbi komplikasyonlara bağlı durumların önlenmesi eklenmiştir (Bk tablo 6).

Tablo 6: Yaşlılarda hastalık ve sakatlıkları önleme kategorileri

A. Birincil Önleme	Hastalıklara neden olabilecek risk faktörleri hastalık başlamadan önce ortadan kaldırılarak veya azaltılarak müdahale edilir
B. İkincil Önleme	Hastalık, erken bir aşamada saptanır ve tedavi edilir, morbidite ve mortaliteyi en aza indirir (erken tanı)
C. Üçüncül (Tersiyer) Önleme	Daha fazla fonksiyon kaybını önlemek amacıyla kronik bir hastalık yönetilir. Hastalığa özgü uygulama kılavuzları ve protokolleri hastalık yönetilir
D. Kırılganlığı Önleme	Bireyi stres durumlarından sakatlığa yatkın hale getiren psikolojik sebeplerin önlenmesi veya azaltılmasını içerir
E. Kazaları Önleme	Düşme, evdeki tehlikeler ve araç kullanma gibi faktörlerden kaynaklanabilecek kazaları ve yaralanmaları önlemeyi içerir
F. İyatrojenik Komplikasyonların Önlenmesi	Yüksek risk altındaki hastaları tanımlamak ve uygun tedaviye karar vermeyi içerir

Kaynak: Preventive Geriatrics, Geriatrics Review Syllabus, 1999-2001 (147)

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin ayrılmaz kapsamı, birincil, ikincil ve üçüncül önleme programlarının aktif işleyişi, tanımlanmış sağlık ihtiyaçlarının ve fonksiyonel sakatlıklarının izlenmesi, araştırılması ve değerlendirilmesidir(148). Yaşlılara yönelik koruyucu hekimliğin basamaklı verilmesi süreci teşvik eder ve destekler. Sağlıklı yaşlanma programının uygulanmasının temeli, koruyucu sağlık önlemlerinin etkili bir sağlık programlarıyla desteklenmesi ve bireyin olumlu sağlık davranışları ile bunları gerçekleştirmesidir (149) .

2.9.2 Yaşlılar İçin Önleyici Programların Uygulanması

Halk sağlığı yönetimi yaşlılar için birincil, ikincil ve üçüncül önleme programının uygulanmasını ve değerlendirilmesini sağlar (148).

İzleme programları, yaşlıların sağlık ihtiyaçlarının ve işlevsel yeteneklerinin araştırılması ve değerlendirilmesidir (145). Yaşlılar için temel sağlık yönetimi, birinci basamak sağlık kurumları, gerontoloji merkezleri, yaşlılara yönelik sağlık merkezleri, yaşlı ve bakım evleri, geriatrik hastaneler, geriatrik hastalar için gündüz bakım hastaneleri, yaşlılar için günlük bakım merkezleri, mesleki tedavi iyileştirme merkezleri ve yaşlılar için dernek ve kulüpler aracılığı ile sürdürülebilir (145).

Yaşlılıktaki bağımlılık çoğunlukla hastalıktan kaynaklanır. Birincil korunmanın uygulanması, fonksiyonel kapasiteyi önleyerek ve yaşlılarda en sık görülen sağlık bozukluğunu yani aterosklerotik süreci (KVH, DM, HT gibi) önleyerek orta yaşta patolojik yaşlanmayı önlemeye katkıda bulunur (150).

2.9.3 Yaşlılar İçin İlk Önleme Önlemleri

Yaşlılar için birincil önleme, sadece erken yaşta ölümün önlenmesini değil, aynı zamanda yaşlılıkta fonksiyonel yeteneğin korunmasını sağlar. Aile hekiminin rolü öncelikle sağlık eğitimi ve danışmanlığı ile daha az ölçüde teşhis ve tedavi hizmeti anlamına gelir(150).

Sağlık eğitimi, ileri yaşta en uygun sağlık durumunu ve fonksiyonel yetenekleri korumak için çok önemlidir ve bireyin sağlık davranışlarına yönelik tutum ve davranışları ile bunlara yönelik tüm bilgi ve becerilerini ifade eder (148).

Öncelikle yaşlanma sürecinde sürekli fiziksel ve zihinsel aktiviteyi içeren birincil önleme tedbirleri mümkün olduğunca erken başlatılmalıdır (150).

Birincil korunma önlemleri şunları içerir (145, 147, 148, 151):

1. Yaşlıların ve ailelerinin yaşlılığa hazırlığı ve yaşlılığın kendilerine anlatılması, ileri yaşta yaşam ve emeklilik konularında sağlık eğitimi;
2. Patolojik yaşlanma için risk faktörlerinin tanımlanması;
3. Yaşlılarda olumsuz sağlık davranışlarının tanımlanması (uygun olmayan kişisel hijyen ve çevre hijyeni, fiziksel hareketsizlik, zihinsel hareketsizlik, mesleki tedaviye uyumsuzluk, obezite, alkolizm, sigara içilmesi, hekimin talimatlarına uymama, makul olmayan ilaç tedavisi, güneş ve soğuk maruziyeti);
4. Kişinin kendi sağlığı ve işlevsel yeteneği için kendi sorumluluğunu teşvik etmek;
5. Yaşlılara uygun Akdeniz diyeti kullanımı ve sağlıklı gıdaların uygun hazırlanması hakkında eğitim;
6. Yaşlıların sağlık hizmetlerinde yer alan çeşitli sağlık profesyonellerinin sigara içme alışkanlıklarının caydırılması;
7. Alkolizmin ve diğer katkıların önlenmesi için önlemler;
8. Zihinsel bozuklukların önlenmesi için önlemler;
9. İlaçların, vitaminlerin ve minerallerin kullanımı hakkında bilgilendirme, izlem ve yaşlılara hastalıklara karşı önleyici yöntemler konusunda danışmanlık, sürekli sağlık eğitimi;
10. Tüm yaşlı bireylerin aşılması (bölgeye ve risk faktörlerine göre aşılar değişebilir) (influenza epidemisi sırasında 65 yaş ve üstü tüm bireylerin aşılması,

yaşlı ve huzurevlerinde, 60 yaşında tetanoz aşısı ve 60 yaşında tetanoz aşısı olan tüm kişilerin pnömokok pnömonisi aşısı vb);

11. Yaşlıların sağlık eğitimine yönelik basılı materyallerin (ana hatlar, broşürler, el kitapları, bilgisayar ve görsel-işitsel sunum vb) materyallerin hazırlanması.

Koruyucu sağlık önlemlerini ve prosedürlerini planlamanın ve gerçekleştirmenin tek nesnel yolu, yaşlıların sağlık bakımı ihtiyaçlarının ve işlevsel yeteneklerinin izlenmesi, tanımlanması, araştırılması, değerlendirilmesi ve raporlanmasıdır (150).

2.9.4 Yaşlı İçin İkincil Önleme Tedbirleri

Yaşlıların sağlık hizmetlerinde ikincil koruyucu önlemlerin uygulanmasının amacı, yaşlılarda henüz tam olarak ortaya çıkmamış bir hastalığın zamanında tespiti ve yönetimi, böylece öncelikle komplikasyonların gelişmesini ve hastalığın ilerlemesini önlemektir (152).

İkincil önleme, pratisyen / aile doktoru ofisinde ya da yaşlılara temel sağlık hizmeti veren kurumlarda gerçekleştirilebilir. Yaşlılar için temel koruyucu sağlık önlemleri programı ön ayarına göre önceden riskleri belirlenmiş, hedefli, sistematik bir şekilde ve testler yoluyla gerçekleştirilir. İkincil korunma önlemleri aşağıdakileri içerir (145, 150, 151, 152):

- Görme bozukluklarının erken tespiti,
- İşitme bozukluklarının erken tespiti,
- Zihinsel bozuklukların erken tespiti (alzheimer hastalığı, g30),
- Nörolojik bozuklukların erken tespiti; 65 ve 75 yaşlarında hedeflenmiş önleyici görme testi ile görme, duyma ve koku alma bozuklukları; ve diş ve protez tedavisi;
- Diyabetin erken tespiti;
- Hipertansif kalp hastalığının erken tespiti;
- Gastrointestinal patolojinin erken tespiti (digito rektal muayene, gizli kan testi);
- Lipit profili tayini, hiper lipidemi ve aneminin erken tespiti ve vitamin-mineral durum değerlendirmesi;
- Kas-iskelet sistemi hastalıklarının erken tespiti (m80 ve m81 kayıtları ile osteoporozun önlenmesi);
- 65 yaşında yumurtalık malignitesinin erken tespiti (doppler ultrasonografi);
- Yaşlı kadınlarda menopoz (n95) ve diğer jinekolojik hastalıklara ve yaşlı erkeklerde andropozun neden olduğu sağlık bozukluğunun erken tespiti ve kayıtları;

- Üriner sistemdeki patolojik değişikliklerin erken tespiti ve kayıtları (örn., iyi huylu ve habis prostat lezyonları, idrar kaçırma (r52) ve diğer idrar zorlukları);
- Gerekğinde balgam bakteriyolojisi ve akciğer röntgeni (65 yaşından büyük tüm insanlarda 3 yılda bir).

2.9.5 Yaşlı İçin Üçüncü Önleme Tedbirleri

Yaşlı hastalar için üçüncül önleme, esas olarak hastalık komplikasyonlarına ve hastalıklı yaşlıların fiziksel ve zihinsel ayrışmasının önlenmesine yöneliktir. Fonksiyonel yeteneklerinin korunması ve geliştirilmesi hedeflenmektedir (147).

Üçüncül koruyucu sağlık önlemleri, öncelikle yalnız yaşayan yaşlı hastalara odaklanır; özellikle bağımlı olan (GYA) bu grupta, inkontinans, dehidratasyon ve yataklı durumda ciddi sağlık bozulmaları meydana gelebilir. Bu önleyici tedbirlerin uygulanması, uzun süreli hareketsizlik (dekübüs, hipostatik pnömoni, kas atrofisi, tromboflebit, ödem, kontraktürler, vertigo ve anemi) ile ilişkili komplikasyonların azaltılmasını sağlayabilir (150).

Genel / aile hekimliği düzeyinde yaşlılar için birincil, ikincil ve üçüncül önleme programının uygulanması, patolojik yaşlanmanın önlenmesi ile yaşlılarda fonksiyonel yetenek ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kilit rol oynamaktadır (148, 152).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırma Bölgesi

Balıkesir ili Anadolu'nun Kuzeybatısında, Marmara Bölgesi'nin Güney Marmara Bölümü'nde, topraklarının bir kısmı ise Ege Bölgesi'nde yer alır (153)(Şekil 22).

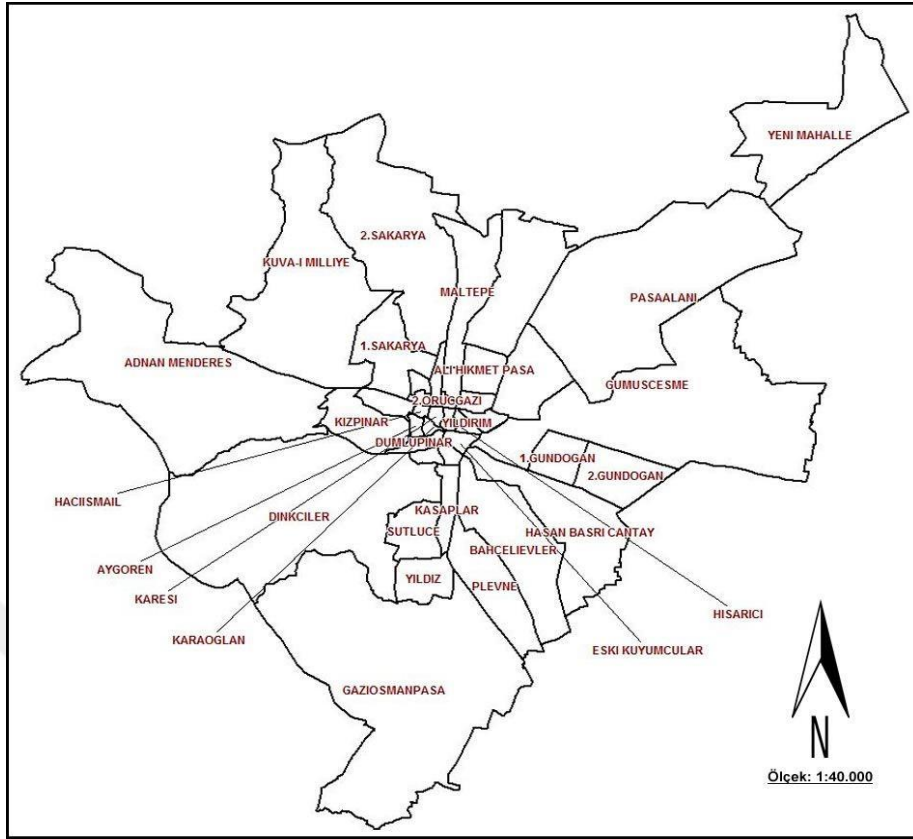


Şekil 22. Balıkesir il haritası

Kaynak: Balıkesir İli Kültür ve Turizm Müdürlüğü, Fiziki Özellikler, 2014(153).

Balıkesir ili, 12.11.2012 tarihinde çıkan 6360 Sayılı On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile büyükşehir statüsü kazanmıştır(154). Bu yasaya göre Balıkesir il sınırları içerisinde yer alan köyler mahalle statüsü almış ve buralarda yaşayan tüm nüfus da kentsel nüfus olarak kabul edilmiştir. Bu durum mülki ve idari bir durum olup, coğrafi bir durum değildir.

20 ilçesi ve 904 köyü bulunmaktadır. Merkez ilçeler en çok nüfusa sahip ilçelerdir ve toplam nüfusları 364 370'dür(53) (Tablo 7). Merkez ilçelerde il merkezini oluşturan kentsel özellikte 37 mahalle vardır (Şekil 23)(153).



Şekil 23. Balıkesir il merkezi mahalleleri

Kaynak: Balıkesir Balıkesir İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2009; Aydın ve Çalışkan, 2019(153, 155)

Balıkesir sahil ilçeleri özellikle emeklilerin yaşamak için tercih ettiği yerleşkelerdendir. Özellikle emeklilik döneminde olan bireyler Balıkesir'e göç etmektedirler. Toplam aldığı göç içerisinde yaşlı göç oranının en yüksek olduğu il sıralamasında Türkiye'de (%11) dördüncü sırada bulunmaktadır (57). Bu sebeple ilde artan yaşlı nüfusa katkısı olmaktadır. Genç nüfusu diğer illerden gelen üniversite öğrencileri ve askeri birliklerde yaşamakta olan askerler oluşturmaktadır.

Tablo 7. Balıkesir İlçe Nüfusları

İlçe	Toplam Nüfus	Erkek %	Kadın %	65 Yaş ve üzeri Nüfus*	Yaşlı Nüfus Yüzdesi*
Karesi	183 084	%48.66	%51.34	19 725	10.9
Altıeylül	181 286	%50.37	%49.63	19 198	10.6
Bandırma	156 787	%50.55	%49.45	18 182	11.8
Edremit	155 837	%49.40	%50.60	24 499	15.9
Gönen	74 183	%49.83	%50.17	11 092	17.6
Ayvalık	70 720	%49.32	%50.68	12 700	17.9
Burhaniye	60 490	%51.00	%49.00	9 172	15.1
Bigadiç	49 926	%51.19	%48.81	7 539	15.1
Susurluk	38 704	%49.42	%50.58	6 480	16.6
Dursunbey	35 122	%49.11	%50.89	7 136	19.9
Sındırgı	33 253	%48.29	%51.71	8 747	25.8
İvrindi	32 492	%49.97	%50.03	6 499	19.9
Erdek	32 120	%50.55	%49.45	6 527	19.8
Havran	27 857	%50.08	%49.92	3 966	14.3
Kepsut	23 142	%55.05	%44.95	4 674	20.2
Manyas	18 936	%49.23	%50.77	12 572	22.2
Savaştepe	17 844	%49.84	%50.16	3 188	17.5
Gömeç	14 175	%50.17	%49.83	2 442	17.6
Balya	12 932	%49.83	%50.17	3 875	29.5
Marmara	9 730	%53.68	%46.32	1 690	17.1
Toplam	1 228	%49.93	%50.07	181 623	15.2

*2018 verileridir.

Kaynak: TÜİK ADNKS 2019(53)

65 yaş ve üzeri nüfus Türkiye nüfusunun %9.1'lik bölümünü oluşturmaktadır (57). Balıkesir'de ise nüfusun %15.2'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Türkiye'de yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu dördüncü il Balıkesir'dir.

Ortanca yaş Türkiye genelinde 32.4 iken Balıkesir'de 40.2'dir. Balıkesir Türkiye'nin yaşlı şehirlerinden olup Sinop ilinden sonra ortanca yaşı en yüksek olan ikinci ilidir (57).

Balıkesir'in yaşlı nüfus oranı en az olan yerleşim yerlerini il merkezi ve Bandırma oluşturmaktadır. Bu ilçeler aynı zamanda ilin en yüksek nüfuslu yerleşim yerleridir. Yaşlı nüfusun en yüksek yüzdeye sahip olduğu ilçeleri ise Balya, Sındırgı, Kepsut, İvrindi ve Erdek oluşturmaktadır (53)(Tablo 7).

3.2 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir epidemiyolojik araştırmadır.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Balıkesir'in Merkezi ilçelerinden olan (Altıeylül ve Karesi) Altıeylül ilçesinde, Ocak 2020 döneminde yürütülmüştür.

3.4 Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı

Bu çalışmada ile yaşlılığın getirdiği psikososyal sorunların, morbidite ve mortalitenin önceden ön görülmesi ve ilgili kurum/kuruluşların bilgilendirilmesi ve gerekli önlemlerin koordineli olarak alınması hedeflenmiştir.

Bölgemizde yaşlıların tıbbi ve sosyal sorunlarını inceleyen toplum tabanlı bir çalışma olmaması ve Türkiye'de de bu konuda saha tabanlı sınırlı sayıda çalışma olması ile birlikte hızla artan nüfusun beklenen yaşam sürelerinin de artması, erken tanınamayan yaşlı sorunlarının maliyeti arttırması çalışmamızın gerekçelerindendir.

Bu çalışma, Balıkesir il merkezinde Altıeylül ilçesinde ikamet eden 65 yaş ve üstü bireylerin tıbbi ve sosyal sorunlarını ile yaşam kalitesi düzeyini ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

3.5 Araştırmanın Yakın ve Uzak Hedefleri

Çalışmanın Yakın Hedefleri:

- Yaşlıların birinci basamak sağlık hizmet kullanımı ile sağlık durumlarının ilişkisi ve mahallelere göre haritalanması
- Mahalleler bazında medikososyal haritalama çıkarılması, sağlık kurumları ile çevresel etkileyicilerin raporlanması
- Öncelikli hizmet grubunun sosyodemografik özelliklere göre tanımlanması

Çalışmanın Uzak Hedefleri:

- İl merkezi yaşlı haritası için çalışmanın Karesi ilçesine de uygulanması
- Yüksek riskli ve öncelikli kesimin tanımlanmasından sonra o gruba özgü planlama ve politikaların oluşturulması
- Birinci basamak sağlık kurumlarında yaşlılara yönelik izlemlerin teşvik edilmesi
- Yaşlılara yönelik çevre düzenlemesi
- Yaşlıların aktif katılım sağlayabileceği sürdürülebilir organizasyonların yapılması

3.6 Araştırma Evreni ve Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini; Balıkesir Altıeylül ilçesinin kentsel ve yarı kentsel bölgede (kırsal mahalleler hariç) yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Altıeylül ilçesinin toplam nüfusu 2018 yılında 181 209'dur. Kırsal mahalleler (köyler) dışında il merkezinin kentsel bölümünü oluşturan nüfus ise 133 363'dür. Altıeylül ilçesinin yaşlı nüfus oranı 2018 yılında %10.6 olduğundan araştırma evrenini 14 137 yaşlı birey oluşturmaktadır(53).

Araştırmanın örnek büyüklüğü hesaplanırken, Epi Info 7.2 programı kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenini yaşam kalitesi oluşturmaktadır. Bu nedenle örnek büyüklüğü için yaşam kalitesi oranları araştırılmıştır. Uluslararası yapılan çalışmalarda düşük seviye yaşam kalitesi prevalanslarının ortalaması %20,6 olarak bulunmuştur (Tayland %11.8; Brezilya'da %18.0 ve yine Brezilya'da %32.0 (20, 140, 156)). 14 137'lik evren, %20.6'lık prevalans, %4 düzeyinde sapma, 1.4'lük desen etkisi ve %5 hata payı ile minimum 535 yaşlı bireye ulaşılması hedeflenmiştir.

Altıeylül ilçesinin merkezinde 12 mahalle yer almaktadır. Her mahalleden nüfus yüzdesine göre veri toplanmıştır (Tablo 8)(53).

Tablo 8. Balıkesir Altieylül Mahalle Nüfusları ile Yaşlı Nüfus Yüzdeleri ve Ulaşılan Yaşlı Sayıları

Mahalleler	Toplam Nüfus	Yaşlı Nüfusu	Yaşlı Nüfus Yüzdesi*	Hedef Yaşlı Nüfusu**	Ulaşılan
Bahçelievler	39 845	4 223	%29.9	154	160
Plevne	17 498	1 855	%13.1	72	76
Hasan Basri Çantay	11 796	1 250	%8.8	47	48
2. Gündoğan	11 346	1 203	%8.5	46	47
Gümüşçeşme	8 751	928	%6.6	35	38
Sütlüce	8 356	886	%6.3	34	35
1. Gündoğan	7 603	806	%5.7	30	30
Dinkçiler	7 206	764	%5.4	28	29
Gaziosmanpaşa	7 183	761	%5.3	28	30
Kasaplar	5 949	631	%4.5	24	28
Yıldız	5 293	561	%4.0	20	24
Altieylül	2 537	269	%1.9	10	11
Toplam	133,363	14,137	100	535	556

*ADNKS'ye göre Altieylül'de yaşamakta olan toplam yaşlı sayısına göre yüzde hesaplanmıştır.

**Ağırlıklandırma işlemi sonrası küsuratlı sayılar tam sayılara çevrilmiştir.

Altieylül'ün il merkezi sınırları içerisinde 10 ASM yer almaktadır. Her birinde, sayıları bir ile sekiz arasında değişen aile hekimi bulunmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Balıkesir Altieylül ilçesinin merkezi ASM'leri ve birim sayıları

ASM No	Mahalle	Birim Sayısı
1 Nolu	Hasan Basri Çantay	8
2 Nolu	Gaziosmanpaşa	4
3 Nolu	Gümüşçeşme	4
4 Nolu	Plevne	5
5 Nolu	Dinkçiler	6
6 Nolu	2. Gündoğan	6
14 Nolu	Bahçelievler	2
17 Nolu	Hasan Basri Çantay	1
18 Nolu	Sütlüce	2
19 Nolu	Bahçelievler	5

Kaynak: Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı, 2020

3.7 Veri Toplama

Araştırmanın saha çalışması, 09.01.2020-22.01.2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Saha çalışmasından önce çalışmanın amacı, anketlerin uygulanması ve bilgisayara veri aktarımı hakkında anketörlere üç günlük teorik ve pratik eğitim verilmiştir. Eğitimlerde çalışmanın amacı, çalışmadan elde edilecek bilimsel yararlar,

Çalışmanın nasıl uygulanacağı konusunda araştırmacı ve ğretim üyesi tarafından bilgi verilmiştir. Bu konuda da ğretim üyesi ve araştırma görevlisi tarafından 1 günlük eğitim verilmiştir.

Her bir ASM'den kura çekme yöntemi ile rastgele bir birim seçilmiştir. Her birimden başlangıç haneleri için rastgele altı adet adres alınmıştır. Bununla birlikte altı adet de yedek adres alınmıştır. Yerleşkesinde ASM olmayan mahallelerden (Kasaplar, Altıeylül, Yıldız, 1. Gündoğan) veri toplanabilmesi için altı adet adres içerisinde birinin bu mahalleleri içermesi sağlanmıştır.

Küme büyüklüğü 60, küme sayısı 10 olarak belirlenmiştir. 15 kişiden oluşan veri toplama grubu 7 gruba ayrılarak veri toplamaya başlamışlardır. Her gün bir ekip bir kümeden veri toplamıştır.

Araştırmada çok aşamalı küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Her sokak için Aile Sağlığı Merkezleri'nden (ASM) başlangıç haneleri alınmıştır. Başlangıç hanesinden itibaren ikişer ev atlamak suretiyle veri toplanmıştır. Evde kimsenin olmaması ya da çalışmanın kabul edilmemesi durumunda bir ev atlanmıştır. Sokak sonlarında hangi yöne gidileceği ise yazı tura atılarak belirlenmiştir. O anda evde bulunmayan adreslere tekrar gidilmiş yine ulaşılamazsa yedek küme başları kullanılarak örneklem tamamlanmaya çalışılmıştır. Hanede birden fazla yetişkin olması durumunda doğum tarihi o güne en yakın olana araştırma anketi uygulanmıştır.

Veriler; yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama yöntemi olarak literatüre dayalı olarak önceden oluşturulmuş anket kullanılmıştır. Veri toplamadan önce, yaşlı bireyin kognitif fonksiyonlarının yeterli olup olmadığını ölçmek üzere Mini-Mental Test yapılmıştır.

Veri toplama işlemi sırasında, her gün sonunda toplanan anketler araştırmacının kendisi tarafından önceden hazırlanmış olan veri tabanına işlenmiş ve günlük veri kontrolü yapılarak yanlış ve eksik girilen bilgiler aynı gün içinde düzeltilmiştir.

Evde bulunanlar için, çalışmayı kabul oranı %55 bulunmuştur. Çalışmanın kabul edilmediği hanelerde bir ev atlanarak yandaki haneden ya da daireden veri toplamaya devam edilmiştir. Bir küme bir günde 10'a tamamlanana dek veri toplama işlemi sürdürülmüştür. Evde bulunamayanlara ikinci bir kez daha gidilmiştir. Bununla birlikte, veri temizliği ve denetiminde eksik, çelişkili ve hatalı olduğu görülen 44 anket çalışmadan çıkarılmıştır.

3.8 Veri Toplama Araçları

Veriler yüz yüze anket kullanılarak toplanmıştır. Veriler literatüre dayalı oluşturulmuş farklı özellikteki sorularla birlikte içerisinde yer alan ölçeklere dayalıdır.

Anket içerisinde;

- Sosyodemografik bilgiler (15 soru),
- Ev tipi ve özellikleri (6 soru)
- Sağlık durumu ve sağlık hizmet kullanımı (15 soru)
- Antropometrik ölçümler (2 soru),
- Alışkanlıklar, beslenme ve uyku durumu (7 soru),
- Düşme ile ilgili sorular (9 soru)
- Günlük ilişkiler, genel memnuniyet ve şiddet (6 soru)
- Mali bağımsızlık (3 soru)
- Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL AGE)
- KATZ Bağımsızlık Ölçeği
- WHO-5 İyi Hali İndeksi

yer almaktadır.

3.8.1 Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1.a Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları oluşturmaktadır.

- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (WHOQOL AGE)
- Yaşam Memnuniyeti (WHOQOL AGE-Boyut 1)
- Beklentilerin Karşıllanması (WHOQOL AGE- Boyut 2)

3.8.1.b Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler:

Mahalle: Altıeylül ilçesinin hangi mahallesinde ikamet ettikleri sorulmuştur. Altıeylül mahallesinin kent merkezini oluşturan yerleşkesinde kentsel ve yarı kentsel özellik gösteren mahalleler için gruplandırma yapılmıştır.

Yaş: Açık uçlu olarak sorulmuştur. Yeniden kodlanarak kategorik hale getirilmiştir.

Cinsiyet: Erkek ve kadın olarak seçenekleri ile sorulmuştur.

Medeni durumu: Bekâr, evli/evli gibi, evli fakat ayrı yaşıyor, boşanmış ve eşi ölmüş seçenekleri ile sorulmuştur. Kodlamada, evli olanlar bir grup; bekâr, eşi ölmüş ve boşanmış olanlar ise diğer grubu oluşturmuşlardır.

Kilo ve boy: En son ne zaman tartıldıkları sorulup kişinin beyanına dayalı olarak alınmıştır. Hatırlamayanlardan bu veri alınamamıştır. Vücut kitle indeksine çevrildikten sonra, normal, kilolu ve şişman olarak üç grupta incelenmiştir.

Eğitim durumu: Okuryazar değil, okur-yazar (bir okul bitirmede), ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak sorulmuştur. Kategori oluşturulurken okuryazar olmayanlar bir grup, ilkokul ve öncesi eğitime görmüş olanlar ikinci grup, ortaokul ve sonrası eğitim görmüş olanlar üçüncü grubu oluşturmuşlardır.

Gelir durumu: Gelir algısına göre sorulmuştur. Gelirinin giderine ne oranda olduğu bilgisi sorgulanmıştır.

İşi-Mesleği: Halen yaptığı ya da emekli olmadan önce en uzun süre yaptığı iş sorulmuştur. Sınıflamada Boratav Sosyal Sınıf kodlamasından faydalanılmıştır (157). Buna göre alt, orta ve üst sosyal sınıf skalası çıkarılmıştır.

Üst sosyal sınıf: İşveren (bünyesinde işçi çalıştıranlar)

Orta sosyal sınıf: Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışıyor, yüksek eğitilmiş ücretli, Memur Büro çalışanı (Beyaz Yakalı)

Alt sosyal sınıf: Küçük esnaf, iş buldukça çalışan, sanayi işçisi (Mavi yakalı), niteliksiz işlerde çalışan, işsiz

Çalışma durumu: Halen çalışıp çalışmadığı, çalışmıyorsa iş arayıp aramadığı sorulmuştur.

Sosyal güvencesi: SGK'lı ya da özel sigortalı olup olmadığı ile birlikte yeşil kart varlığı sorgulanmıştır.

Çocuk sayısı: Toplam çocuk sayısı ile birlikte yaşayan çocuk sayısı da sorulmuştur.

Evdeki kişi sayısı ve kimlerle yaşadığı: Birlikte yaşadığı kişi sayısı ile birlikte evde kimlerle yaşadığı sorulmuştur.

Göç: Kaç yıldır Balıkesir'de yaşadığı ile birlikte, 10 yıldan daha az ise göç olarak kabul edilmiştir.

Bakıcı varlığı: Eşi ve çocukları dışında, günlük ihtiyaçlarını gidermek ve bakmak için, para ödediği herhangi bir bakıcısının olup olmadığı sorulmuştur.

Ev Tipi ile İlgili Değişkenler:

Yaşamını sürdürdüğü ev: Yaşamını sürdürdüğü evin kendisine ait olup olmadığı sorgulanmıştır. Bununla birlikte, bu değişken için kodlama yapılırken, evin kendisine ait

ya da kirada olma durumu bir gruba, evin çocukların ya da akrabaların olması durumunda ise diğer grup oluşturulmuştur.

Ev tipi: Müstakil ev, asansörlü apartman dairesi ve asansörsüz apartman dairesi seçenekleri ile sorulmuştur.

Kendini ait yatma /dinlenme odası varlığı: Var ve yok seçenekleri ile sorgulanmıştır.

Evde kullanılan tuvalet tipi: Alafranga ve alaturka tuvalet tipleri ile her ikisinin olup olmadığı sorulmuştur.

Evde evcil hayvan varlığı: Düşmeler yönünden risk oluşturabilecek evde evcil hayvan varlığı evet ve hayır seçenekleri ile sorulmuştur.

Evde kullanılan ısınma tipi: Kalorifer, soba ve elektrikli ısıtıcı gibi seçeneklerle sorulmuştur. Kalorifer kullananlar bir grup, diğerleri bir grup olacak şekilde kategori edilmiştir.

Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Özellikleri ile İlgili Değişkenler:

Sağlık durumu değerlendirmesi: Kişinin sağlık öz-değerlendirmesine dayanır. Öz bildirim dayalı olarak sağlığını nasıl yorumladığı sorulmuştur. Beşli likert tipi sorulan bu özellik, daha sonra kötü, orta ve iyi olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir.

Kronik hastalık varlığı: Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığının varlığı sorulmuştur. Eğer varsa, hangi hastalıklar oldukları sorulup kaydedilmiştir.

Hastalığının takibi ve takip memnuniyeti: Herhangi bir kronik hastalık bildiren katılımcıdan, o hastalığı için bir sağlık kurumu tarafından takip durumu ve değerlendirmesi sorulmuştur.

Kullandığı ilaç çeşitleri: Ne tür ilaçlar kullandığı sorgulanmıştır. Veri toplayan ekip tarafından ilaçlar evde görülüp not edilmiştir. İzin verilmeyen durumlarda, bu bilgi bildirim dayalı olarak alınmıştır.

Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı: Akılcı ilaç kullanımının öğelerinden olan tavsiyesiz ilaç kullanma durumu sorgulanmıştır. Evet, hayır ve bazen olarak sorulmuştur.

Düzenli takip eden doktor varlığı: Hastalığı olsun ya da olmasın, genel sağlık kontrolü için kendisini düzenli takip eden doktor varlığı var ve yok seçenekleri ile değerlendirilmiştir.

Hastane yatışı: Son 6 ay içerisinde hastane yatışının olup olmadığı sorgulanmıştır.

Birinci basamak ilişkisi: Aile hekiminizin adını bilip bilmediği sorulmuştur. Bilenler bir grup, bilmeyenler bir grup olarak analiz edilmiştir.

İlk başvurulacak sağlık kurumu: Herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak başvuru tercihi olan sağlık kuruluşu sorulmuştur. ASM, devlet/üniversite hastanesi polikliniği ile özel hastane ve acil olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir.

İlk başvuru için sağlık kurumunu tercih etme sebebi: İlk başvurduğu sağlık kurumunda tanıdık olması, kendisine yakın olması, ekonomik olması ve hizmetinden memnun olması gibi sorularla değerlendirilmiştir.

Bedensel engel varlığı: Bedensel engel tanımı yapıp ((Kas, iskelet ya da sinir sistemi bozukluğu sonucu toplumsal yaşama uyumda zorlanma ya da günlük gereksinimleri karşılamadaki zorluk) herhangi bir engelinin olup olmadığı ile birlikte varsa bu engelin türü ve yüzdesi sorulmuştur.

Yardımcı araç kullanımı: Günlük işlerini ve hayatını devam ettirebilmek için ihtiyaç duyduğu yardımcı araçlar sorulmuştur (Gözlük, diş protezi, baston, kulaklık vs).

İdrar kaçırma: Katılımcıya birçok kişinin bazı zamanlarda idrar kaçırabileceği bilgisi verildikten sonra son 4 hafta boyunca ortalama olarak ne sıklıkla idrar kaçırdığı sorulmuştur.

Alışkanlıklar ve Uyku Durumu Değişkenleri:

Tütün ürünü/ürünleri kullanımı: Halen kullanan, hiç kullanmayan ve bırakmış olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir.

Alkollü içecek kullanımı: Miktarın anlaşılma güçlüğünden dolayı aylık/haftalık alkol içme sıklığı sorulmuştur.

Egzersiz: Egzersiz tanımı yapıldıktan sonra (En az 30 dakika süren orta (yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi faaliyetler) veya ağır (koşma, hızlı tempoyla yürüme, atlama gibi faaliyetler) fiziksel hareket) haftada kaç gün egzersiz yaptığı sorulmuştur. Hiç yapmayan, haftada bir-iki kez yapanlar ile haftada üç ve daha fazla egzersiz yapanlar olarak üç kategoride değerlendirilmiştir.

Su tüketimi: Günde kaç litre su tükettiği sorulmuştur. Bir buçuk litreden az su tüketenler bir grup, daha çok tüketenler ise diğer grup olarak analiz edilmiştir.

Tuz tüketimi: Yemeklere başlamadan tuz ilavesi yapıp yapmadığı, yapıyorsa sıklığı sorulmuştur.

Öğün sayısı: Günde kaç öğün yemek yediği sorgulanmıştır. Öğün sayısı üç ve daha fazla olanlar bir grupta, iki ve daha az ise diğer grupta değerlendirilmiştir.

Beslenme indeksi: Su ve tuz tüketimi, günde kaç ana öğün yemek yediği değişkenleri ile oluşturulmuştur. Üç grup olarak değerlendirilen beslenme indeksi; sağlıklı beslenme; ne sağlıklı ne de sağlıklı beslenme ve sağlıklı beslenme şeklinde sınıflandırılmıştır. Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme bir puan, günde iki öğünden az yemek yeme bir puan, bir günde 1.5 litreden daha az su içme bir puan olmak üzere toplam üç puan üzerinden oluşturulmuştur. Ters durumlarla ise sıfır puan verilmiştir. Sıfır puan sağlıklı, bir-iki puan orta düzey sağlıklı, üç puan tamamen sağlıklı beslenme gruplarını oluşturmuştur.

Sosyal aktivite indeksi: Araştırmacı tarafından sosyal alışkanlıklar indeksi oluşturulmuştur. Sosyal aktivitelerin her biri için, hiç yapmıyorsa bir puan, sık sık yapıyorsa dört puan verilmiştir. Her bir aktivitenin bazen ya da sık sık yapılma durumları ve durumların yüzdeleri göz önüne alınıp, aktiviteler içerisinde ağırlıklandırılmış puan oluşturulmuştur.

Tüm veri içerisinde her bir aktivitenin bazen ve sık sık yapılma yüzdesi esas alınarak, o yüzde ilgili aktivite için belirleyici katsayıyı oluşturmuştur. Her bir katılımcı için toplam sosyal aktivite indeksi hesaplandıktan sonra, katlanmış dağılıma göre (%33) üç gruba bölünmüştür.

Yüzdelik dağılıma göre, yüzdesi 33 ve altında olanlar düşük düzey sosyal aktivite grubunu, 34-66 ve arasındakiler orta düzey sosyal aktivite düzeyini, 67 ve üzeri ise yüksek düzey sosyal aktivite düzeyini göstermiştir.

Sosyal aktiviteler: Gazete okuma, televizyon seyretme, radyo dinleme, ev gezmesi-arkadaş ziyareti, kahvehaneye gitme, gezintiye çıkma, başkaları tarafından ziyaret edilme ve internette zaman geçirme sıklıkları sorulmuştur. Katılımcının her bir aktivite için hiçbir zaman, nadiren, bazen ve sık sık yanıtlarından birini vermesi gerekmektedir.

Uyku Durumu: Uyku problemi varlığı sorgulanmıştır. Beşli likert tipinde sıklık olarak sorulup, analizlerde fazla, biraz ve nadiren olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir.

Düşme İle İlgili Değişkenler:

Düşme sıklığı soruları: Yaşamı boyunca (65 yaş ve sonrası), son bir yılda ve son altı ayda düşüp düşmediği sorulmuştur. Ayrıca düşmelerin evde mi dışarıda mı olduğu da beraberinde sorulmuştur.

Düşme sonucu yaralanma: Düşmeler sonucunda yaralanma olup olmadığı ve bu yaralanmanın hastaneye yatmayı gerektirecek boyutta olup olmadığı da sorulmuştur.

Düşme nedeni: Dengesinin bozulması/bilincini kaybetmesi, gözünün görmemesi, ev/dışardaki olumsuz koşullardan dolayı (bozuk kaldırım, ayak takılması, ortadaki nesneler vs) ve aydınlatma yetersizliği (ev/dışarı) seçenekleri ile sorulmuştur.

Ev ve mahallenin düşme yönünden değerlendirilmesi: Beşli likert tipinde, yaşadığı ev ve mahallenin, düşme riskleri açısından ne kadar güvenli olduğu sorulmuştur. Değerlendirmede, güvenli değil, biraz güvenli ve çok güvenli olmak üzere üç kategori kullanılmıştır.

Düşmeye karşı önlem: Evinde düşmeye karşı herhangi bir önlem alıp almadığı, önlem aldıysa eğer önlem almasını kimin önerdiği (sağlık çalışanı, aile bireyleri, TV/sosyal medya vs) sorgulanmıştır.

İlişkiler, Memnuniyet, İstismar ve Şiddet Değişkenleri:

İlişki ve memnuniyet indeksi: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş; ziyaret edilme, haberleşme ve aile içi ilişki memnuniyeti soruları ile oluşturulan indekstir. Her bir değişken beşli likert tipi olduğundan, indeksten maksimum 15, minimum 5 puan alınmaktadır. Toplam puan oluşturulduktan sonra, yığılımlı dağılımı göz önüne alınarak üç grup halinde analizlere alınmıştır (5 ve 10 değerleri kesme noktaları oluşturmuştur. 10 puan ve üzeri yüksek düzey ilişki memnuniyetini göstermektedir).

İlişki ve memnuniyet indeksi üç sorudan oluşmaktadır:

Yaşam memnuniyeti: Yaşamından ne kadar memnun olduğunu ölçen, beşli likert tipi soru olarak oluşturulmuştur.

Ziyaret-Haberleşme memnuniyeti: Ailesi ya da yakınlarının kendisini ziyaret etme veya onlarla haberleşme sıklığından memnun olduğunu ölçen beşli likert sorusudur.

İlişki memnuniyeti: Aile içi ilişkilerinizden ne kadar memnun olduğunu ölçen beşli likert tipi sorudur.

Şiddet indeksi: Fiziksel ve sözel şiddet sorularını içeren, iki kategori halinde oluşturulmuş indekstir. Fiziksel ya da sözel şiddetin herhangi birisinin varlığı ilk grubu, olmaması ise diğer grubu oluşturmuştur.

Şiddet indeksi iki sorudan oluşmaktadır:

Sözel şiddet: Ailesi veya bakıcısının kendisine bağırması ya da kötü sözler söylemesini içeren, beşli sıklık sorusudur. Bildirim oranı düşük olduğundan, hiçbir zaman seçeneği bir grubu, nadiren/ara sıra ve sık sık seçenekleri diğer bir grubu oluşturmuştur.

Fiziksel şiddet: Ailesi veya bakıcısından vurma, itme gibi şiddete maruz kalma durumunu sorgulayan beşli likert tipi sorudur. Bildirim oranı düşük olduğundan, sözel şiddette olduğu gibi iki kategori halinde incelenmiştir.

Mali Bağımsızlık ve Telefon Kullanabilme Değişkenleri:

Telefon kullanabilme durumu: Telefon kullanımında bağımlı olup olmama durumunu ölçen seçeneklerden oluşmaktadır. Hiç kullanamaması ya da sadece arandığında telefonu açabilmesi durumunda bağımlı, istediği kişileri arayabilmesi durumunda ise bağımsız olmak üzere iki grup olacak şekilde analizlere alınmıştır

Günlük işlerini halledebilme: Başkasına muhtaç olmadan kendi başına dışarı çıkıp günlük işlerini halledebilme durumunu ölçen beşli likert sorusudur. Analizler için üç gruba dönüştürülmüştür (Hiçbir zaman, bazen ve her zaman).

Mali bağımsızlık indeksi: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş, parasal işler ve gelirini özgürce kullanabilme sorularını içeren indekstir. Her soru üç seçenekli olduğundan maksimum 9 puan alınabilmektedir. Yığılımlı dağılımı göz önüne alınarak üç grup olacak şekilde analizlere alınmıştır.

Mali bağımsızlık indeksi şu sorulardan oluşmaktadır:

Parasal işler: Parasal (çekme, harcama) işlerini yardımcı ya da yardımsız yapabilme durumunu ölçen seçeneklerden oluşmaktadır. Bağımsız olarak, kendi başına tüm mali işlerimin üstesinden gelebilme ya da bütün mali işler için yardım alma gibi seçenekleri vardır.

Gelirini özgürce kullanabilme: Kendi gelirini (maaşını veya kira gelirini) başkasının baskısı olmadan özgürce kullanabilme durumunu ölçen üçlü sorudur.

3,081c Ölçekler:

3,081c.1 Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL AGE):

WHOQOL-AGE, EUROHIS-QOL ölçeğinden sekiz madde ve (128)(Schmidt ve ark, 2006) ve WHOQOL-OLD kısa form sürüm 1'den altı maddeden oluşur (129)(Fang ve ark, 2012). 2010 yılında üç ülkede ve geri bildirimlere dayanarak WHOQOL-OLD'dan bir soru silindi ve bazı ifadeler değiştirildi. Böylece yeni araç, WHOQOL-AGE, 13 pozitif madde içeren (Sekiz soru EUROHIS-QOL ölçeğinden ve beşi WHOQOL OLD'dan), her maddesi 5 puan üzerinden değerlendirilen ölçek olmuştur.

Ölçeğin toplam puanı ile birlikte, faktör analizlerine göre benzer performans sergileyen maddelerine göre iki alt boyutu vardır. Ölçeğin ilk sorusunun her iki faktörle ilişkili olması nedeniyle alt boyut puanı hesaplamada her iki boyuta da etki etmektedir. Ölçek puanı şu şekilde hesaplanmaktadır:

Boyut 1:

$$(q1 / 2) + q2 + [(q3+q5)/2] + q4+q6+q7+q7+q8$$

Boyut 1:

$$(q1 / 2) + [(q9+q10+q11)/3] + q12+q13$$

Son olarak, denklemlerde alınan puanlar (her bir faktör ve toplam puan için) yüzdelik sisteme dönüştürülür (130). Puan arttıkça, yaşam kalitesi de artmaktadır.

WHOQOL-AGE ölçeği, 60 yaş ve zeri bireylerin yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. İki alt boyutu vardır: Boyut 1 – Yaşam doyumu - memnuniyet ve Boyut 2 - beklentilerin karşılanmasıdır. Beşli likert tipi cevap seçenekleri mevcuttur. Boyut 1 duyu organlarının performansı, sağlık durumu, kişinin kendisi, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme yeteneği, bireysel ilişkiler, ikamet yerindeki koşulları ve boş zamanını nasıl değerlendirdiği ile ilgili memnuniyeti ölçer. Boyut 2 kişinin günlük yaşam için yeterli enerji, bireyin ne yapmak istediğini kontrol etme, amaçlanan hedeflere ulaşma olasılığı, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli para gibi bazı etkinlikleri gerçekleştirme becerisini ölçer. Ölçek, daha yüksek puanların daha yüksek yaşam kalitesi düzeyini gösterdiği, 0 ile 100 aralığında yaşam kalitesi seviyesini değerlendirir. Toplam puan, iki alt ölçeğin (Boyut 1 ve Boyut 2) aritmetik ortalamasıdır. WHOQoL-AGE ölçeği, yaşlanan popülasyonların yaşam kalitesini değerlendirmek için doğru ve güvenilir bir araçtır (128, 130).

WHOQOL-AGE, yaşlı yetişkin popülasyonda yaşam kalitesini (QOL) yeterince değerlendiren kısa, özellikli bir araçtır. WHOQOL-AGE özellikle yaşlanan nüfus için tasarlanmıştır, ancak yaşlanmanın geçişini anlamak için yaşlanan nüfusun yaşam kalitesinin gençlerle karşılaştırılabilmesi de önemlidir. 50 yaş ve sonrası dönem için yaşam kalitesinin hem ilişkisel-memnuniyet yönü hem de olanaklar/beklentiler yönü ele alınmıştır.

3,081c.2 DSÖ (Beş) İyilik Hali İndeksi (WHO-5)

Bu araç bireylerin iyilik halini belirlemek için geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan, son iki haftalık süreçte katılımcının duyguları ile ilgili olumlu ifade içeren 5 maddeden oluşan pratik bir ölçüm aracıdır. Bu maddeler: “Kendimi neşeli ve keyifli hissettim.”, “Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim.”, “Kendimi aktif ve dinç hissettim.”, “Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım.”, “Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu” ifadelerinden oluşmaktadır.

Her madde 0-5 arasında 6'lı likert 28 tipi ölçekle değerlendirilir; en düşük değer olan 0 puan son iki hafta içerisinde olumlu duygu olmadığını, 5 puan sürekli olumlu duyguların olduğunu belirtir. Toplam ham puan 0-25 puan aralığında olabilir. Buna göre; 0 puan en kötü, 25 puan en iyi “iyilik halini” ifade eder. Alınan toplam puanlar yüzdelik sisteme çevrilir. Puan arttıkça, iyilik hali de artmaktadır. Bu araç aynı zamanda depresyon riskini belirlemek için bir tarama aracı olarak da kullanılır.

Ham puan 13'ün altında veya kişinin bu beş sorudan herhangi birine verdiği yanıt 0 veya 1 ise bu bireylerin depresyon açısından ileri tanı için yönlendirilmesi önerilir. Ölçek Türkçe dâhil 32 dilde araştırmacıların kullanımına sunulmuştur ve kullanımı için izin gerekmemektedir (158). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve ark tarafından 2019 yılında yapılmıştır (159).

3,081c.3 KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA):

Katz (1983) tarafından geliştirilen (160)ve Türkçe'ye Arik ve arkadaşları (2015) tarafından (161)uyarlanan ölçek yıkanma, giyinme, tuvalete gitme, yer değiştirme, mesane ve barsak kontrolü, beslenme alt başlıklarını içeren bir ölçektir. Toplam altı sorudan oluşmakta olan Katz'ın GYA skalası Bireyin aktivitelerini gerçekleştirip gerçekleştirilememesine göre evet/gerçekleştirebiliyor (1), hayır/gerçekleştiremiyor (0) şeklinde iki sınıfta toplanmaktadır.

Skalanın puanlaması, sıfır-altı puan arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması bireyin GYA gerçekleştirebildiğini göstermektedir. Alınan en yüksek puan “6” bağımlılık durumunun olmadığını, “4” orta düzeyde yetersizlik olduğunu, “2” puan ve altı ise güçlü bir bağımlılık düzeyi olduğunu ifade etmektedir.

3.9 Çalışmayı Kabul Kriterleri

- 65 yaş ve üstü olması
- Bilişsel ve kognitif fonksiyonların yeterli olması
- Çalışmayı kabul etmesi
- İletişim problemi çekmemesi

- Demansı olmaması (öncesinde Mini-Mental Test)
- Alzheimer Tanısı olmaması

3.10 İzinler

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 10/12/2019 tarihli ve 54573 sayılı karar ile onay alınmıştır.

Kurumlara (İl Sağlık Müdürlüğü, Altıeylül İlçe Sağlık Müdürlüğü, ASM'ler) çalışma öncesi bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca bireylere anket uygulamadan önce, araştırma ile ilgili bilgi verilerek onamları ve sözlü izinleri alınmıştır.

3.11 Veri Analizi

Anket formları kontrol edilip numaralandırıldıktan sonra verilerin istatistiksel analizi için SPSS ((statistical package for social sciences for Windows 24.0) paket programı kullanılmıştır.

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizde oran, yüzde, ortalama ($\pm$ standart sapma) ortanca (min-max) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizleri için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Sürekli verilerin normal dağılımının değerlendirilmesinde, Shapira Wilk testi, basıklık-çarpıklık değerleri, histogram, ortalama/ortanca ile gruptaki sayı (n) dikkate alınmıştır. Beş belirleyici için en az üç koşulu gerçekleştiren değerler normal kabul edilmiştir (162, 163)(Hair ve ark, 2013; Tabachnick ve Fidel, 2013).

Normallik varsayımlarını karşılayan sürekli değişkenler için ikili gruplarda Student t testi, üç ve daha fazla gruplarda ANOVA testi yapılmıştır. Normallik varsayımlarını karşılamayan sürekli değişkenler için ikili gruplarda Mann Whitney U; üç ve daha fazla gruplarda Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

Sürekli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi değişkenin normallik durumuna göre Spearman ya da Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. İleri analizler için Binary Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Tüm analitik değerlendirmelerde $p < 0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu çalışma Balıkesir il merkezinde yer alan iki ilçeden birisi olan Altıeylül'de yürütülmüştür. Araştırma örneği mahallelerin 65 yaş ve üstü nüfuslarına orantılı olarak seçilmiştir. Bu süreçte en çok veri Bahçelievler Mahallesi'nden toplanırken en az veri ise Altıeylül Mahallesi'nden toplanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $71,57 \pm 6,02$ (min- 65, max- 96.0)'dir.-Katılımcıların %26.7'si 75 yaş ve üzerindedir. Çalışmamızda kadın erkek oranı benzerdir, %51.4'ünü kadınlar, %48.6'sını erkekler oluşturmaktadır.

Katılımcıların %67.7'si evli olduğunu, %62.2'si üç ve daha fazla çocuğu sahip olduğunu, %16.4'ü tek yaşadığını, %27.1'i lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğunu, %17.6'sı gelirin giderinden daha az olduğunu, %4.1'i bakıcısı olduğunu (akraba ya da profesyonel), belirtmiştir. Beyana göre alınan kilo ve boy değerleri temel alınarak oluşturulan vücut kütle indeksine göre de katılımcıların %24.8'inin obez olduğu saptanmıştır (Beden kütle indeksi 30 ve üzeri olanlar obez kabul edilmiştir)(Tablo 10).

Tablo 10. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	65-69	266
	70-74	142
	75 yaş ve üzeri	148
Yaş ortalaması	$\bar{X} \pm ss: 71.57 \pm 6.02$ Ortanca: 70.0 (min. 65.0 max. 96.0)	
Cinsiyet	Erkek	270
	Kadın	286
Medeni durum	Evli	376
	Eşi ölmüş	148
	Boşanmış. bekâr ya da eşinden ayrı yaşıyor	32
Çocuk sayısı	Yok	14
	1-2 çocuk	196
	3 ve üzeri	345
Evinde kendisi dışında yaşayan kişi sayısı	Tek	91
	1 kişi	249
	2 ve daha fazla kişi	216
Evinde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	91
	Eşi ve çocuklarıyla	441
	Diğer (akraba, arkadaş vb)	24
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	55
	Okuryazar (bir okul bitirmede)	89
	İlkokul	185

	Ortaokul	77	13.8
	Lise	97	17.5
	Üniversite	53	9.5
Gelir Algısı Durumu	Geliri giderinden fazla	85	15.3
	Geliri giderine eşit	373	67.1
	Geliri giderinden az	98	17.6
Kaç yıldır Balıkesir’de yaşadığı	10 yıl ve üzeri	527	94.8
	10 yıldan az	29	5.2
Para ödediği bakıcısının olup olmadığı	Yok	533	95.9
	Var (profesyonel bakıcı ya da akraba)	23	4.1
Vücut kütle indeksi*	Normal	150	28.4
	Kilolu	247	46.8
	Obez	131	24.8
Toplam		556	100

*VKİ için 18,00 ile 24,99 arası normal, 25,00 ile 29,99 arası kilolu, 30,00 ve zeri obez olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %84.7’si sosyal güvencesinin SGK olduğunu, %10.6’sı hâlihazırda çalıştığını belirtmiştir. Bununla birlikte, aile reisinin yaptığı işten yola çıkarak temel aldığımız Boratav Sosyal Sınıflamasına göre, katılımcıların %19.1’ünün üst sosyal sınıfı, %57.0’ının ise alt sosyal sınıfı oluşturduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyal güvenceleri, çalışma durumları ve sosyal sınıfları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal güvence	Yok	45	6.5
	SGK	471	84.7
	Özel	9	1.6
	Yeşil kart	40	7.2
Çalışma durumu	Çalışıyor	59	10.6
	Çalışmıyor, iş arıyor	11	2.0
	Çalışmıyor, iş aramıyor	486	87.4
Sosyal Sınıf	Üst sosyal sınıf	106	19.1
	Orta sosyal sınıf	133	23.9
	Alt sosyal sınıf	317	57.0

Çalışmamıza katılan bireylerin %76.8’i kendi evinde yaşadığını, %43.0’ı ev tipinin müstakil olduğunu, %86.3’ü kendine ait dinlenme odasının olduğunu, %22.3’ü evinde alaturka tuvalet olduğunu, %15.8’i bir evcil hayvanının olduğunu, %19.2’si ısınmak için soba kullandığını belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışmamıza katılan bireylerin ev tipi özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşamını nerede sürdürdüğü	Kendi evi	427	76.8
	Kira	76	13.6
	Çocuklarının evi	40	7.2
	Akrabalarının evi	11	2.0
	Diğer (huzurevi, yakın arkadaş)	2	0.4
Ev tipi	Müstakil evi	239	43.0
	Asansörlü apartman dairesi	119	21.4
	Asansörsüz apartman dairesi	198	35.6
Kendisine ait yatma/dinlenme odası	Var	480	86.3
	Yok	76	13.7
Evde kullanılan tuvalet tipi	Alafranga	182	32.7
	Alaturka	125	22.5
	Her ikisi	249	44.8
Evcil hayvan varlığı	Var	88	15.8
	Yok	468	84.2
Evde kullanılan ısıtma tipi	Kalorifer	416	74.8
	Soba	107	19.2
	Elektrikli ısıtıcı	16	2.9
	Diğer (ısı koruyan battaniyeler, tüplü sistem)	17	3.1

Çalışmamıza katılan bireylerin %16.7'si sağlığını kötü/çok kötü olarak yorumlamaktadır. Bununla birlikte, katılımcıların %85.1'i herhangi bir kronik hastalığının olduğunu belirtmiş olup, kronik hastalığı olanların %77.6'sı en az iki kronik hastalığa sahip olduğunu söylemiştir.

Çalışmamızda en sık belirtilen kronik hastalıkları ise sırasıyla hipertansiyon (%54.7), diyabet %40.6) ve kalp hastalıkları (%21.9) oluşturmaktadır. Katılımcıların %35.3'ü 4 ve daha fazla ilaç kullanmakta olup, %42.7'si doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmakta, %24.8'i 5 ve daha fazla ilaç kullanmakta ve %18.6'sının son 6 ayda hastaneye yatışı mevcuttur (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık durumu özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık durumu algısı	Çok kötü	16	2.9
	Kötü	77	13.8
	Orta	246	44.2
	İyi	193	34.8
	Çok iyi	24	4.3
Kronik hastalık varlığı	Yok	83	14.9
	Var	473	85.1
Kronik hastalık sayısı	Yok	83	14.9
	1 hastalık	106	19.1
	2 ve daha çok	367	66.0
Birden çok kronik hastalık (n= 473)	1 hastalık	106	22.4
	2 ve daha çok	367	77.6
Kronik hastalıkları*	Yok	83	14.9
	Hipertansiyon	304	54.7
	Diyabet	226	40.6
	Osteoporoz	76	13.7
	Osteoartrit	98	17.6
	Kalp hastalığı	122	21.9
	Böbrek hastalığı	61	11.0
	Kanser	14	2.5
	Romatizma	85	15.3
	Astım/KOAH	53	9.5
	Mide /Bağırsak hast.	71	12.8
	Nörolojik hast.	57	10.3
	Diğer	49	8.8
Kullanılan ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	102	18.4
	3 ve daha az ilaç	258	46.5
	4 ilaç ve fazlası	196	35.3
	5 ilaç ve daha fazlası	138	24.8
Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Evet	65	11.7
	Hayır	319	57.3
	Bazen	172	31.0
Son 6 ayda hastane yatışı	Yok	452	81.4
	Var	103	18.6

*Çok seçeneklidir. Yüzdelerin toplamı %100'ü bu nedenle geçmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %39.0'ı genel sağlık durumlarını takip eden bir hekiminin olduğunu, herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerin ise %22.9'u hastalıklarının takip edilmediğini ve %70.9'u ise takip edildiğini, hastalığı takip edilenlerin %12.8'i hastalığının takibinden memnun olmadığını belirtmiştir.

Bireylerin bir sağlık sorununda ilk başvurdukları sağlık kurumu sorulduğunda %47.0 poliklinikleri, %34.4'ü ise ASM'leri tercih ettiğini belirtmiştir. İlk başvuru

sağlık kurumunu tercih etme sebepleri arasında sırasıyla hizmetinden memnun olma (%44.2), bulunduğu yere yakın olması (%42.7) ve ekonomik olarak uygun olması (%14.1) gelmektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışmamıza katılan bireylerin genel sağlık durumları, kronik hastalıkları ile sağlık hizmet kullanımları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel sağlığını takip eden doktor varlığı	Var	217	39.0
	Yok	268	48.2
	Kararsız	71	12.8
Kronik hastalığının düzenli takip edilip edilmemesi (n=471)	Ediliyor	334	70.9
	Edilmiyor	108	22.9
	Kararsız	29	6.2
Hastalığının takibinden memnuniyet durumu (n=374)	Memnun değil	48	12.8
	Orta derecede memnun	90	24.1
	Memnun	236	63.1
Kendi aile hekiminin adını bilip bilmeme	Biliyor	290	52.2
	Bilmiyor	266	47.8
Acil olmayan bir sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık birimi	ASM	191	34.4
	Acil (devlet, üniversite ya da özel)	84	15.0
	Poliklinikler (Devlet ya da üniversite)	261	47.0
	Diğer (yandal hastaneleri, özel muayene)	20	3.6
İlk başvurulacak sağlık kuruluşunu tercih etme sebebi*	Ekonomik olarak uygun olması	77	14.1
	Bulunduğu yere yakın olması	234	42.7
	Hizmetinden memnun olması	242	44.2
	Tavsiye edildiği için	59	10.8
	Kuruluşta tanıdık birinin olması	48	8.8
	Diğer (Sevk, alternatif olmaması)	16	2.9

*Çok seçeneklidir. Yüzdelerin toplamı %100' bu nedenle geçmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %10.3'ü işitme durumlarını kötü/çok kötü olarak belirtmiş olup %13.5'i ise görme durumlarını kötü/çok kötü olarak yorumlamışlardır. Bireylerin %16.2'sinde herhangi bir bedensel engel olup, en çok belirtilen bedensel engel ise yürüme (%69.1) ve görmedir (%14.9). Çalışmamıza katılan bireylerin %20.1'i herhangi bir yardımcı araç kullanmadığını belirtmiştir. Buna karşılık, en çok belirtilen yardımcı araç kullanımlarını sırasıyla gözlük (%67.6), diş protezi (%40.5) ve baston (%21.3) oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki bireylerin %18.2'si haftada iki ya da daha çok kez inkontinans belirtmiş olup, inkontinans belirtenlerin %67.0'ı inkontinans durumlarının doktor takibinde olmadığını söylemişlerdir (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık durumu özellikleri, yardımcı araç kullanımları ve inkontinans durumları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
İşitme durumu	Çok kötü	6	1.1
	Kötü	51	9.2
	Orta	172	30.9
	İyi	279	50.2
	Çok iyi	48	8.6
Görme durumu	Çok kötü	5	0.9
	Kötü	70	12.6
	Orta	226	40.6
	İyi	215	38.7
	Çok iyi	40	7.2
Bedensel engel varlığı	Var	90	16.2
	Yok	451	81.1
	Emin değil	15	2.7
Bedensel engel türü (n=94)	Görme	14	14.9
	İşitme	11	11.7
	Yürüme	65	69.1
	Diğer	4	4.3
Yardımcı araç kullanımı *	Yok	111	20.1
	Gözlük	374	67.6
	Diş protezi	224	40.5
	Baston	118	21.3
	Koltuk değneği	12	2.2
	Kulaklık	44	8.0
	Tekerlekli sandalye	17	3.1
İnkontinans varlığı	Hiçbir zaman	330	60.1
	Haftada 1 kez	119	21.7
	Haftada 2 ve daha çok kez	100	18.2
İnkontinansı takip eden doktor varlığı (n=227)	Var	61	26.9
	Yok	152	67.0
	Kararsız	14	6.1

*Çok seçeneklidir. Yüzdelerin toplamı %100'ü bu nedenle geçmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %20.3'ü uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede fazlaca zorluk yaşadıklarını, %27.0'ı her gün ya da ara sıra sigara içtiğini, %11.8'i arada sırada alkol kullandığını, %31.5'i hiç egzersiz yapmadığını, %17.8'i bir günde 1 lt'den daha az su içtiğini, %34.9'u bir günde iki ya da daha az öğün yemek yediğini belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışmamıza katılan bireylerin yaşam tarzı özellikleri ve alışkanlıkları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Uyku problemi sıklığı	Çok fazla	28	5.0
	Fazlaca	85	15.3
	Biraz	161	29.0
	Nadiren	146	26.3
	Hiç yok	136	24.4
Sigara kullanımı	Her gün	75	13.5
	Ara sıra	75	13.5
	Daha önce kullandım	145	26.1
	Hiç kullanmadım	261	46.9
Alkol kullanımı	Her gün	2	0.4
	Arada sırada	80	11.4
	Kullanmıyor	474	85.2
Egzersiz	Hiç yapmıyor	175	31.5
	Haftada 1-2 kez	140	25.2
	Haftada 3 ya da daha çok	241	43.3
Günlük su tüketimi	1 lt ve daha az	99	17.8
	1 litreden çok, 2 litreden az	351	63.2
	2 lt ve daha çok	106	19.0
Yemeklerden önce tuz ilave etme	Ediyor	80	14.4
	Ara sıra ediyor	92	16.5
	Etmiyor	384	69.1
Günde yediği öğün sayısı	1 ya da 2 öğün	194	34.9
	3 öğün	329	59.3
	4 öğün ve üzeri	33	5.8
Sağlıklı beslenme indeksi*	Sağlıklı besleniyor	454	91.7
	Sağlıksız besleniyor	102	18.3

**Sağlıklı beslenme indeksi şu değişkenleri içeriyor: Yemeklerden önce tuz ilave etme, günde kaç öğün yemek yediği ve günlük su tüketimi*

Çalışmamızdaki bireylerin %15.9'u sık sık gazete okuduğunu, %51.1'i sık sık TV izlediğini, %5.3'ü sık sık radyo dinlediğini, %15.8'i sık sık arkadaş ziyaretinde bulunduğunu, %18.0'ı sık sık kahvehaneye gittiğini, %15.9'u sık sık gezintiye çıktığını, %17.8'i sık sık ziyaret edildiğini, %3.9'u sık sık internette zaman geçirdiğini belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %34.2'sinde düşük düzey sosyal aktivite, %35.6'sında orta düzey sosyal aktivite ve %30.2'sinde yüksek düzey sosyal aktivite bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyal aktivite düzeyleri ve sosyal aktivite düzeyleri ile oluşturulan indeks puan dağılımları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Gazete okuma sıklığı	Hiç ya da nadiren	398	72.6
	Bazen	87	15.9
	Sık sık	63	11.5
Televizyon izleme sıklığı	Hiç ya da nadiren	83	15.1
	Bazen	186	33.8
	Sık sık	281	51.1
Radyo dinleme sıklığı	Hiç ya da nadiren	474	87.2
	Bazen	41	7.5
	Sık sık	29	5.3
Arkadaş ziyareti sıklığı	Hiç ya da nadiren	280	51.2
	Bazen	180	33.0
	Sık sık	66	15.8
Kahvehaneye gitme sıklığı	Hiç ya da nadiren	358	65.2
	Bazen	92	16.8
	Sık sık	99	18.0
Gezintiye çıkma sıklığı	Hiç ya da nadiren	255	46.6
	Bazen	205	37.5
	Sık sık	87	15.9
Ziyaret edilme sıklığı	Hiç ya da nadiren	220	40.4
	Bazen	228	41.8
	Sık sık	97	17.8
İnternette zaman geçirme sıklığı	Hiç ya da nadiren	496	91.5
	Bazen	25	4.6
	Sık sık	21	3.9
Sosyal aktivite indeksi*	Düşük düzey sosyal aktivite	190	34.2
	Orta düzey sosyal aktivite	198	35.6
	Yüksek düzey sosyal aktivite	168	30.2

*İlgili indeks, araştırmada sorulan sosyal aktiviteleri kapsamaktadır: Gazete okuma, televizyon izleme, radyo dinleme, arkadaş ziyareti, kahvehaneye gitme, gezintiye çıkma, ziyaret edilme, internette zaman geçirme

Çalışmamıza katılan bireylerin %42.3'ü 65 yaş ve sonrası dönemde düştüğünü, %33.1'i son bir yılda düştüğünü, son bir yılda düşenlerin %32.6'sı evinde, %34.8'i ise ev dışı ortamda düştüğünü, %20.7'si son 6 ayda düştüğünü belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışmamıza katılan bireylerin düşme sıklıkları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşam Boyu Düşme	Evet	235	42.3
	Hayır	294	52.9
	Kararsız	27	4.8
Son bir yıl içinde düşme	Evet	184	33.1
	Hayır	372	66.9
Son bir yıl içinde düşme sayısı	Düşmedi	372	66.9
	1 kez	91	16.4
	2 ve üzeri	93	16.7
Son bir yıl içinde tekrarlayan düşme (n=184)	1 kez düşme	91	49.5
	2 ve daha fazla düşme	93	50.5
Son bir yıl içinde evde düşme sayısı	Düşmedi	438	78.8
	1 kez	78	14.0
	2 ve daha fazla	40	7.2
Son bir yıl içinde ev dışı düşme sayısı	Düşmedi	417	79.2
	1 kez	74	14.1
	2 ve daha fazla	35	6.7
Son 1 yıl içinde evde/dışarıda düşme (n=184)	Evde düştü	60	32.6
	Dışarıda düştü	64	34.8
	Her ikisinde de düştü	60	32.6
Son 6 ayda düşme sayısı	Düşmedi	441	79.3
	1 kez düştü	80	14.4
	2 ve daha fazla düşme	35	6.3
Son 6 ayda düşme	Evet	115	20.7
	Hayır	441	79.3

Çalışmamızdaki bireylerin %13.5'i düşme sonucunda hastaneye yatması gerektiğini, %21.5'i denge bozukluğu nedeniyle %14.2'si ise ev ve ev dışı ortam etkenleri nedeniyle düştüğünü belirtmiştir.

Çalışmamızdaki bireylerin %15.3'ü düşmeye karşı önlem aldığını, düşmeye karşı önlem alanların ise %35.3'ü aile bireyleri önerdiği için, %11.8'i sağlıkçılar önerdiği için, %22.4'ü ise akraba/eş dost önerdiği için önlem almıştır. Ayrıca katılımcıların %27.8'i evini düşmeye karşı güvenli bulmamış olup, %32.0'ı ise yaşadığı mahalleyi düşmeye karşı güvenli bulmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışmamıza katılan bireylerin düşme sonucu yaralanma durumları, düşme nedenleri, düşmeye karşı önlem alma durumları ve ev/ev dışı ortamın düşme riski açısından değerlendirilmesi

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son 1 yıl içerisindeki düşme sonucu yaralanma (n=193)	Hastaneye yatmayı gerektirecek yaralanma oldu	26 13.5
	Hafif yaralanma oldu	74 38.3
	Olmadı	93 48.2
Son düşmenin nedeni (n=209)*	Denge bozukluğu / bilinç kaybı	45 21.5
	Güç/takatin kesilmesi	33 5.9
	Görme sorunları	18 3.2
	Ev ya da ev dışı olumsuz çevre koşulları	79 14.2
	Hatırlamıyor	25 12.0
	Diğer (hastalıklar, unutkanlık)	9 4.3
Evin düşme güvenliği açısından değerlendirilmesi	Güvenli değil	155 27.8
	Orta derece güvenli	220 39.6
	Güvenli	181 32.6
Mahallenin düşme güvenliği açısından değerlendirilmesi	Güvenli değil	178 32.0
	Orta derece güvenli	237 42.6
	Güvenli	141 25.4
Evinde düşmeye karşı önlem alma	Önlem almamış	471 84.7
	Önlem almış	85 15.3
Evinde düşmeye karşı önlem alanlar içerisinde önlemi öneren (n=85)	Sağlık çalışanları	10 11.8
	Aile bireyleri	30 35.3
	Yakın akraba, eş, dost	19 22.4
	TV/sosyal medya	17 20.0
	Diğer	9 10.5

*Çok seçeneklidir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %10,5'i yaşamlarından memnun olmadıklarını, %8,1'i ailesi ya da akrabalarının kendisini ziyaret etme sıklığından memnun olmadıklarını, %7,4'ü aile içi ilişkilerinden memnun olmadıklarını, %5,8'i arkadaşlık/komşuluk ilişkilerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yer alan değişkenlerden olan ilişki memnuniyeti değişkenleri ile oluşturulan ilişki indeks puanına göre, çalışmamızdaki bireylerin %40,5'inin zayıf ilişki düzeyi, %29,5'inin orta düzey ilişki ve %30,0'nın yeterli düzeyde ilişki düzeyi bulunmuştur.

Çalışmamızdaki bireylerin %19,6'sı nadiren ya da ara sıra sözel şiddete maruz kaldığını, %2,2'si nadiren ya da ara sıra fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Olası depresyon durumunu ölçen WHO-5 iyilik hali indeksine göre, çalışmamızdaki bireylerin %41,0'ında olası depresyon saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışmamıza katılan bireylerin yaşam ve ilişki memnuniyetleri, sözel-fiziksel şiddet durumları ile olası depresyon durumları

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaşam memnuniyeti	Pek memnun değil	58	10.5
	Orta derece memnun	184	33.0
	Memnun	314	56.5
Aile ya da akrabaların ziyaret/haberleşme sıklığından memnuniyet	Pek memnun değil	45	8.1
	Orta derece memnun	122	21.9
	Memnun	289	70.0
Aile içi ilişkilerden memnuniyet	Pek memnun değil	41	7.4
	Orta derece memnun	111	20.0
	Memnun	404	72.6
Arkadaşlık/komşuluk ilişkilerinden memnuniyet	Pek memnun değil	32	5.8
	Orta derece memnun	143	25.7
	Memnun	381	68.5
İlişki memnuniyeti indeksi*	Zayıf ilişki düzeyi	225	40.5
	Orta ilişki dizeyi	164	29.5
	Yeterli ilişki düeyi	167	30.0
Sözel şiddet sıklığı	Hiçbir zaman	447	80.4
	Çok nadir	69	12.4
	Ara sıra	40	7.2
Fiziksel şiddet sıklığı	Hiçbir zaman	544	97.8
	Çok nadir	10	1.8
	Ara sıra	2	0.4
Şiddet (fiziksel ya da sözel şiddet varlığı)	Var	109	19.6
	Yok	447	80.4
İyilik hali (WHO-5) indeksi	Olası depresyon yok	328	59.0
	Olası depresyon	228	41.0
WHO-5 Ortalaması (100 üzerinden)	$\bar{X} \pm ss: 57.57 \pm 21.72$	Ortanca:60.0 (min. 0 maks. 100)	

*İlgili indeks ilişki memnuniyet değişkenlerini içermektedir: Aile ya da akrabaların kendisini ziyaret etme sıklığı, aile içi ilişkiler, arkadaşlık-komşuluk ilişkileri

Çalışmamıza katılan bireylerin %67.2'si telefonundan istediği kişileri arayabildiğini, %9.2'si sadece arandığında telefonu açabildiğini, %7.4'ü ise telefonu kullanamadıklarını belirtmiştir.

Katılımcıların %70.9'u günlük işlerini kimseye bağlı olmadan dışarı çıkıp halledemediğini, %15.5'i bütün mali işleri için yardıma ihtiyaç duyduğunu, %8.0'ı gelirini özgürce kullanamadığını belirtmiştir. Çalışmamızda mali bağımsızlık değişkenleri ile oluşturulan ekonomik bağımsızlık indeksine göre, çalışmamızda yer alan bireylerin %11.3'ünün4 parasal işlerinde bağımlı, %18.3'ünün parasal işlerinde yarı bağımlı, %70.4'ünün ise parasal işlerinde bağımsız olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların günlük fonksiyonel yaşam aktivitelerini değerlendirmek üzere sorulan KATZ ölçeğine göre, çalışmamızdaki bireylerin %4.7'si günlük işlerinde tam bağımlı, %9.3'ü ise yarı bağımlı bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Çalışmamıza katılan bireylerin parasal ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Telefon kullanabilme	İsteddiği kişileri arayabiliyor	374	67.2
	Sadece belli kişileri arayabiliyor	90	16.2
	Sadece arandığında açabiliyor	51	9.2
	Kullanamıyor	41	7.4
Kendi başına dışarı çıkıp günlük işlerini halletme sıklığı	Nadiren	83	14.9
	Bazen	79	14.2
	Çoğu zaman	394	70.9
Mali bağımsızlık	Bağımsız	271	48.7
	Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç duyar	199	35.8
	Bütün mali işler için yardıma bağımlı	86	15.5
Kendi gelirini özgürce kullanabilme	Özgürce kullanabiliyor	423	76.2
	Kullanamıyor	45	8.0
	Bir ölçüde kullanabiliyor	88	15.8
Ekonomik bağımsızlık indeksi*	Parasal işlerinde bağımlı	63	11.3
	Yarı bağımlı	102	18.3
	Bağımsız	391	70.4
Fonksiyonel bağımsızlık (KATZ)	Tam bağımlı	26	4.7
	Yarı bağımlı	52	9.3
	Bağımsız	478	86.0

*İlgili indeks mali bağımsızlık değişkenlerini içermektedir: Parasal işlerinde bağımsızlık, gelirini özgürce kullanabilme

Çalışmamıza katılan bireylerin WHOQOL-AGE Ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutunun ortalaması 70.92 ± 13.94 , beklentilerin karşılanması alt boyutu puan ortalaması 66.75 ± 13.57 , toplam puan ortalaması ise 68.83 ± 13.08 bulunmuştur (Tablo 22). WHOQOL-AGE ölçeği kullanılarak tek değişkenli analizlerle birlikte çoklu analizlerin de yapılabilmesi için medyandan ikili gruplara bölünmüştür. Buna göre, katılımcıların %52.0'ının boyut 1'e göre yaşam kalitesi yeterli (yaşam doyumu), %50.9'unun boyut 2'ye göre yaşam kalitesi yeterli (beklentilerin karşılanması), %50.2'sinin ise toplam puana göre yaşam kalitesi yeterli bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 22. Yaşam kalitesi toplam puanı ile alt boyutlarının (yaşam doyumu ve beklentilerinin karşılanması) ortanca ve ortalama değerleri

Değişkenler	Ortanca (min-maks)	$\bar{X} \pm ss$
Yaşam kalitesi indeksi boyut 1 (Yaşam doyumu)	72.30 (27.69 – 100)	70.92 $\pm$ 13.94
Yaşam kalitesi indeksi boyut 2 Beklentilerin karşılanması	66.66 (27.62 – 100)	66.75 $\pm$ 13.57
Yaşam kalitesi indeksi toplam puan	69.67 (28.42 – 100)	68.83 $\pm$ 13.08

Tablo 23. Yaşam kalitesi toplam puanı ile alt boyutlarının (yaşam doyumu ve beklentilerinin karşılanması) ortancadan bölünmüş oranları için sayı ve yüzdeleri

Yaşam kalitesi indeksi boyutları ve toplam puanı	Yeterli n (%)	Yetersiz n (%)
Yaşam kalitesi indeksi boyut 1 (Yaşam doyumu)	289 (52.0)	267 (48.0)
Yaşam kalitesi indeksi boyut 2 (Beklentilerin karşılanması)	283 (50.9)	273 (49.1)
Yaşam kalitesi indeksi toplam puan	279 (50.2)	278(9.8)

4.2. Çözümleyici Bulgular

WHOQOL-AGE Ölçeğinin Toplam Boyutu'nun Tek Değişkenli Analizleri

Yaptığımız çalışmanın tek değişkenli analizlerinde, katılımcıların yaşam kalitesi, Altıeylül ilçesinin yarı kentsel mahallelerine göre kentsel mahallelerinde yaşayanlarda 2.00 (%95 G.A= 1.42–2.82) kat, 70 yaş altına göre 75 yaş ve üzeri olanlarda 3.20 (%95 G.A=2.10-4.90) kat, evli olanlara göre boşanmış ya da eşi ölmüş olanlarda 2.78 (%95 G.A=1.29-6.03) kat, eğitim durumu lise ve üzeri olanlara göre herhangi bir okul bitirmemiş olanlarda 4.25 (2.60-6.90) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo).

Yaşam kalitesi skoru, geliri giderinden fazla olanlara göre geliri giderinden az olanlarda 5.37 (%95 G.A=2.83-10.16) kat, üst sosyal sınıfa göre alt sosyal sınıfta yer alanlarda 1.95 (%95 G.A=1.24-3.04) kat, sosyal güvencesi SGK ya da özel olanlara göre yeşil kart olanlarda 7.92 (%95 G.A=3.06-20.55) kat, eşi ile birlikte yaşayanlara göre akraba ya da çocuklarında yaşayanlarda 3.33 (%95 G.A=1.29-8.54) kat, bakıcısı olmayanlara göre bakıcısı olanlarda 5.06 (%95 G.A=1.70-15.08) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 24).

Cinsiyet, vücut kütle indeksi, çalışma durumu, çocuk sayısı, evinde kaç kişi ile birlikte kaldığı ve Balıkesir’de kaç yıldır yaşadığı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 24. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Mahalleler	Yarı kentsel	137 (60.4)	90 (39.6)	15.879	<0.001	Ref.
	Kentsel	142 (43.2)	187 (56.8)			2.00 (1.42–2.82)
Yaş	65-69	161 (60.5)	105 (39.5)	30.081	<0.001	Ref.
	70-74	70 (49.3)	72 (50.7)			1.50 (1.00-2.40)
	75 yaş ve üzeri	48 (32.4)	100 (67.6)			3.20 (2.10-4.90)
Medeni durum	Evli	210 (55.9)	166 (44.1)	15.723	<0.001	Ref.
	Eşi ölmüş	59 (39.9)	89 (60.1)			1.90 (1.29-2.81)
	Boşanmış ya da bekâr	10 (31.3)	22 (68.8)			2.78 (1.29-6.03)
Eğitim durumu	Herhangi bir okul bitirmede	48 (33.3)	96 (66.7)	35.494	<0.001	4.25 (2.60-6.90)
	İlkokul ya da ortaokul	129 (49.2)	133 (50.8)			2.19 (1.44-3.33)
	Lise ve üzeri	102 (68.0)	48 (32.0)			Ref.
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	54 (63.5)	31 (36.5)	33.982	<0.001	Ref.
	Geliri giderine eşit	201 (53.9)	172 (46.1)			-
	Geliri giderinden az*	21 (24.5)	74 (75.5)			5.37 (2.83-10.16)
Sosyal sınıf	Üst sosyal sınıf	63 (59.4)	43 (40.6)	15.366	<0.001	Ref.
	Orta sosyal sınıf	80 (60.2)	53 (39.8)			-
	Alt sosyal sınıf*	136 (42.9)	181 (57.1)			1.95 (1.24-3.04)
Sosyal güvence	SGK ya da özel	274 (53.1)	242 (46.9)	24.478	<0.001	Ref.
	Yeşil kart*	5 (12.5)	35 (87.5)			7.92 (3.06-20.55)
Kiminle birlikte yaşadığı	Eşi ve çocukları	232 (52.6)	209 (47.4)	8.083	0.018	Ref.
	Akraba, arkadaş**	6 (25.0)	18 (75.0)			3.33 (1.29-8.54)
	Tek	41 (45.1)	50 (54.9)			-
Bakıcı varlığı	Yok	275 (51.6)	258 (48.4)	10.318	<0.001	Ref.
	Var	4 (17.4)	19 (82.6)			5.06 (1.70-15.08)

*WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

**Üç kategorili analizlerde farkı oluşturan grup. İşaret bulunmayan üçlü gruplarda her bir grubun kendi içerisinde fark vardır.

Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi, kendisine ait evi olanlara göre olmayanlarda 3.86 (%95 G.A=1.98-7.52) kat, müstakil evi olanlara göre asansörlü apartman dairesine sahip olanlarda 0.49 (%95 G.A=0.31-0.72) kat, kendisine ait dinlenme/yatma odası olmayanlara göre olanlarda 3.86 (%95 G.A=1.98-7.25) kat, evinde alafranga tuvaleti bulunanlara göre bulunmayanlarda 2.20 (%95 G.A=1.42 – 3.41) kat, evinde ısıtma sistemi olarak kalorifer bulunanlara göre bulunmayanlarda 2.20 (%95 G.A=1.48-3.27) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 25).

Evcil hayvan varlığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 25. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Kendisine ait ev varlığı	Kendi evi/kira	267 (53.1)	236 (46.9)	17.771	<0.001	Ref.
	Akraba ya da çocuklarının evi	12 (22.6)	41 (77.4)			3.86 1.98-7.52)
Ev tipi	Müstakil	109 (45.6)	130 (54.4)	10.237	0.006	Ref.
	Asansörlü apartman dairesi**	75 (63.0)	44 (37.0)			0.49 (0.31-0.72)
	Asansörsüz apartman dairesi	95 (48.0)	103 (52.0)			-
Kendisine ait yatma/dinlenme odası varlığı	Var	253 (52.7)	227 (47.3)	8.980	0.003	Ref.
	Yok	26 (34.2)	50 (65.8)			3.86 (1.98-7.25)
Evinde kullandığı tuvalet tipi	Alafranga	84 (46.2)	98 (53.8)	14.328	<0.001	1.65 (1.12-2.43)
	Alaturka	49 (39.2)	76 (60.8)			2.20 1.42 – 3.41)
	Her ikisi**	146 (58.6)	103 (41.4)			Ref.
Isınma tipi	Kalorifer	229 (55.0)	187 (45.0)	15.662	<0.001	Ref.
	Soba ya da elektrikli ısıtıcı	50 (35.7)	90 (64.3)			2.20 (1.48-3.27)

*WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

**Farkı oluşturan grup

Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi, sağlık algısı iyi olanlara göre kötü olanlarda 9.62 (%95 G.A=5.43-17.06) kat, kronik hastalığı olanlara göre olmayanlarda 2.47 (%95 G.A=1.50-4.08) kat, ilaç kullanmayanlara göre dört ve daha fazla ilaç kullananlarda 3.52 (%95 G.A=2.13-5.82) kat, doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmayanlara göre kullananlarda 1.75 (%95 G.A=1.28-2.46) kat, işitme ve görme durumu iyi olanlara göre kötü olanlarda 4.44 (%95 G.A=2.68-7.63) kat, bedensel

engeli olmayanlara göre olanlarda 2.75 (%95 G.A=1.69-4.48) kat, son 6 ay hastaneye yatışı olmayanlara göre olanlarda 1.84 (%95 G.A=1.19-2.86) kat, inkontinansı olmayanlara göre haftada iki ve daha fazla inkontinansı olanlarda 3.74 (%95 G.A=2.28-6.05) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 26).

Sağlık durumunu takip eden doktor varlığı, kendi aile hekiminin adını bilip bilmemesi ve bir sağlık sorununda ilk başvurduğu sağlık kurumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 26. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Sağlık algısı	Kötü	21 (22.6)	72 (77.4)	87.014	<0.001	9.62 (5.43-17.06)
	Orta	98 (39.8)	148 (60.2)			4.24 (2.85-6.30)
	İyi	160 (73.7)	57 (26.3)			Ref.
Kronik hastalık	Yok	57 (68.7)	26 (31.3)	13.497	<0.001	Ref.
	Var	222 (46.9)	251 (53.1)			2.47 (1.50-4.08)
Kullandığı ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	67 (65.7)	35 (34.3)	30.234	<0.001	Ref.
	3 ilaç ya da daha az	143 (55.4)	115 (44.6)			1.53 (0.95-2.48)
	4 ilaç ya da daha çok	69 (35.2)	127 (64.8)			3.52 (2.13-5.82)
Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Kullanmıyor	179 (56.1)	140 (43.9)	10.537	<.001	Ref.
	Kullanıyor	100 (42.2)	137 (57.8)			1.75 (1.28-2.46)
Son 6 ay hastane yatışı varlığı	Yok	239 (52.9)	213 (47.1)	7.562	0.006	Ref.
	Var	39 (37.9)	64 (62.1)			1.84 (1.19-2.86)
İşitme ve görme durumu	Kötü	32 (29.4)	76 (70.4)	37.433	<0.001	4.44 (2.68-7.63)
	Orta	116 (47.0)	131 (53.0)			2.13 (1.44-3.10)
	İyi	131 (65.2)	70 (34.8)			Ref.
Bedensel engel varlığı	Yok	244 (54.1)	207 (45.9)	47.434	<0.001	Ref.
	Var	27 (30.0)	63 (70.0)			2.75 (1.69-4.48)
İnkontinans	Hiçbir zaman	195 (59.1)	135 (40.9)	31.243	<0.001	Ref.
	Haftada bir kez	54 (45.4)	65 (54.6)			1.74 (1.14-2.62)
	Haftada birden çok kez	28 (28.0)	72 (72.0)			3.74 (2.28-6.05)

Not: Bütün üçlü gruplarda, her grup arasında fark vardır.

*WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi, haftada en az üç gün egzersiz yapanlara göre yapmayanlarda 4.23 (%95 G.A=2.80-6.41) kat, sağlıklı beslenenlere göre beslenmeyenlerde 1.64 (%95 G.A=1.06-2.54) kat, uyku problemi olmayanlara göre sıklıkla olanlarda 3.77 (%95 G.A=2.37-6.00) kat, yüksek düzey sosyal aktivitesi olanlara göre düşük düzey olanlarda 2.84 (%95 G.A=1.85-4.37) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 27).

Sigara ve alkol kullanımı ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 27. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Egzersiz	Hiç yapmıyor	55 (31.4)	120 (68.6)	49.552	<0.001	4.23 (2.80-6.41)
	Haftada 1-2 kez	65 (46.4)	75 (53.6)			2.24 (1.46-3.42)
	Haftada 3 ya da daha çok	159 (66.0)	82 (34.0)			Ref.
Sağlıklı beslenme indeksi**	Sağlıklı besleniyor	238 (52.4)	216 (47.6)	4.981	0.026	Ref.
	Sağlıksız besleniyor	41 (40.2)	61 (59.8)			1.64 (1.06-2.54)
Uyku problemi varlığı	Sıklıkla var	36 (31.9)	77 (68.1)	44.053	<0.001	3.77 (2.37-6.00)
	Biraz var	63 (39.1)	98 (60.9)			2.74 (1.84-4.10)
	Yok	180 (63.8)	102 (36.2)			Ref.
Sosyal aktivite	Düşük düzey sosyal aktivite**	68 (35.8)	122 (64.2)	25.572	<0.001	2.84 (1.85-4.37)
	Orta düzey sosyal aktivite	108 (54.5)	90 (45.5)			1.32 (0.87-2.01)
	Yüksek düzey sosyal aktivite	103 (61.3)	277 (49.8)			Ref.

*WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

**Sağlıklı beslenme indeksi şu değişkenleri içeriyor: Yemeklerden önce tuz ilave etme, günde kaç öğün yemek yediği ve günlük su tüketimi **Farkı oluşturan grup.

Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi, 65 yaş ve sonrası dönemde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.68 (%95 G.A=1.86-3.86) kat, son bir yıl içerisinde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.57 (%95 G.A=1.78-3.70) kat, düşme sonucu yaralanma olmayanlara göre olanlarda 3-25 (%95 G.A=1.64-6.48) kat, düşme açısından evini güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 5.85 (%95 G.A=3.65-9.40) kat, düşme açısından yaşadığı mahalleyi güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 8.30 (%95 G.A=5.01-13.76) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 28).

Ev ya da ev dışı ortamda düşme ve düşmeye karşı önlem alma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 28. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
65 yaş ve sonrası dönemde düşme	Yok	180 (64.1)	101 (35.9)	28.777	<0.001	Ref.
	Var	87 (39.9)	131 (60.1)			2.68 (1.86-3.86)
Son bir yıl içerisinde düşme	Yok	215 (57.8)	157 (42.2)	26.080	<0.001	Ref.
	Var	64 (34.8)	120 (65.2)			2.57 (1.78-3.70)
Düşme sonucu yaralanma	Hastanede yatmasını gerektirecek düzeyde yaralanma	10 (38.5)	16 (61.5)	11.829	0.003	-
	Hafif yaralanma**	16 (21.6)	58 (78.4)			3.25 (1.64-6.48)
	Yaralanma olmadı	44 (47.3)	49 (52.7)			Ref.
Düşmeler yönünden evini güvenli bulma	Güvenli değil	42 (27.1)	113 (72.9)	57.481	<0.001	5.85 (3.65-9.40)
	Orta derece güvenli	113 (51.4)	107 (48.6)			2.06 (1.37-3.10)
	Güvenli	124 (68.5)	57 (31.5)			Ref.
Düşmeler yönünden mahallesini güvenli bulma	Güvenli değil	45 (25.3)	133 (74.7)	77.568	<0.001	8.30 (5.01-13.76)
	Orta derece güvenli	130 (54.9)	107 (45.1)			2.34 (1.47-3.64)
	Güvenli	104 (73.8)	37 (26.2)			Ref.

*WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

**Farkı oluşturan grup.

Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi, yaşamlarından memnun olanlara göre olmayanlarda 23.35 (%95 G.A=9.68–56.34) kat, ilişkilerinden memnun olanlara göre olmayanlarda 6.37 (%95 G.A=4.09-9.94) kat, günlük işlerini başkasına ihtiyaç duymadan halledenlere göre edemeyenlerde 2.66 (%95 G.A=1.81-3.90) kat, parasal işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı olanlarda 4.33 (%95 G.A=2.37-7.91) kat, ailesi bireylerinden şiddete maruz kalmayanlara göre kalanlarda 2.08 (%95 G.A=1.35-3.21) kat, telefon kullanabilenlere göre kullanamayanlarda 5.72 (%95 G.A=3.28-10.0) kat, günlük yaşam işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı olanlarda

19.61 (%95 G.A=7.78-49.40) kat, olası depresif belirtileri olmayanlara göre olanlarda 8.57 (%95 G.A=5.77-12.72) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam skoru ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi yaşam kalitesi n (%)	Düşük düzey yaşam kalitesi n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Yaşam memnuniyeti	Memnun değil	6 (10.3)	52 (89.7)	152.603	<0.001	23.35 (9.68–56.34)
	Orta derece memnun	44 (23.9)	140 (76.1)			8.58 (5.63-13.06)
	Memnun	229 (72.9)	85 (27.1)			Ref.
İlişki memnuniyeti	Memnun değil	63 (28.0)	162 (72.0)	79.255	<0.001	6.37 (4.09-9.94)
	Orta derece memnun	97 (59.1)	67 (40.9)			1.71 (1.08-2.70)
	Memnun	119 (71.3)	48 (28.7)			Ref.
Günlük işlerini kimseye ihtiyaç duymadan halledebilme	Nadiren ya da bazen	54 (33.3)	108 (66.7)	25.953	<0.001	2.66 (1.81-3.90)
	Çoğu zaman	225 (57.1)	169 (42.9)			Ref.
Ekonomik bağımsızlık	Parasal işlemlerinde bağımlı	16 (25.4)	47 (74.6)	46.928	<0.001	4.33 (2.37-7.91)
	Yarı bağımlı	30 (29.4)	72 (70.6)			3.54 (2.21-5.67)
	Bağımsız**	233 (59.6)	158 (40.4)			Ref.
Şiddet	Fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalmamış	240 (53.7)	207 (46.3)	11.246	<0.001	Ref.
	Fiziksel ya da sözel şiddete uğramış	39 (35.8)	70 (64.2)			2.08 (1.35-3.21)
Telefon kullanabilme	Kullanabiliyor / arayabiliyor	262 (56.5)	202 (43.5)	44.317	<0.001	Ref.
	Sadece açabiliyor ya da kullanamıyor	17 (18.5)	75 (81.5)			5.72 (3.28-10.0)
KATZ Günlük işlerinde bağımsızlık	Bağımsız	274 (57.3)	204 (42.7)	69.527	<0.001	Ref.
	Bağımlı	5 (6.4)	73 (93.6)			19.61 (7.78-49.40)
WHO-5 iyilik Hali indeksi	Olası depresyon yok	230 (70.1)	98 (29.9)	127.239	<0.001	Ref.
	Olası depresyon	49 (21.5)	179 (78.5)			8.57 (5.77-12.72)

**WHOQOL-AGE toplam skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür. **Farkı oluşturan grup.*

WHOQOL-AGE Ölçeği Yaşam doyumu alt boyutunun tek değişkenli Analizleri

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi ile risk faktörlerinin dağılımına bakıldığında, Altıeylül'ün yarı kentsel mahallelerine göre kentsel mahallelerinde yaşayanlarda 2.20 (%95 G.A=1.55-3.11) kat, 70 yaş altına göre 75 yaş ve üzeri olanlarda 3.93 (%95 G.A=2.56-6.03) kat, evli olanlara göre boşanmış ya da eşi ölmüş olanlarda 2.25 (%95 G.A=1.07-4.74) kat, eğitim durumu lise ve üzeri olanlara göre herhangi bir okul bitirmemiş olanlarda 2.97 (%95 G.A=1.85-4.77) kat daha düşük bulunmuştur (%95 G.A=Tablo).

Yaşam doyumu düzeyi, geliri giderinden fazla olanlara göre geliri giderinden az olanlarda 2.93 (%95 G.A=1.60-5.41) kat, üst sosyal sınıfa göre alt sosyal sınıfta yer alanlarda 2.18 (%95 G.A=1.38-3.43) kat, sosyal güvencesi SGK ya da özel olanlara göre yeşil kart olanlarda 5.68 (%95 G.A=2.47-13.08) kat, aktif olarak herhangi bir işte çalışanlara göre çalışmayanlarda 2.16 (%95 G.A=1.21-3.83) kat, eşi ile birlikte yaşayanlara göre akraba ya da çocuklarında yaşayanlarda 4.50 (%95 G.A=1.65-12.57) kat, çocuğu olmayanlara göre 1-2 çocuğu olanlarda 0.47 (%95 G.A=0.15-1.41) kat, bakıcısı olmayanlara göre bakıcısı olanlarda 5.45 (%95 G.A=1.83-16.26) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 30).

Cinsiyet, vücut kütle indeksi, evinde kaç kişi ile birlikte kaldığı ve kaç yıldır Balıkesir'de yaşadığı ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 30. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Mahalleler	Yarı kentsel	144 (63.4)	83 (36.6)	20.176	<0.001	Ref.
	Kentsel	145 (44.1)	184 (55.9)			2.20 (1.55-3.11)
Yaş	65-69	170 (63.9)	96 (36.1)	41.082	<0.001	Ref.
	70-74	73 (51.4)	69 (48.6)			1.67 (1.10-2.53)
	75 yaş ve üzeri	46 (31.1)	102 (68.9)			3.93 (2.56-6.03)
Medeni durum	Evli	216 (57.4)	160 (42.6)	14.060	<0.001	Ref.
	Eşi ölmüş	61 (41.2)	87 (58.8)			1.92 (1.31-2.82)
	Boşanmış ya da bekâr	12 (37.5)	20 (62.5)			2.25 (1.07-4.74)
Eğitim durumu	Herhangi bir okul bitirmede	53 (36.8)	91 (63.2)	21.384	<0.001	2.97 (1.85-4.77)
	İlkokul ya da ortaokul	141 (53.8)	121 (46.2)			1.48 (0.98-2.24)
	Lise ve üzeri	95 (63.3)	55 (36.7)			Ref.

Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	47 (55.3)	38 (44.7)	23.977	<0.001	Ref.
	Geliri giderine eşit	213 (57.1)	160 (42.9)			-
	Geliri giderinden az	29 (29.6)	69 (70.4)			2.93 (1.60-5.41)
Sosyal sınıf	Üst sosyal sınıf	68 (64.2)	38 (35.8)	14.652	<0.001	Ref.
	Orta sosyal sınıf	78 (58.6)	55 (41.4)			-
	Alt sosyal sınıf	143 (45.1)	174 (54.9)			2.18 (1.38-3.43)
Sosyal güvence	SGK ya da özel	282 (54.7)	234 (45.3)	20.527	<0.001	Ref.
	Yeşil kart	7 (17.5)	33 (82.5)			5.68 (2.47-13.08)
Çalışma durumu	Çalışıyor	40 (67.8)	19 (32.2)	11.150	0.004	Ref.
	Çalışmıyor, iş arıyor	9 (81.8)	2 (18.2)			-
	Çalışmıyor, iş aramıyor	240 (49.4)	246 (50.6)			2.16 (1.21-3.83)
Kiminle birlikte yaşadıkları	Eşi ve çocukları	239 (54.2)	202 (45.8)	10.428	0.005	Ref.
	Akraba. arkadaş	5 (20.8)	19 (79.2)			4.50 (1.65-12.57)
	Tek	45 (49.5)	46 (50.5)			-
Çocuk sayısı	Yok	6 (42.9)	8 (57.1)	10.990	0.004	Ref.
	1-2 çocuk	121 (61.4)	76 (38.6)			0.47 (0.15-1.41)
	3 ve daha fazla	162 (47.0)	183 (53.0)			-
Bakıcı varlığı	Yok	285 (53.5)	248 (46.5)	11.499	<0.001	Ref.
	Var	4 (17.4)	19 (82.6)			5.45 (1.83-16.26)

**WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür*

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi, kendisine ait evi olanlara göre olmayanlarda 3.74 (%95 G.A=1.95-7.17) kat, kendisine ait yatma/dinlenme odası olanlara göre olmayanlarda 1.91 (%95 G.A=1.17-3.15) kat, evinde alaturka ve alafrağı tip tuvalet bulunanlara göre sadece alaturka bulunanlarda 1.61 (%95 G.A=1.05-2.48) kat, evinde evcil hayvan besleyenlere göre beslemeyenlerde 1.67 (%95 G.A=1.04-2.66) kat, evinde ısıtıcı aracı olarak kalorifer bulunanlara göre soba/elektrikli ısıtıcı bulunanlarda 1.76 (%95 G.A=1.20-2.60) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 31).

Ev tipi ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 31. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Kendisine ait ev varlığı	Kendi evi/kira	276 (54.9)	227 (45.1)	17.685	<0.001	Ref.
	Akraba ya da çocuklarının evi	13 (24.5)	40 (75.5)			3.74 (1.95-7.17)
Kendisine ait yatma/dinlenme odası varlığı	Var	260 (54.2)	220 (45.8)	6.737	0.009	Ref.
	Yok	29 (38.2)	47 (61.8)			1.91 (1.17-3.15)
Evinde kullandığı tuvalet tipi	Alafranga	83 (45.6)	99 (54.4)	9.075	0.011	1.72 (1.20-2.52)
	Alaturka	59 (47.2)	66 (52.8)			1.61 (1.05-2.48)
	Her ikisi	147 (59.0)	102 (41.0)			Ref.
Evcil hayvan varlığı	Var	55 (62.5)	33 (37.5)	4.637	0.031	Ref.
	Yok	234 (50.0)	234 (50.0)			1.67 (1.04-2.66)
Isınma tipi	Kalorifer	231 (55.5)	185 (44.5)	8.343	0.004	Ref.
	Soba ya da elektrikli ısıtıcı	58 (41.4)	82 (58.6)			1.76 (1.20-2.60)

*WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi, sağlık algısı iyi olanlara göre kötü olanlarda 18.81 (%95 G.A=9.92-35.67) kat, kronik hastalığı olanlara göre olmayanlarda 3.44 (%95 G.A=2.018-5.87) kat, ilaç kullanmayanlara göre dört ve daha fazla ilaç kullananlarda 4.18 (%95 G.A=2.63-7.41) kat, doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmayanlara göre kullananlarda 1.93 (%95 G.A=1.37-2.71) kat, bir sağlık sorununda ilk başvurduğu sağlık kurumu ASM olanlara göre ASM olmayanlarda 1.55 (%95 G.A=1.10-2.22) kat, işitme ve görme durumu iyi olanlara göre kötü olanlarda 7.05 (%95 G.A=4.15-12.00) kat, bedensel engeli olmayanlara göre olanlarda 2.58 (%95 G.A=1.60-4.15) kat, son 6 ay hastaneye yatışı olmayanlara göre olanlarda 1.73 (%95 G.A=1.12-2.68) kat, inkontinansı olmayanlara göre haftada iki ve daha fazla inkontinansı olanlarda 3.91 (%95 G.A=2.41-6.36) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 32).

Sağlığını takip eden doktor varlığı ve aile hekiminin adını bilip bilmeme ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 32. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Sağlık algısı	Kötü	15 (16.1)	78 (83.9)	117.580	<0.001	18.81 (9.92-35.67)
	Orta	104 (42.3)	142 (57.7)			4.94 (3.28-7.44)
	İyi	170 (78.3)	47 (21.7)			Ref.
Kronik hastalık	Yok	63 (75.9)	20 (24.1)	22.374	<0.001	Ref.
	Var	226 (47.8)	247 (52.2)			3.44 (2.018-5.87)
Kullandığı ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	72 (70.6)	30 (29.4)	39.245	<0.001	Ref.
	3 ilaç ya da daha az	148 (57.4)	110 (42.6)			1.78 (1.09-2.91)
	4 ilaç ya da daha çok	69 (35.2)	127 (64.8)			4.18 (2.63-7.41)
Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Kullanmıyor	188 (58.9)	131 (41.1)	14.506	<0.001	Ref.
	Kullanıyor	101 (42.6)	136 (57.4)			1.93 (1.37-2.71)
Son 6 ay hastane yatışı varlığı	Yok	246 (54.6)	206 (45.6)	6.259	0.012	Ref.
	Var	42 (40.8)	61 (59.2)			1.73 (1.12-2.68)
İlk başvurulacak sağlık kurumu	ASM	113 (59.2)	78 (40.8)	6.016	0.014	Ref.
	Kamu ya da özel	176 (48.2)	189 (51.8)			1.55 (1.10-2.22)
İşitme ve görme durumu	Kötü	27 (25.0)	81 (75.0)	58.965	<0.001	7.05 (4.15-12.00)
	Orta	121 (49.0)	126 (51.0)			2.44 (1.65-3.62)
	İyi	141 (70.1)	60 (29.9)			Ref.
Bedensel engel varlığı	Yok	254 (56.3)	197 (43.7)	15.896	<0.001	Ref.
	Var	30 (33.3)	60 (66.7)			2.58 (1.60-4.15)
İnkontinans	Hiçbir zaman	203 (61.5)	127 (38.5)	35.258	<0.001	Ref.
	Haftada bir kez	54 (45.4)	65 (54.6)			1.92 (1.26-2.94)
	Haftada birden çok kez	29 (29.0)	71 (71.0)			3.91 (2.41-6.36)

*WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi, haftada en az üç gün egzersiz yapanlara göre yapmayanlarda 3.76 (%95 G.A=2.50-5.67 kat, alkol kullanmayanlara göre kullananlarda 0.51 (%95 G.A=0.31-0.83) kat, uyku problemi olmayanlara göre sıklıkla olanlarda 5.12 (%95 G.A=3.17-8.30) kat, yüksek düzey sosyal aktivitesi

bulunanlara göre düşük düzey bulunanlarda 2.84 (%95 G.A=1.85-4.37) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 33).

Sigara ve sağlıklı beslenme durumu (günlük su tüketim miktarı, yemeklerden önce tuz ilave edip etmemesi, bir günde yediği öğün sayısı) ile yaşam doyumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 33. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Egzersiz	Hiç yapmıyor	61 (34.9)	114 (65.1)	42.729	<0.001	3.76 (2.50-5.67)
	Haftada 1-2 kez	67 (47.9)	73 (52.1)			2.20 (1.43-3.36)
	Haftada 3 ya da daha çok	161 (66.8)	80 (33.2)			Ref.
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	235 (49.6)	239 (50.4)	7.419	0.006	Ref.
	Kullanıyor	54 (65.9)	28 (34.1)			0.51 (0.31-0.83)
Uyku problemi varlığı	Sıklıkla var	31 (27.4)	82 (72.6)	52.748	<0.001	5.12 (3.17-8.30)
	Biraz var	72 (44.7)	89 (55.3)			2.40 (1.61-3.56)
	Yok	186 (66.0)	96 (34.0)			Ref.
Sosyal aktivite	Düşük düzey sosyal aktivite	68 (35.8)	122 (64.2)	30.413	<0.001	2.84 (1.85-4.37)
	Orta düzey sosyal aktivite	118 (59.6)	80 (40.4)			-
	Yüksek düzey sosyal aktivite	103 (61.3)	65 (38.7)			Ref.

*WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi, 65 yaş ve sonrası dönemde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.72 (%95 G.A=1.89-3.93) kat, son bir yıl içerisinde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.41 (%95 G.A=1.68-3.47) kat, düşme sonucu yaralanma olmayanlara göre olanlarda 3.62 (%95 G.A=1.85-7.07) kat, düşme açısından evini güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 4.05 (%95 G.A=2.58-6.40) kat, ev dışı ortamda düşenlerde 0.43 (%95 G.A= 0.20-0.90) kat, düşme açısından yaşadığı mahalleyi güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 6.81 (%95 G.A=4.51-11.17) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 34).

Düşmeye karşı önlem alma ile yaşam doyumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 34. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
65 yaş ve sonrası dönemde düşme	Yok	187 (66.5)	94 (33.5)	29.519	<0.001	Ref.
	Var	92 (42.2)	126 (57.8)			2.72 (1.89-3.93)
Son bir yıl içerisinde düşme	Yok	220 (59.1)	152 (40.9)	23.096	<0.001	Ref.
	Var	69 (37.5)	115 (62.5)			2.41 (1.68-3.47)
Evde ya da ev dışı ortamda düşme	Evde düştü	19 (31.7)	41 (68.3)	7.884	0.019	Ref.
	Ev dışı ortamda düştü	33 (51.6)	31 (48.4)			0.43 (0.20-0.90)
	Her ikisinde de düşme var	17 (29.3)	41 (70.7)			-
Düşme sonucu yaralanma	Hastanede yatmasını gerektirecek düzeyde yaralanma	6 (23.1)	20 (76.9)	18.069	<0.001	3.87 (1.43-10.53)
	Hafif yaralanma	18 (24.3)	56 (75.7)			3.62 (1.85-7.07)
	Yaralanma olmadı	50 (53.8)	43 (46.2)			Ref.
Düşmeler yönünden evini güvenli bulma	Güvenli değil	49 (31.6)	106 (68.4)	39.483	<0.001	4.05 (2.58-6.40)
	Orta derece güvenli	122 (55.5)	98 (44.5)			1.50 (1.00-2.56)
	Güvenli	118 (65.2)	63 (34.8)			Ref.
Düşmeler yönünden mahallesini güvenli bulma	Güvenli değil	52 (29.2)	126 (70.8)	65.381	<0.001	6.81 (4.51-11.17)
	Orta derece güvenli	133 (56.1)	104 (43.9)			2.20 (1.39-3.48)
	Güvenli	104 (73.8)	37 (26.2)			Ref.

*WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, yaşam doyumu düzeyi, yaşamlarından memnun olanlara göre olmayanlarda 29.02 (%95 G.A=11.22-75.07) kat, ilişkilerinden memnun olanlara göre olmayanlarda 5.82 (%95 G.A=3.74-9.06) kat, günlük işlerini başkasına ihtiyaç duymadan halledenlere göre edemeyenlerde 3.07 (%95 G.A=2.09-4.51) kat, parasal işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı olanlarda 4.21 (%95 G.A=2.33-7.61) kat, ailesi bireylerinden şiddete maruz kalmayanlara göre kalanlarda 2.28 (%95 G.A=1.48-3.51) kat, telefon kullanabilenlere göre kullanamayanlarda 7.40 (%95 G.A=4.13-13.26) kat, günlük yaşam işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı

olanlarda 21.37 (%95 G.A=8.48-53.86) kat, olası depresif belirtileri olmayanlara göre olanlarda 7.53 (%95 G.A=5.13-11.06) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 35. Yaşam kalitesi ölçeğinin yaşam doyumu alt boyutu ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		İyi düzey yaşam doyumu n (%)	Düşük düzey yaşam doyumu n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Yaşam memnuniyeti	Memnun değil	5 (8.6)	53 (91.4)	138.347	<0.001	29.02 (11.22-75.07)
	Orta derece memnun	54 (29.3)	130 (70.7)			6.60 (4.40-9.87)
	Memnun	230 (73.2)	84 (26.8)			Ref.
İlişki memnuniyeti	Memnun değil	70 (31.1)	155 (68.9)	71.279	<0.001	5.82 (3.74-9.06)
	Orta derece memnun	98 (59.8)	66 (40.2)			1.77 (1.11-2.81)
	Memnun	121 (72.5)	46 (27.5)			Ref.
Günlük işlerini kimseye ihtiyaç duymadan halledebilme	Çoğu zaman	236 (59.9)	158 (40.1)	33.982	<0.001	Ref.
	Nadiren ya da bazen	53 (32.7)	109 (67.3)			3.07 (2.09-4.51)
Ekonomik bağımsızlık	Parasal işlemlerinde bağımlı	17 (27.0)	46 (73.0)	42.357	<0.001	4.21 (2.33-7.61)
	Yarı bağımlı	34 (33.3)	68 (66.7)			3.11 (1.97-4.92)
	Bağımsız	238 (60.9)	153 (39.1)			Ref.
Şiddet	Fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalmamış	250 (55.9)	197 (44.1)	14.252	<0.001	Ref.
	Fiziksel ya da sözel şiddete uğramış	39 (35.8)	70 (64.2)			2.28 (1.48-3.51)
Telefon kullanabilme	Kullanabiliyor / arayabiliyor	274 (59.1)	190 (40.9)	56.207	<0.001	Ref.
	Sadece açabiliyor ya da kullanamıyor	15 (16.3)	77 (83.7)			7.40 (4.13-13.26)
KATZ Günlük işlerinde bağımsızlık	Bağımsız	284 (59.4)	194 (40.6)	75.475	<0.001	Ref.
	Bağımlı	5 (6.4)	73 (93.6)			21.37 (8.48-53.86)

WHO-5 İyilik Hali İndeksi	Olası depresyon yok	233 (71.0)	95 (29.0)	116.390	<0.001	Ref.
	Olası depresyon	56 (24.6)	172 (75.4)			7.53 (5.13-11.06)

**WHOQOL-AGE yaşam doyumu skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür*

WHOQOL-AGE Ölçeği Beklentilerin karşılanması alt boyutunun tek değişkenli Analizleri

Çalışmamızda, yaşam kalitesinin ikinci alt boyutu olan beklentilerin karşılanması ile risk faktörlerinin dağılımına bakıldığında, bireylerin beklentilerinin karşılanması, Altıeylül'ün yarı kentsel mahallelerine göre kentsel mahallelerinde yaşayanlarda 1.59 (%95 G.A=1.13-2.23) kat, 70 yaş altına göre 75 yaş ve üzeri olanlarda 2.86 (%95 G.A=1.88-4.37) kat, evli olanlara göre boşanmış ya da eşi ölmüş olanlarda 1.56 (%95 G.A=0.75-3.22) kat, eğitim durumu lise ve üzeri olanlara göre herhangi bir okul bitirmemiş olanlarda 4.12 (%95 G.A=2.53-6.70) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo).

Beklentilerin karşılanması. geliri giderinden fazla olanlara göre geliri giderinden az olanlarda 6.62 (%95 G.A=3.46-12.66) kat, üst sosyal sınıfa göre alt sosyal sınıfta yer alanlarda 1.45 (%95 G.A=0.93-2.26) kat, sosyal güvencesi SGK ya da özel olanlara göre yeşil kart olanlarda 6.57 (%95 G.A=2.74-15.91) kat, eşi ile birlikte yaşayanlara göre akraba ya da çocuklarında yaşayanlarda 3.21 (%95 G.A=1.25-8.42) kat, çocuğu olmayanlara göre 1-2 çocuğu olanlarda 0.72 (%95 G.A=0.24-2.15) kat, bakıcısı olmayanlara göre bakıcısı olanlarda 2.45 (%95 G.A=0.99-6.06) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 36).

Cinsiyet, vücut kütle indeksi, evinde kaç kişi ile birlikte kaldığı, çalışma durumu ve kaç yıldır Balıkesir'de yaşadığı ile beklentilerin karşılanması arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 36. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı çıkan değişkenler

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Mahalleler	Yarı kentsel	131 (57.7)	96 (42.3)	7.119	0.008	Ref.
	Kentsel	152 (46.2)	177 (53.8)			1.59 (1.13-2.23)
Yaş	65-69	154 (57.9)	112 (42.1)	27.548	<0.001	Ref.
	70-74	81 (57.0)	61 (43.0)			-
	75 yaş ve üzeri	48 (32.4)	100 (67.6)			2.86 (1.88-4.37)
Medeni durum	Evli	206 (54.8)	170 (45.2)	7.039	0.030	Ref.
	Eşi ölmüş	63 (42.6)	85 (57.4)			1.63 (1.11-2.40)
	Boşanmış ya da bekâr	14 (43.8)	18 (56.3)			1.56 (0.75-3.22)
Eğitim durumu	Herhangi bir okul bitirmedi	49 (34.0)	95 (66.0)	33.981	<0.001	4.12 (2.53-6.70)
	İlkokul ya da ortaokul	132 (50.4)	130 (49.6)			2.09 (1.37-3.18)
	Lise ve üzeri	102 (68.0)	48 (32.0)			Ref.
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	58 (68.2)	27 (31.8)	38.904	<0.001	Ref.
	Geliri giderine eşit	201 (53.9)	172 (46.1)			1.84 (1.11-3.03)
	Geliri giderinden az	24 (24.5)	74 (75.5)			6.62 (3.46-12.66)
Sosyal sınıf	Üst sosyal sınıf	58 (54.7)	48 (45.3)	9.743	0.008	Ref.
	Orta sosyal sınıf	81 (60.9)	52 (39.1)			-
	Alt sosyal sınıf	144 (45.4)	173 (54.6)			1.45 (0.93-2.26)
Sosyal güvence	SGK ya da özel	277 (53.7)	239 (46.3)	22.226	<0.001	Ref.
	Yeşil kart	6 (15.0)	34 (85.0)			6.57 (2.74-15.91)
Kiminle birlikte yaşadıkları	Eşi ve çocukları	228 (51.7)	213 (48.3)	6.871	0.032	Ref.
	Akraba. arkadaş	6 (25.0)	18 (75.0)			3.21 (1.25-8.42)
	Tek	49 (53.8)	42 (46.2)			-
Çocuk sayısı	Yok	7 (50.0)	7 (50.0)	5.979	0.050**	Ref
	1-2 çocuk	114 (57.9)	83 (42.1)			0.72 (0.24-2.15)
	3 ve daha fazla	162 (47.0)	183 (53.0)			-
Bakıcı varlığı	Yok	276 (51.8)	257 (48.2)	4.020	0.045	Ref
	Var	7 (30.4)	16 (69.6)			2.45 (0.99-6.06)

*WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür. **Sınırdan anlamlı

Çalışmamızda, beklentilerin karşılanması, kendisine ait evi olanlara göre olmayanlarda 4.50 (%95 G.A=2.26-8.93) kat, müstakil evde yaşayanlara göre asansörlü apartman dairesinde yaşayanlarda 0.44 (%95 G.A=0.27-0.69) kat, kendisine ait yatma/dinlenme odası olanlara göre olmayanlarda 1.70 (%95 G.A=1.04-2.80) kat, evinde alaturka ve alafranga tip tuvalet bulunanlara göre sadece alaturka bulunanlarda 2.06 (%95 G.A=1.33-3.19) kat, evinde evcil hayvan besleyenlere göre beslemeyenlerde 1.75 (%95 G.A=1.10-2.80) kat, evinde ısıtıcı aracı olarak kalorifer bulunanlara göre soba/elektrikli ısıtıcı bulunanlarda 1.95 (%95 G.A=1.32-2.88) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 37).

Tablo 37. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile ev tipi ve özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Kendisine ait ev varlığı	Kendi evi/kira	272 (54.1)	231 (45.9)	21.301	<0.001	Ref.
	Akraba ya da çocuklarının evi	11 (20.8)	42 (79.2)			4.50 (2.26-8.93)
Ev tipi	Müstakil	109 (45.6)	130 (54.4)	13.356	<0.001	Ref.
	Asansörlü apartman dairesi	78 (65.5)	41 (34.5)			0.44 (0.27-0.69)
	Asansörsüz apartman dairesi	96 (48.5)	102 (51.5)			-
Kendisine ait yatma/dinlenme odası varlığı	Var	253 (52.7)	227 (47.3)	4.598	0.032	Ref.
	Yok	30 (39.5)	46 (60.5)			1.70 (1.04-2.80)
Evinde kullandığı tuvalet tipi	Alafranga	92 (50.5)	90 (49.5)	10.597	0.005	-
	Alaturka	49 (39.2)	76 (60.8)			2.06 (1.33-3.19)
	Her ikisi	142 (57.0)	107 (43.0)			Ref.
Evinde evcil hayvan varlığı	Var	55 (65.2)	33 (37.5)	5.630	0.018	Ref.
	Yok	228 (48.7)	240 (51.3)			1.75 (1.10-2.80)
Isınma tipi	Kalorifer	229 (55.0)	187 (45.0)	11.378	<0.001	Ref.
	Soba ya da elektrikli ısıtıcı	54 (38.6)	86 (61.4)			1.95 (1.32-2.88)

*WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür

Çalışmamızda, beklentilerin karşılanması, sağlık algısı iyi olanlara göre kötü olanlarda 6.65 (%95 G.A=3.86-11.46) kat, kronik hastalığı olanlara göre olmayanlarda 2.25 (%95 G.A=1.37-3.68) kat, ilaç kullanmayanlara göre dört ve daha fazla ilaç kullananlarda 2.55 (%95 G.A=1.56-4.17) kat, doktor tavsiyesi olmadan ilaç

kullanmayanlara göre kullananlarda 1.59 (%95 G.A=1.13-2.23) kat, bir sağlık sorununda ilk başvurduğu sağlık kurumu ASM olanlara göre ASM olmayanlarda 1.41 (%95 G.A=1.00-2.00) kat, işitme ve görme durumu iyi olanlara göre kötü olanlarda 7.05 (%95 G.A=4.15-12.00) kat, bedensel engeli olmayanlara göre olanlarda 2.66 (%95 G.A=1.64-4.31) kat, inkontinansı olmayanlara göre haftada iki ve daha fazla inkontinansı olanlarda 2.78 (%95 G.A=1.73-4.46) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 38).

Genel sağlık durumunu takip eden doktor varlığı, son 6 ayda hastane yatışının olup olmaması, aile hekiminin adını bilip bilmeme ve acil olmayan sağlık sorunları için ilk başvurduğu sağlık kurumu ile beklentilerinin karşılanması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 38. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile sağlık durumu özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Sağlık algısı	Kötü	25 (26.9)	68 (73.1)	63.754	<0.001	6.65 (3.86-11.46)
	Orta	104 (42.3)	142 (57.7)			3.34 (2.27-4.92)
	İyi	154 (71.0)	63 (29.0)			Ref.
Kronik hastalık	Yok	56 (67.5)	27 (32.5)	10.719	<0.001	Ref.
	Var	227 (48.0)	246 (52.0)			2.25 (1.37-3.68)
Kullandığı ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	63 (61.8)	39 (38.2)	18.839	<0.001	Ref.
	3 ilaç ya da daha az	144 (55.8)	114 (44.2)			-
	4 ilaç ya da daha çok	76 (38.8)	120 (61.2)			2.55 (1.56-4.17)
Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı	Kullanıyor	178 (55.8)	141 (44.2)	7.190	0.007	Ref.
	Kullanmıyor	105 (44.3)	132 (55.7)			1.59 (1.13-2.23)
İlk başvuru sağlık kurumu	ASM	108 (56.5)	83 (43.5)	3.710	0.054**	Ref.
	Kamu ya da özel	175 (47.9)	190 (52.1)			1.41 (1.00-2.00)
İşitme ve görme durumu	Kötü	35 (32.4)	73 (67.6)	25.148	<0.001	3.43 (2.09-5.62)
	Orta	123 (49.8)	124 (50.2)			1.66 (1.13-2.42)
	İyi	125 (62.2)	76 (37.8)			Ref.
Bedensel engel varlığı	Yok	246 (54.5)	205 (45.5)	16.484	<0.001	Ref.
	Var	28 (31.1)	62 (68.9)			2.66 (1.64-4.31)
İnkontinans	Hiçbir zaman	187 (56.7)	143 (43.3)	18.749	<0.001	Ref.

Haftada bir kez	59 (49.6)	60 (50.4)	-
Haftada birden çok kez	32 (32.0)	68 (68.0)	2.78 (1.73-4.46)

**WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür. **Sınırdan anlamsız*

Çalışmamızda, beklentilerin karşılanması, haftada en az üç gün egzersiz yapanlara göre yapmayanlarda 3.24 (%95 G.A=2.16-4.87) kat, sağlıklı beslenenlere göre beslenmeyenlerde 1.62 (%95 G.A=1.05-2.50) kat, uyku problemi olmayanlara göre sıklıkla olanlarda 2.38 (%95 G.A=1.52-3.72) kat, yüksek düzey sosyal aktivitesi bulunanlara göre düşük düzey bulunanlarda 2.34 (%95 G.A=1.53-3.58) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 39).

Sigara ve alkol kullanımı ile beklentilerin karşılanması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 39. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile yaşam tarzı alışkanlıkları ve uyku durumu arasında anlamlı çıkan değişkenler*

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Egzersiz	Hiç yapmıyor	59 (33.7)	116 (66.3)	33.298	<0.001	3.24 (2.16-4.87)
	Haftada 1-2 kez	74 (52.9)	66 (47.1)			-
	Haftada 3 ya da daha çok	150 (62.2)	91 (37.8)			Ref.
Sağlıklı beslenme indeksi**	Sağlıklı besleniyor	241 (53.1)	213 (46.9)	4.725	0.030	Ref
	Sağlıksız besleniyor	42 (41.2)	60 (58.8)			1.62 (1.05-2.50)
Uyku problemi varlığı	Sıklıkla var	44 (38.9)	69 (61.1)	20.573	<0.001	2.38 (1.52-3.72)
	Biraz var	69 (42.9)	92 (57.1)			2.02 (1.36-3.00)
	Yok	170 (60.3)	112 (39.7)			Ref
Sosyal aktivite	Düşük düzey sosyal aktivite	79 (41.6)	111 (58.4)	15.715	<0.001	2.34 (1.53-3.58)
	Orta düzey sosyal aktivite	99 (50.0)	99 (50.0)			1.68 (1.10-2.53)
	Yüksek düzey sosyal aktivite	105 (62.5)	63 (37.5)			Ref

**WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür. **Sağlıklı beslenme indeksi şu değişkenleri içeriyor: Yemeklerden önce tuz ilave etme, günde kaç öğün yemek yediği ve günlük su tüketimi*

Çalışmamızda, beklentilerin karşılanması, 65 yaş ve sonrası dönemde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.15 (%95 G.A=1.50-3.09) kat, son bir yıl içerisinde düşme öyküsü bulunmayanlara göre bulunanlarda 2.26 (%95

G.A=1.57-3.24) kat, evde düşenlere göre ev dışı ortamda düşenlerde 0.34 (%95 G.A=0.16-0.72) kat, düşme sonucu yaralanma olmayanlara göre olanlarda 2.32 (%95 G.A=1.21-4.47) kat, düşme açısından evini güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 5.63 (%95 G.A=3.52-9.01) kat, düşme açısından yaşadığı mahalleyi güvenli bulanlara göre bulmayanlarda 8.37 (%95 G.A=5.05-13.89) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 40).

Düşmeye karşı önlem alma ile beklentilerin karşılanması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 40. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile düşme özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
65 yaş ve sonrası dönemde düşme	Yok	173 (61.6)	108 (38.4)	17.628	<0.001	Ref.
	Var	93 (42.7)	125 (57.3)			2.15 (1.50-3.09)
Son bir yıl içerisinde düşme	Yok	214 (57.5)	158 (42.5)	19.757	<0.001	Ref.
	Var	69 (37.5)	115 (62.5)			2.26 (1.57-3.24)
Ev ya da ev dışı ortamda düşme	Evde düşme mevcut	16 (26.7)	44 (73.3)	8.579	0.014	Ref.
	Ev dışı ortamda düşme	33 (51.6)	31 (48.4)			0.34 (0.16-0.72)
	Her iki ortamda da düşme var	20 (34.5)	38 (65.5)			-
Düşme sonucu yaralanma	Hastanede yatmasını gerektirecek düzeyde yaralanma	11 (42.3)	15 (57.7)	6.632	0.036	-
	Hafif yaralanma	20 (27.0)	54 (73.0)			2.32 (1.21-4.47)
	Yaralanma olmadı	43 (46.2)	50 (53.8)			Ref.
Düşmeler yönünden evini güvenli bulma	Güvenli değil	44 (28.4)	111 (71.6)	55.394	<0.001	5.63 (3.52-9.01)
	Orta derece güvenli	114 (51.8)	106 (48.2)			2.08 (1.37-3.13)
	Güvenli	125 (69.1)	56 (30.9)			Ref.
Düşmeler yönünden mahallesini	Güvenli değil	46 (25.8)	132 (74.2)	73.238	<0.001	8.37 (5.05-13.89)
	Orta derece güvenli	132 (55.7)	105 (44.3)			2.32 (1.47-3.66)

güvenli bulma	Güvenli	105 (74.5)	273 (49.1)	Ref.
----------------------	---------	-------------------	------------	------

**WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür*

Çalışmamızda, beklentilerin karşılanması, yaşamlarından memnun olanlara göre olmayanlarda 21.57 (%95 G.A=8.95-52.00) kat, ilişkilerinden memnun olanlara göre olmayanlarda 5.85 (%95 G.A=3.77-9.08) kat, günlük işlerini başkasına ihtiyaç duymadan halledenlere göre edemeyenlerde 2.67 (%95 G.A=1.82-3.91) kat, parasal işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı olanlarda 5.03 (%95 G.A=2.72-9.30) kat, ailesi bireylerinden şiddete maruz kalmayanlara göre kalanlarda 1.87 (%95 G.A=1.22-2.86) kat, telefon kullanabilenlere göre kullanamayanlarda 4.10 (%95 G.A=2.45-6.83) kat, günlük yaşam işlerinde bağımsız olanlara göre bağımlı olanlarda 10.28 (%95 G.A=5.02-21.11) kat, olası depresif belirtileri olmayanlara göre olanlarda 78.39 (%95 G.A=5.67-12.41) kat daha düşük bulunmuştur (Tablo 41).

Tablo 41. Yaşam kalitesi ölçeğinin beklentilerin karşılanması alt boyutu ile ilişkiler, fiziksel ve ekonomik bağımsızlık ile depresif durum özellikleri arasında anlamlı çıkan değişkenler *

Değişkenler		Beklentilerin karşılanması yeterli n (%)	Beklentilerin karşılanması yetersiz n (%)	Test değeri	P	OR (% G.A)
Yaşam memnuniyeti	Memnun değil	6 (10.3)	52 (89.7)	125.594	<0.001	21.57 (8.95-52.00)
	Orta derece memnun	53 (28.8)	131 (71.2)			6.15 (4.11-9.17)
	Memnun	224 (71.3)	90 (28.7)			Ref.
İlişki memnuniyeti	Memnun değil	63 (28.0)	162 (72.0)	80.510	<0.001	5.85 (3.77-9.08)
	Orta derece memnun	104 (63.4)	60 (36.6)			-
	Memnun	116 (69.5)	51 (30.5)			Ref.
Günlük işlerini kimseye ihtiyaç duymadan halledebilme	Nadiren ya da bazen	55 (34.0)	107 (66.0)	26.676	<0.001	2.67 (1.82-3.91)
	Çoğu zaman	228 (57.9)	166 (42.1)			Ref.
Ekonomik bağımsızlık	Parasal işlemlerinde bağımlı	15 (23.8)	48 (76.2)	55.462	<0.001	5.03 (2.72-9.30)
	Yarı bağımlı	29 (28.4)	73 (71.6)			3.96 (2.46-6.37)
	Bağımsız	239 (61.1)	152 (38.9)			Ref.
Şiddet	Fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalmamış	241 (53.9)	206 (46.1)	8.297	0.004	Ref.

	Fiziksel ya da sözel şiddete uğramış	42 (38.5)	67 (61.5)			1.87 (1.22-2.86)
Telefon kullanabilme	Kullanabiliyor / arayabiliyor	261 (56.3)	203 (43.7)			Ref.
	Sadece açabiliyor ya da kullanamıyor	22 (23.9)	70 (76.1)	32.124	<0.001	4.10 (2.45-6.83)
KATZ Günlük işlerinde bağımsızlık	Bağımsız	274 (57.3)	204 (42.7)			Ref.
	Bağımlı	9 (11.5)	69 (88.5)	56.243	<0.001	10.28 (5.02-21.11)
WHO-5 İyilik Hali İndeksi	Olası depresyon yok	232 (70.7)	96 (29.3)			Ref.
	Olası depresyon	51 (22.4)	177 (77.6)	125.883	<0.001	8.39 (5.67-12.41)

**WHOQOL-AGE beklentilerin karşılanması skoru ortanca değerlerden kesilerek dikotom değişkene dönüştürülmüştür*

4.3. Çok Değişkenli Analizler

Çalışmamızda tek değişkenli analiz sonucu anlamlı çıka değişkenler için regresyon analizi yapılmıştır. Yaşam kalitesi toplam puanı ile birlikte alt boyutları olan yaşam doyumu ve beklentilerin karşılanması için de ileri analiz uygulanmıştır.

Araştırma sonuçlarımıza göre, yarı kentsel bölgeye göre kentsel bölgede yaşayanlarda 2.28 kat (%95 G.A=1.38-3.78), bekâr ya da eşinden ayrılmış olanlarda 3.96 kat (%95 G.A=1.49-10.51), herhangi bir okul bitirmeyenlerde 1.90 kat (%95 G.A=1.06-3.40), geliri giderinden az olanlarda 4.48 kat (%95 G.A=1.85-10.88), evinde alafranga tip tuvalet bulunmayanlarda 3.02 kat (%95 G.A=1.62-5.64), herhangi bir kronik hastalığı olanlarda 2.02 kat (%95 G.A=1.01-4.06), görme ya da işitme durumu kötü olanlarda 2.76 kat (%95 G.A=1.32-5.76), egzersiz yapmayanlarda 2.37 kat (%95 G.A=1.31-7.28), günlük ilişkilerinden memnun olmayanlarda 4.57 kat (%95 G.A=2.50-8.36), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda 9.33 kat (%95 G.A=3.18-27.46) ve depresif duygudurum içerisinde bulunanlarda 5.20 kat (%95 G.A=3.09-8.76) düşük yaşam kalitesi riski bulunmuştur (Tablo 42).

Tablo 42. Yaşam kalitesi toplam puanını etkileyen değişkenler*

Değişkenler	B	p	OR	%95 G.A	
				Alt sınır	Üst sınır
Kentsel mahallede yaşama Ref: Yarı kentsel mahallede yaşama	0.827	0.001	2.287	1.381	3.787
Bekar, eşinden ayrılmış ya da eşi ölmüş olması Ref:Evli	1.376	0.006	3.959	1.490	10.515
Herhangi bir okul bitirmeyenler Ref: Örgün eğitim görenler	0.642	0.031	1.899	1.060	3.405
Geliri giderinden az olma Ref: Geliri giderinden fazla olması	1.500	0.001	4.484	1.848	10.879
Sosyal güvencesiz olma Ref: SGK ya da özel	2.447	0.000	11.558	3.064	43.599
Evinde Alaturka tuvalet olması Ref: Evinde hem alaturka hem de alafranga tipi tuvalet olması	1.107	0.000	3.026	1.622	5.644
Kronik bir hastalığının olması Ref: Yok	0.705	0.048	2.023	1.007	4.065
Görmenin ve/veya işitmenin kötü olması Ref: Görme/işitmenin çok iyi/iyi olması	1.015	0.007	2.761	1.323	5.761

Görmenin ve/veya işitmenin kötü olması Ref: Görme ve/veya işitmenin orta düzeyde iyi olması	0.615	0.023	1.850	1.090	3.140
Egzersiz yapmama Ref: Haftada 3 ya da daha sık Egzersiz yapma	0.865	0.004	2.375	1.318	4.279
Egzersiz yapmama Ref: haftada 1-2 kez egzersiz yapma	0.700	0.019	2.013	1.123	3.609
Memnun değil (ilişki memnuniyet indeksine göre) Ref: Memnun	1.518	0.000	4.565	2.492	8.361
Bağımlı (GYA)* (KATZ İndeksine göre) Ref: bağımsız (GYA)	2.234	0.000	9.333	3.172	27.458
Olası depresyon VAR (WHO-5 İyilik İndeksine göre) Ref: olası depresyon yok	1.649	0.000	5.203	3.089	8.762

Omnibus test model değeri ki-kare: 312,473; $p < 0,001$; Model Cox-Snell R değeri: 0,43; Nagelkerke R değeri: 0,58; Hosmer-Lemeshow model iyiliği Ki-kare: 4,916; $p: 0,766$

***Modele alınan değişkenler:** Yaşanılan mahalle, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal sınıf, sosyal güvence, kiminle birlikte yaşadığı, kendisine ait ev varlığı, ev tipi, evinde kullanılan tuvalet tipi, evinde kullanılan ısıtma, kronik hastalık varlığı, doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı, görme ve işitme durumu, inkontinans, egzersiz, sosyal aktivite, günlük işlerini halledebilme, son bir yıl içerisinde düşme varlığı, ilişki memnuniyeti, inkontinans durumu, egzersiz, uyku problemi varlığı, ekonomik bağımsızlık, şiddet, KATZ bağımsızlık, depresif durum (WHO-5).

Araştırma sonuçlarımıza göre, yarı kentsel bölgeye göre kentsel bölgede yaşayanlarda 2.99 kat (%95 G.A=1.77 -5.00), sosyal güvencesiz olanlarda 10.67 kat (%95 G.A=3.17-36.04), kronik bir hastalığı bulunanlarda 2.28 kat (%95 G.A=1.10-4.69), görme ve işitmesi çok kötü olanlarda 3.95 kat (%95 G.A=1.86-8.40), görme ve işitmesi orta düzeyde olanlarda 2.24 kat (%95 G.A=1.32-3.78), egzersiz yapmayanlarda 1.86 kat (%95 G.A=1.02-3.38), sıklıkla uyku sorunu olanlarda 3.02 kat (%95 G.A=1.56-5.82), günlük ilişkilerinden memnun olmayanlarda 5.49 kat (%95 G.A=2.90-10.36), günlük işlerinde bağımlı olanlarda 8.46 kat (%95 G.A=2.98-24.00), olası depresyonu olanlarda 3.34 kat (%95 G.A=2.02-5.52), telefon kullanamayanlarda 2.59 kat (%95 G.A=1.17-5.74) kat düşük düzey yaşam doyumu riski bulunmuştur (Tablo 43).

Tablo 43. Yaşam kalitesi alt boyutu olan yaşam doyumunu etkileyen değişkenler *

Değişkenler	B	P	OR	%95 G.A	
				Alt sınır	Üst sınır
Kentsel mahallede yaşama Ref: Yarı kentsel mahallede yaşama	1.096	0.000	2.992	1.791	5.000
Sosyal güvencesiz olma ref: SGK ya da özel	2.368	0.000	10.672	3.160	36.039
kronik hastalığının olması Ref:Yok	0.822	0.026	2.276	1.103	4.693
Görme ve/veya işitmenin kötü olması Ref: Görme ve/veya işitme iyi	1.373	0.000	3.947	1.855	8.400
Görme ve/veya işitmenin kötü olması Ref: Görme ve/veya işitme orta düzeyde	0.805	0.003	2.237	1.318	3.797
Egzersiz yapmıyor Ref: Haftada en az üç gün yapma	0.618	0.044	1.855	1.016	3.385
Uyku problemi sıklıkla var ref: Uyku problemi yok	1.104	0.001	3.016	1.563	5.818
Memnun değil (İlişki memnuniyet indeksine göre) Ref: Memnun	1.702	0.000	5.487	2.905	10.361
Bağımlı (GYA)** (KATZ İndeksine göre) Ref: bağımsız (GYA)	2.135	0.000	8.460	2.982	24.003
Olası depresyon VAR (WHO-5 İyilik İndeksine göre) Ref: olası depresyon yok	1.206	0.000	3.339	2.018	5.524
Telefon kullanamıyor Ref: Telefon kullanabiliyor, bağımsız	0.951	0.019	2.588	1.167	5.738

****Günlük yaşam aktiviteleri**

Omnibus test model değeri ki-kare: 314,607; $p < 0,001$; Model Cox-Snell R değeri: 0,44;
Nagelkerke R değeri: 0,58; Hosmer-Lemeshow model iyiliği Ki-kare: 12,201; $p > 0,142$

***Modele alınan değişkenler:** Yaşadığı mahalle, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal sınıf, sosyal güvence, kiminle birlikte yaşadığı, kendisine ait ev varlığı, ev tipi, evinde kullanılan tuvalet ve ısınma tipi, kronik hastalık varlığı, görme ve işitme durumu, tavsyesiz ilaç kullanımı, ekonomik bağımsızlık, ilişki memnuniyeti, şiddet, GYA Bağımsızlık, WHO-5 iyilik indeksi, çocuk sayısı, evcil hayvan varlığı, bir sağlık sorununda ilk başvurulacak kurum, alkol kullanımı, telefon kullanabilme, , inkontinans.

Araştırma sonuçlarımıza göre, geliri giderine eşit olanlara göre geliri giderinden az olanlarda 2.59 kat (1.27-5.27), geliri giderinden çok olanlara göre geliri giderinden az olanlarda 6.95 kat (2.80-17.27), kendisine ait evi olmayanlarda 2.77 kat (1.02-7.56), müstakil eve göre asansörlü apartman dairesinde yaşayanlarda 0.42 kat (0.22-0.8), evinde alafranga tip tuvalet bulunmayanlarda 1.96 kat (1.07-3.59), günlük ilişkilerinden memnun olmayanlarda 3.60 kat (2.02-6.43), ekonomik açıdan tam bağımlı olanlarda 3.16 kat (1.35-7.40), ekonomik açıdan yarı bağımlı olanlarda 2.78 kat (1.46-5.29), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda 4.40 kat (1.90-10.21), depresif duygudurum içerisinde olanlarda 8.03 kat (4.73-13.65) düşük risk beklentilerin karşılanması bulunmuştur (Tablo 44).

Tablo 44. Yaşam kalitesi alt boyutu olan beklentilerin karşılanmasını etkileyen değişkenler*

Değişkenler	B	p	OR	%95 G.A	
				Alt sınır	Üst sınır
Geliri giderinden az olması Ref: geliri giderine eşit	0.951	0.009	2.588	1.270	5.274
Geliri giderinden az olması ref: geliri giderinden fazla	1.938	0.000	6.946	2.795	17.266
Kendisine ait evi olmaması Ref: var	1.020	0.046	2.773	1.020	7.535
Ev tipinin asansörlü apartman dairesi olması Ref: müstakil ev	-.869	0.009	0.420	0.218	0.806
Evinde alaturka tuvalet olması ref: Evinde alafranga tuvalet olması	0.673	0.029	1.961	1.072	3.585
Memnun değil (ilişki memnuniyet indeksine göre) Ref: Memnun	1.282	0.000	3.603	2.018	6.432
Ekonomik açıdan tam bağımlı Ref: bağımsız (bağımlılara göre)	1.150	0.008	3.157	1.348	7.395
Ekonomik açıdan yarı bağımlı (Ekonomik bağımsızlık indeksine göre) ref: bağımsız	1.022	0.002	2.778	1.458	5.294
Bağımlı (GYA)** (KATZ İndeksine göre) Ref: bağımsız (GYA)	1.482	0.001	4.401	1.898	10.208
Olası depresyon VAR (WHO-5 İyilik İndeksine göre) Ref: olası depresyon yok	2.084	0.000	8.034	4.728	13.653

****Günlük yaşam aktiviteleri**

Omnibus test model değeri ki-kare: 289,275; $p<0,001$; Model Cox-Snell R değeri: 0,41; Nagelkerke R değeri: 0,55; Hosmer-Lemeshow model iyiliği Ki-kare: 4,327; $p:0,827$

***Modele alınan değişkenler:** Yaşanılan Mahalle, Yaş, medeni durum, gelir durumu, sosyal sınıf, sosyal güvence, birlikte yaşadıkları, çocuk sayısı, bakıcı varlığı, evcil hayvan varlığı, yaşadığı evin tipi, evinde ısıtma yöntemi, kendisine ait yatma/dinlenme odası varlığı, evcil hayvan varlığı, kronik hastalık, doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma, bir sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık kurumu, görme ve işitme durumu, herhangi bir sağlık sorununda ilk başvurduğu sağlık kurumu, bedensel engel varlığı, inkontinans, egzersiz yapma, sözel-fiziksel şiddet varlığı, sağlıklı yaşam davranışları, sosyal aktiviteler, uyku problemi varlığı, yaşam boyu düşme, ilişki memnuniyeti, günlük işlerini yardımsız halledebilme, telefon kullanabilme, ekonomik bağımsızlık, şiddete uğrama, KATZ GYA bağımlılık, WHO5 iyilik indeksi



V. TARTIŞMA

Çalışmamız Balıkesir'in il merkezinde yer alan Altıeylül ilçesinde sürdürülmüştür. Bu çalışmada, Balıkesir'in il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin tıbbi ve sosyal durumları, yaşam kaliteleri düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerine etki eden faktörler incelenmiştir.

Yaşam kalitesi düzeyi için WHOQOL-AGE ölçeği kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda bu ölçeğin çoğunlukla geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldığından, alt boyutları ile ilgili çözümleyici tartışma yapan çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu nedenle WHOQOL-AGE ölçeğinin toplam puanı göz önünde bulundurularak tartışma yapılmıştır.

Sosyoekonomik Değişkenler:

Çalışmamıza katılan bireylerin %51,4'ünü kadınlar, %67,6'sını evli olduğunu bildirenler, %17,6'sını geliri gıdiden az olduğunu bildirenler oluşturmuştur. TÜİK 2019 ADNKS verilerine göre Türkiye'deki yaşlıların %55,8'ini kadınlar oluşturmaktadır(53). TÜİK hane halkı yaşlı araştırmasında yaşlıların %67,6'sının evli, %16,4'ünün yoksul olduğu bulunmuştur 2019 (TÜİK Yoksulluk oranı, eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirin %60 kriterine göre hesaplanmıştır)(57). Temel sosyodemografik verilerinden olan cinsiyet, medeni durum ve gelir algısı TÜİK hane halkı yaşlı araştırması ile benzer bulunmuştur.

Araştırma örneğinin yaş dağılımı değerlendirildiğinde, katılımcıların %73,3'ün 65-74 yaş arasındaki bireyler, %26,7'sini 75 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. TÜİK 2019 ADNKS verilerine göre ise yaşlıların %62,8'si 65-74 yaş arasında, %37,2'si ise 75 yaş ve üzerindedir (54). Balıkesir İl Merkezi'nin yaşlı nüfusu %10,6'dır. Ancak ilçelerde %24'e varmaktadır (57). İlçeler gençler açısından göç veren, yaşlıları emeklilik yaşadığı bölgeleri oluştururken, il merkezi özellikle genç kesim açısından göç alan konumdadır. Çalışmamızda 75 yaş ve üzeri yaşlı nüfus yüzdesinin az olması çalışmamızın sadece il merkezinde yapıldığından ötürü kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte, çalışmamızda 75 yaş ve üzeri yaş ve üzeri birey sayısının az olmasının bir başka sebebi de bu grubun dışlama kriterlerimize daha çok takılmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcılarımızın, öğrenim düzeyi açısından, %9,9'unun okuryazar olmadığı, %16,0'sının okuryazar olduğu ancak herhangi bir okulu bitirmediği, %40,8'inin ise ortaokul ve üzeri örgün eğitim aldığı anlaşılmaktadır. TÜİK 2016 ve 2019 Sağlık Araştırması ile Hane Halkı Sağlık Araştırmalarında ise yaşlıların %18,3'ünün okuryazar olmadığı, %16,8'inin okuryazar olduğu ancak herhangi bir okul bitirmediği, %19,9'unun ise ortaokul ve üzeri örgün eğitim aldığı görülmüştür (56, 57, 104). Çalışmamızda örgün eğitim durumu Türkiye ortalamasına göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışma bölgemizin Marmara bölgesinde olması ve genel olarak ülkemizde Ege-Marmara bölgesinin eğitim düzeyinin orta ve doğu bölgelerine göre daha yüksek olması (164) ile bu durum açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %10.6'sı halen gelir getiren bir işte çalıştığını, %2.0'ı çalışmak için iş aradığını belirtmiştir. TÜİK 2019 hane halkı yaşlı araştırmasında çalışmamıza benzer şekilde yaşlıların iş gücüne katılım oranı %12.5, işsizlik oranı ise %2.7 bulunmuştur (57). Avrupa'da ise iş gücüne katılım oranı %2.1 ile %26.1 arasında değişmektedir (Bazı örnekler: Yunanistan 3.5, Almanya 7.0, İngiltere %10.2, İsveç 17.5, Estonya %26.1)(165). Nitekim Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun iş gücüne katılım oranının yüksek olmasının nedenlerini araştıran çalışmalar da mevcut olup, bahsi geçen nedenler Türkiye'de yaşlı nüfusun artması, sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler, kayıt dışı çalışmanın yaygınlaşması, sosyal güvenlik açıkları ve yaşlanan çalışanların emekliliği erteleyerek, daha iyi koşullarda çalışmayı umut etmeleri (166) şeklinde raporlanmaktadır. Diğer yandan, emeklilik yaşının artması, emekli aylığının yetersiz kalması ve aile içi sosyal dayanışmanın azalması da yaşlı bireyleri çalışma yaşamında kalmaya itmektedir (167). Yaşlıların iş gücüne katılım oranlarını daha iyi değerlendirebilmek için zaman içerisindeki çalışma oranlarını göz önüne almak gerekir. AB ülkelerinde yaşlıların işgücüne katılma oranı 5 yıl içerisinde %13,2'lik bir değişim göstermiştir. Türkiye ile AB ülkeleri karşılaştırıldığında, Türkiye'de yaşlıların işgücüne katılım oranının, AB ülkelerindeki yaşlıların işgücüne katılım oranından 2 katından fazladır (165). Bu durum, Türkiye'de yaşlı nüfusun ve emeklilik yaşının artması, sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler ve emekli aylığının yetersiz olması, kayıt dışı çalışmanın yaygınlaşması, sosyal güvenlik açıkları, aile içi sosyal dayanışmanın azalması ve yaşlanan çalışanların daha iyi koşullarda çalışmayı umut ederek çalışma yaşamında kalmalarıyla açıklanabilir.

Sağlığı Geliştirme Davranışları:

Çalışmamıza katılan yaşlıların egzeriz, alışkanlıklar, uyku ve sağlıklı beslenme bağlamında sağlığı geliştirme davranışları değerlendirildiğinde:

Katılımcıların %48.6'sı fazla kilolu, %24.8'i obez olarak saptanmıştır. Dünya'da genel tüm yaşlarda obezitede artış mevcuttur. 1980'den 2013'e dek yapılan çalışmaları değerlendiren sistematik bir çalışmada, obezitenin erkeklerde %29.8'e kadınlarda %38.0'a kadar obezitenin arttığı görülmüştür (168). ABD'de 2007-2010 yılları arasında yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %35.0'ının obez olduğu bulunmuştur (169). Obezite bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilmişti, ancak günümüzde düşük gelirli ülkelerde de yaygın bir sorun haline gelmiştir. Obezitenin malnutrisyona göre daha çok ölüme neden olduğu ülkeler de mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, dünya nüfusunun% 65'i orta ve yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu nedenle fazla kilo ve obezitenin dağılımı tüm ülkelerde eşit olmamakla birlikte obezitenin hastalık yükünde de bir tür eşitsizlik vardır (170). Türkiye'de yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzeri için obezite sıklığı %22.9 ile %48.7 arasında değişmektedir (171, 172, 173). Toplum tabanlı çalışmalarda %39.1 ile %48.7 arasında saptanırken (171, 173, 174), sağlık kurumlarında ya da huzurevlerinde yapılan çalışmalarda %22.9 ile %42.4 arasında saptanmıştır (175, 176). Çalışmamızda kilo ve boy beyana dayalı olarak alınmıştır. Kilo ve boyunu bilmeyenlerin vücut kütle indeksleri hesaplanamamıştır. Bununla birlikte çalışmamıza katılan her dört bireyden üçünün

obez ya da yüksek kilolu olduğu tespit edilmiştir. Obezite sıklığının arttığını, beraberinde yaşam kalitesini düşürdüğünü ve mobiditelere neden olduğunu göz önüne aldığımızda bunun önemli bir sorun olduğu, takip edilmesi gerektiği ve bu konuya yönelik çalışmaların yapılması gerektiği de ortaya çıkacak sonuçtur.

Araştırma grubumuzun %43.3'ü egzersiz yaptığını belirtmiştir (haftada en az 3 gün, en az 30 dakika sürecek, terletecek düzeyde iş dışı aktivite, yürüyüş vb). İngiltere'de yaşlı bireylerin %27.3-%44.3'ünün (177), ABD'de %20.0-%31.0'ünün(178) egzersiz yaptığı bulunmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde ise (Malezya, Gana ve Çin) 65 yaş ve üzeri bireylerin %23.4 ile %43.2'sinin egzersiz yaptıkları bulunmuştur (179, 180, 181). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlıların %10.4' ile %61.0'ünün egzersiz yaptıkları bulunmuştur (176, 182, 183, 184, 185). Bunların içerisinde yer alan toplum tabanlı çalışmalarda ise yaşlıların %42.1 ile %47.5'inin egzersiz yaptıkları bulunmuştur (176, 184, 185). Çalışmamızda egzersiz yapma oranları genel olarak ulusal ve uluslararası yapılan toplum tabanlı çalışmalara göre benzer bulunmuştur. Ayrıca, çalışmamıza katılan bireylerin %27.0'ı halen sigara içtiğini, %26.1'i ise sigarayı bıraktığını bildirmiştir. Farklı ülkelerde yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşlılarda aktif sigara içimi %11.3 ile %43.8 arasında bulunmuştur (179, 180, 181, 186). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlılarda sigara içimi %10.4 ile %56.7 arasında bulunmuştur (175, 182, 187, 188, 189). Türkiye'deki toplum tabanlı çalışmalarda ise %37.1 ile (Şanlıurfa, 2019) %56.7 (Eskişehir, 2014) saptanmıştır (187, 189). Toplum tabanlı çalışmalar göz önüne alındığında, çalışmamızda aktif sigara içimi uluslararası çalışmalara benzer ancak Türkiye'deki çalışmalara göre daha düşük saptanmıştır. Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı karşılaştırılan çalışmalara göre daha yüksek düzeydedir. Tanı konmuş hastalığı olanların sigara içimi daha düşük düzeydedir (190). Çalışmamızda sigara çiminin düşük olması, çalışmamıza katılan bireylerin kronik hastalıklarının fazla olması ve bağımlılık oranlarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin sağlıklı beslenme indeksine göre %18.3'ünün sağlıksız beslendiği görülmüştür. Ayrıca %20.9'u yemeğin tadına bakmadan önce tuz ilave ettiğini, %34.9'u günde 2 ya da daha az ana öğün yemek tükettiğini bildirmiştir. 2018'de Bitlis'te yapılan kesitsel bir çalışmada yaşlıların %34.5'inin beslenmesinin düzensiz olduğu bulunmuştur (185). 2011 yılında Denizli'de yapılan bir çalışmada kentsel bölgede yaşayan yaşlıların %34.0'ünün beslenmelerinin düzensiz olduğu bulunmuştur. Türkiye'de farklı şehirlerde yapılan çalışmalarda yaşlıların %21.8'i ile %43.6'sının günde 1-2 ana öğün yemek yedikleri bulunmuştur (176, 191). Yaşlılara günde en az 3 ana öğün ve 3 ara öğün yemek yenilmesi önerilmektedir (192). Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde günde sadece 1-2 ana öğün yemek tüketme yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşlıların sosyal aktivite indeksine göre %30.2'si sosyal açıdan aktif bulunmuştur. Çalışma grubumuzun %15.9'u gezintiye çıktığını, %15.8'i sık sık arkadaş ziyaretinde bulunduğunu, %51.1'i sık sık TV izlediğini belirtmiştir. 2015 yılında Çin'de yaşlılarda yapılan kesitsel bir çalışmada gezintiye çıkma %12.1 bulunmuştur (186). 2014 yılında Malezya'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada ise dış ortam aktivitesi %78.3

bulunmuştur (181). 2012 yılında Pakistan’da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada yaşlıların %53.0’nın sosyal aktif olduğu, %49.5’inin TV izlediği bulunmuştur(193). Türkiye’de yapılan çalışmalarda yaşlılarda sosyal aktivite varlığı %28.0 ile %32.8 arasında bulunmuştur. En sık belirtilen sosyal aktiviteler ise TV izleme, gezinti, arkadaş ziyaretleri, el işleri ve bahçe işleridir (182, 185, 194). Sosyal aktivitelerin soruluş şekli ile algılanma biçimleri çalışmalardaki farklılıkları da ortaya koymaktadır. Pek çok çalışmada TV izleme sosyal aktivite olarak sorulmakta ve bu şekilde raporlanmaktadır. Ancak TV izleme dışında yer alan gezinti, arkadaş ziyaretleri, çeşitli hobi edinme vb. aktiviteler Türkiye’de yaygın olarak düşük düzeydedir. Çalışmamızda da benzer bulgular saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %20.3’ü sık sık, 28.9’u bazen uyku sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Yaşlı popülasyonda uykusuzluk prevalansı yüksek olmasına rağmen, dünyanın farklı yerlerinden gelen raporlarda geniş bir dağılım vardır (195, 196). 60 yaş ve üzeri toplumda yapılan çalışmalarda uyku problemlerinin varlığı Fransa’da %30, İtalya’da %45, Norveç’te %38.6, ABD’de %21.3 bulunmuştur (197, 198, 199, 200). Gelişmekte olan ülkelerden olan Mısır’da %62.1, Güney Kore’de %29.2, Hindistan’da 32.0, Nijerya %27.5 bulunmuştur (201, 202, 203, 204). Çalışmaların metotları benzer olmasına karşın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki uyku sorunları benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Bu dağılım farklılığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden gelen veri farklılıklarına atfedilemez. Genel olarak Toplumda yaşayan yaşlıların yaklaşık %50’si, huzurevinde kalan yaşlıların ise yaklaşık %65’i uyku probleminden şikâyet etmektedir (205, 206, 207). Türkiye’de yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşlılarda uyku bozukluğu varlığı %29.4 ile %52.8 arasında saptanmıştır (172, 184, 185, 187). Uyku sorununun saptanmasında çalışmalarda farklı metotlar kullanılmıştır. Çalışmamızda beyana dayalı uykuya dalmada ve sürdürmedeki güçlük sorulurken, diğer çalışmalarda uyku indeksleri ile uyku kaliteleri de sorgulanmıştır. Genel olarak bakıldığında ise çalışmamıza katılan bireylerin yarısının uyku sorunu yaşadıkları ve bunun da ulusal ve uluslararası çalışmalara benzer sıklıkta olduğu görülmüştür.

Genel Sağlık, hastalanma ve bağımlılık durumu:

Yaşlıların sağlık ve hastalanma durumları incelendiğinde:

Araştırma örneğinin günlük yaşantılarından genel memnuniyet durumları incelendiğinde, %56.5’inin memnun, %33.0 orta düzeyde memnun, %10.5’nin ise memnun olmadığı bulunmuştur. TÜİK 2019 Yaşlı İstatistikleri’nde de benzer şekilde 58.6’sı memnun, %29.2’si orta düzeyde memnun, %12.2’si ise mutsuz-memnun değil şeklinde bulunmuştur (57).

Çalışmamıza katılan bireylerin %16.7’si genel sağlık durumlarını kötü, %39.0’ı ise iyi olarak belirtmiştir. Çin’de yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %26.1’i, Gana’da yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %20.1’i genel sağlık durumlarını kötü olarak beyan etmiştir (180, 186). Türkiye’de yaşlılarda yapılan çalışmalarda ise sağlık algısını kötü olarak belirten orantısı %5.4 ile %27.6 arasında değişmektedir (194, 208). Kayseri’de

yapılan toplum tabanlı bir çalışmada %14.3 (209), Bitlis'te ASM'ye kayıtlı bireylerde yapılan bir çalışmada %24.3 (185) bulunmuştur. Türkiye'de huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmalarda ise kötü sağlık algısı beyanı %10.0 ile %27.6 arasında bulunmuştur (208, 210). Sağlığın tanımında da yer aldığı gibi sağlık sadece fiziksel iyilik halini değil, ruhsal ve sosyal iyilik halini de içermektedir. Sosyal iyilik haline bulunduğu toplumun sağlığa bakış açısı ve belirli inanışlar da etki etmektedir. Kronik hastalık sıklığımız karşılaştırdığımız gelişmekte olan ülkelere oranla daha yüksek bulunmasına karşın, çalışmamızda sağlık algısını kötü olarak görenlerin oranı daha düşük bulunmuştur. Bu da mevcut toplum yapısının da kişinin sağlık algısına etki ettiğini gösterebilmektedir.

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin %85.1'i tanı konmuş bulaşıcı olmayan en az bir hastalığının olduğunu beyan etmiştir. Herhangi bir hastalığı olanların da %77.6'sının iki ve daha çok hastalığının olduğu bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa'da yaşayan 65 yaş ve üzeri her üç kişiden ikisinde en az bir kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (211). Gelişmekte olan ülkelere ise 65 yaş ve üzerinde en az bir kronik hastalık bulunma durumu %75.9 ile %82.8 arasında saptanmıştır (117, 179, 181). Türkiye'de yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşlılarda kronik hastalık sıklığı %70.4 ile %82.9 arasında saptanmıştır (171, 173, 184, 187, 189, 212). Türkiye'de sağlık kurumlarına başvuran yaşlılarda ya da huzurevlerinde yapılan çalışmalarda ise %79.7 ile %87.1 arasında saptanmıştır (27, 185, 213, 214, 215). Karşılaştırılan çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi kronik hastalıklar beyana göre alınmıştır. Toplum tabanlı çalışmalar göz önüne alındığında, çalışmamızda kronik hastalık sıklığının yüksek olduğu görülmektedir. DSÖ'nün 2008 yılında Kronik hastalıklar ile ilgili yayınladığı raporda tüm ölümlerin %85'inin kronik hastalıklara bağlı geliştiği bildirilmiştir (216). Kronik hastalıkların özellikle ileri yaşlarda morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedeni olmakla birlikte (217), çoğunlukla değiştirilebilir yaşam tarzı alışkanlıkları ve çevre ile olan ilişkisi nedeniyle kontrol altına alınabilecek bir gruptur. Çalışmamızda en sık bildirilen kronik hastalıkları ise sırasıyla hipertansiyon (%54.7; HT), diyabet (%40.6; DM), kalp hastalıkları (KVH) ve romatizmal hastalıklar (%32.9) oluşturmaktadır. Ulusal ve uluslararası yapılan pek çok çalışmada da yaşlılarda en sık görülen hastalıkların HT, DM, kalp hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olduğu görülmektedir (171, 186, 187, 218). Türkiye İstatistik Kurumu (2018) tarafından 65 yaş ve üstü bireylerin %38'inin dolaşım sistemi hastalıkları, %19'unun iyi huylu veya kötü huylu tümörler, %12'sinin solunum sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirdiği rapor edilmiştir (103). Türkiye'de, ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların toplam ölümler içinde % 78.7'lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bu oran Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerde % 86'ya kadar çıkmaktadır (219). Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir.

Yaşlıların bedensel bağımlılığının değerlendirildiği bulguların incelemesinde:

Çalışmamıza katılan bireylerin %14.0'ı günlük işlerinde bağımlı bulunmuştur (KATZ bağımlılık indeksine göre, bağımlı ve yarı bağımlılar). Avrupa'da benzer ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda bağımlılığın %8 ile %22 arasında değiştiği, en düşük İrlanda'da, en yüksek İspanya'da olduğu görülmektedir(220). Uzakdoğu ülkelerinde ise (Çin, Japonya, Filipinler) %8.0 ile %10.0 arasında değiştiği görülmektedir (221). Hindistan'da toplum tabanlı çalışmalarda %12.2 ile %16.5 bildiren çalışmalar mevcuttur (222, 223). Mısır'da yapılan bir çalışmada ise %6.5 bildirilmiştir (221). Türkiye'de yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşlıların günlük işlerinde bağımlılıkları %3.2 ile %10.3 arasında bulunmuştur (184, 189, 224, 225). Sağlık kurumlarına başvuran, huzurevlerinde yaşayan ya da evde bakım hizmeti alan yaşlılarda ise günlük işlerinde bağımlılığın toplum tabanlı çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir(194, 226, 227). Genel olarak artan yaş ile birlikte bağımlılığın da arttığı görülmektedir (228). Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranı ile yaşlı bağımlılığının daha çok olması da bunu desteklemektedir. Yaşlılıkla beraber görülme oranının yükseldiği kronik hastalıklar, yaş ilerledikçe günlük yaşamda bağımsızlık düzeyini azaltan önemli bir faktördür. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne göre; kronik hastalıklar sebebiyle 65 yaş ve üstü kişilerin %39'unda günlük yaşam aktiviteleri büyük ölçüde kısıtlanmıştır(226). Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı da yüksektir. Çalışmamızdaki günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek, Avrupa ülkelerine benzer şekilde yüksek çıkmıştır.

Araçsal bağımlılık açısından bakıldığında ise:

Çalışmamıza katılan bireylerin %79.9'u fiziksel sağlık durumları için en az bir yardımcı araç kullandıklarını belirtmişlerdir. Sırasıyla %67.6 gözlük, %21.3 baston ve %4.5 diş protezi en sık kullanılan yardımcı araçlardır. Ayrıca katılımcıların %16.2'si bedensel bir engeli olduğunu belirtmiştir. En sık bildirilen bedensel engeller ise 69.1 ile yürüme ve %14.9 ile görmedir. 2019 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırması'nda da çalışmamıza benzer şekilde bedensel engeli en sık yürüme sorunlarının oluşturduğu bildirilmiştir (104). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yardımcı araç kullanımı %15.5 ile %86.6 arasında geniş bir dağılım göstermektedir. Genel olarak sağlık kurumlarına başvuran yaşlılarda ve huzurevlerinde yapılan çalışmalarda %80.0 ve üzeri yardımcı araç kullanımı mevcut iken (174, 229), toplum tabanlı yapılan çalışmalar ile ASM'ye başvuran yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalarda %15.5 ile %77.9 arasında değiştiği görülmektedir (185, 215, 230, 231). Yaşlıların en sık kullandıkları yardımcı araçlar da çalışmamıza benzer şekilde gözlük, baston, işitme cihazı ve diş protezidir (174, 185, 232).

Ayrıca, çalışmamıza katılan yaşlıların %22.7'si telefon kullanımında yardıma ihtiyaç duymadığını belirtmiştir (istediğini arayabilir). Avrupa'da yapılan toplum tabanlı çalışmalarda da benzer olarak %21.3 kısıtlılık saptanmıştır (220). Bitlis il merkezinde yapılan bir tez çalışmasında yaşlıların %39.3'ünün cep telefonu kullanamadığı (185), Kars'ta evde bakım hizmeti alan yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşlıların %73.1'inin cep telefonu kullanamadığı (233) bulunmuştur. Bitlis'teki çalışmada katılımcıların %60'ı

kadın, %35.0'ı 75 yaş ve üzeri, %27.7'si günlük işlerinde bağımlı bulunmuştur. Kars'ta yapılan çalışmada katılımcıların tamamının evde bakım alan hastalar olduğu, günlük işlerinde bağımlılık düzeylerinin %90.4'e vardığı görülmüştür. Telefon kullanımının sosyoekonomik düzeyden etkilendiği gibi, ileri yaş, hastalıklar ve bağımsızlık düzeylerinden de etkilenmektedir (220). Çalışmamızda cep telefonu kullanımı Avrupa'da yapılan çalışmalara benzer şekilde çıkmıştır.

Yaşlılığa özel sağlık sorunları:

Diğer erişkin gruplarında da bulunmakla birlikte yaşlılığa özel sağlık sorunlarının başında düşme, demans, depreseif duygudurum ve inkontinans gelmektedir. Bunlara ek olarak yaşlılardaki işitme görme gibi duyularla ilgili yetersizlikler ve aile içi şiddet de bu yaş grubu için önemli halk sağlığı sorunlarıdır.

Çalışmamızda beyana dayalı olarak üriner inkontinans varlığı %39.9; haftada 2 ve daha çok idrar kaçırma %18.2 olarak saptanmıştır. Uluslararası yapılan çalışmalarda %2.5 ile %60.0 arasında saptanmıştır (234, 235, 236). Bu geniş aralık, inkontinans kavramının farklılığına, farklı popülasyon örneklerine ve veri toplama araçlarının varyasyonlarına atfedilebilir. Türkiye'de yapılan ve aralarında 15 yıl olan iki farklı çalışmada inkontinans sıklığı %44.2 (237) ve %43.9 (238) bulunmuştur. Huzurevlerinde yaşayan bireyler için üriner inkontinans prevalansı toplum ortalamalarına göre daha yüksektir bulunmuştur ve sıklığı %43 ila %77 arasındadır (239). Üriner inkontinansın ülkemiz için bir sorun olduğu ve sıklığının yıllar içerisinde azalmadığı görülmektedir. Bu duruma, bireylerin, üriner inkontinansı yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görmesi, sağlık kuruluşuna başvurmaması ve bu sorunu ile kendileri baş etmeye çalışmaları da neden olabilmektedir (240). Üriner inkontinansın normal bir süreç olmadığı ve erken dönemde doktora başvurulmasının iyileşme sürecini hızlandırabileceği konusunda toplumun farkındalığı sağlanmalıdır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %33.1'i son bir yılda düşme yaşadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, çalışmamızda tekrarlayıcı düşme %50.5 bulunmuştur. DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin 2007 yılında yayınladığı bir raporda 65 yaş üstü yaşlıların %28-35'inin, 70 yaş üzeri kişilerin ise %32-42'sinin her yıl düştüğünü bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), "Global Report on Falls Prevention in Older Age" raporuna göre genç yaşlı olarak sınıflanan bireylerde (65-74) yaklaşık %28-35'i her yıl en az bir kez düşmekte ve bu düşmelerin yarısının tekrarlayan düşmeler oluşturmaktadır (75). ABD Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezinin düşmelerin önlenmesi ile ilgili 2015 verilerine göre her yıl 65 yaş ve üstü üç kişiden biri düşmektedir. Bir kez düşen yaşlılarda tekrar düşme olasılığı 2-3 kat daha yüksektir (241). Klinik ortamlarda düştüğü tahmin edilen 65 yaş üstü hastaların oranı ise %30-50 arasındadır (242, 243). Ülkemizde yapılan birçok farklı çalışmalar ışığında yaşlı nüfusun yıl içerisinde %8.0-%37.8 oranında düşme sıklığı yaşadığı, bu oranın dünyada benzer ortalamalarda olduğu değerlendirilmiştir (215, 229, 244, 245). Bu sonuçlar Balıkesir il merkezinde ikamet eden yaşlılarda 65 yaş ve sonrası dönemde düşme sıklığının Avrupa ve Türkiye ortalamasına benzer şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. Düşme her yıl 65 yaş üstü yaşlıların ölümcül ve ölümcül olmayan yaralanmalarının en sık

nedenlerinden biri olup trafik kazalarından sonra ölüme neden olan kazaların ikinci nedenidir (62, 246). Düşme nedeniyle acil servislere başvuru oranları 85 yaş ve üzerindeki grupta 65-69 yaş grubu arasında fark 6 kattan daha fazladır (247). Düşme sıklığı da yaş arttıkça artmaktadır (215, 245, 247). Yaşlılarda düşme drumu önlenememesi, yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye neden olması açısından önemlidir. Ayrıca yaşlıların yılda kaç kez düştüğü ve tekrarlayıcı olup olmadığı önemlidir ve sorgulanmalıdır. Tekrarlayıcı olması yaşam kalitesi açısından değerlidir (248, 249).

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde düşenlerin %32.6'sı evinde, %34.8'i ev ortamı dışında, %32.6'sı da hem ev hem de ev ortamı dışında düştüğünü belirtmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ev içi düşme sıklığı %57.8 ile %72.4 arasında saptanmıştır (174, 250, 251). Çalışmamızda ev içi ve ev dışı ortamda düşme yüzdeleri benzer bulunmuştur. Çalışmamızda ev dışı düşme sıklığı diğer çalışmalara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı, yardımcı araç kullanımı ve bağımlılık oranı diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Dış ortamda bağımlı olan yaşlı nüfus için bu durumlar düşme riskini arttırmaktadır(252). Dış ortam düşme oranımızın yüksek olması bununla açıklanabilir.

Araştırmamızda düşme sonucu yaralanma yaşadığını bildirenlerin sıklığı %51.8 olup hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde ciddi yaralanma belirtenlerin sıklığı %13.8 bulunmuştur. CDC'nin 2015 yılında yayınladığı raporda, düşen her on yaşlıdan birinde hastaneye başvuruyu gerektiren kalça kırığı ya da kafa travması gibi ciddi yaralanmaların görüldüğü belirtilmektedir (241). 2013 yılında yayımlanan bir sistematik çalışmada, düşmelere bağlı olarak hastaların %30 ile %50'sinde ezilme ya da laserasyon gibi minör yaralanmaların meydana geldiği ve %5 ile %10'nda kırık ya da travmatik beyin hasarı gibi majör yaralanmaların olduğu bildirilmiştir (253). DSÖ'nün 2015 yılı raporunda da 65 yaş ve üzeri yaşlıların %4-15'inde düşme ile ilişkili önemli yaralanmaların olduğu ve %23-40'ında yaralanmalara bağlı ölümlerin görüldüğü bildirilmektedir(254). Çalışmamızda ciddi yaralanma sıklığı küresel yayınlara benzer şekilde yüksek çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %15.3'ü düşmeye karşı önlem aldığını belirtmiştir. Türkiye'de iki farklı ilde yapılan çalışmalarda düşmeye karşı önlem alma durumu katarakt tanısı alan yaşlılarda yapılan bir çalışmada %79.1 (255), uyku probemi olan yaşlılarda yapılan bir çalışmada %86.6 (174) bulunmuştur. Söz konusu çalışmalar uyku problemi olan ve kronik bir hastalığı olan bireylerde yapılmıştır. Düşme açısından risk durumu oluşturan durumların varlığı ile hastalık tanısı konan bireylerin daha fazla sağlık hizmet alması düşmeler açısından daha dikkatli olmalarına neden olmuş olabilir. Bununla birlikte, çalışmamızda veri toplama yüz yüze görüşme yöntemi ile yaşlıların evinde gerçekleştirilmiş olup düşmeye karşı alınan önlemler bizzat yerinde incelenerek rapor edilmiştir.

Çalışmamızda son düşmenin nedenlerini en sık denge bozukluğu, ev içi kaygan zemin ve ev dışı çevre ile ilgili sorunlar ve baş dönmesi oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarda da benzer olarak bireyde mevcut olan baş dönmesi ve denge kaybı, ev içi

kaygan zemin ve merdiven yüksekliği düşme nedenlerini oluşturmuştur (174, 255, 256).

Çalışmamızda depresif duygudurum sıklığı WHO-5 İyilik Hali İndeksine göre %41.0 saptanmıştır. Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin raporuna göre; DSM-4 kriterlerine göre, yaşlı bireylerde depresif belirtilerin sıklığı % 8 ile 35 arası oranlarda değiştiği bildirilmektedir (257). Yaşlılık döneminde görülen depresyonun yaygınlığı, çalışmaya dâhil edilen yaşlı grubun özelliğine, çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre % 1 - 60 arasında değişim göstermektedir (257). ABD Sağlık ve Emeklilik Araştırması (HRS) ve İngiliz Longitudinal Yaşlanma Araştırması'nın (ELSA) 2002 yılı, 65 yaş ve üzeri yaşlılara ait verilerinden yararlanılan ve iki ülkenin depresif belirti düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada ABD'de depresif belirti sıklığı % 14,9, İngiltere'de göre % 17,6 bulunmuştur (258). Güney Afrika'da GDS kullanılarak yürütülen toplum temelli bir çalışmada, yaşlıların% 40'ında depresif belirtilerin görüldüğü (259); Çin'de 2018 yılında yapılan toplum temelli bir çalışmada yaşlıların %36'sında depresif belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir (14). Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfustaki depresyon yaygınlığı, az gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür (% 9.0 -% 11.0 Aralığı) (260, 261). Az gelişmiş ülkelerde görülen bu yüksek depresyon oranı, yaşlı yetişkinleri daha fazla etkileyebilecek ekonomik yoksunluğa bağlanabilir. Yapılan çalışmalarda, depresif belirtilerin daha düşük düzeyde bulunmasının bir nedeni olarak, eğitim ve gelir düzeyinin daha yüksek olması öne sürülmüştür. Bu sonuç, yüksek sosyoekonomik durum ve eğitimin, yaşlılarda düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermektedir (262). Türkiye'de yapılan çalışmalarda depresif duygudurum %18.5 ile %56.6 gibi geniş bir aralığı kapsamaktadır (189, 263, 264, 265, 266). Benzer şekilde depresif duygudurum için kullanılan metot, örneklem ve bölge farklılıkları bu duruma neden olabilmektedir. Genelde psikiyatrik görüşme yoluyla klinik depresyon tanısını araştıran çalışmalarda saptanan depresyon yaygınlığı düşükken, değerlendirme ölçekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda yüksektir. Ülkemizde yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşlılarda depresif belirti sıklığı %27.8 ile %45.8 arasında görülmüştür (159, 189, 266).

Çalışmamıza katılan bireylerin %10.3'ü işitme güçlüğü çektiklerini, %13.5'i görme ile ilgili sorunlarının olduğunu beyan etmiştir. Çalışmamızda görme ve işitme sorunu 65-74 yaş aralığında %12,3; 75 yaş ve üzerinde %39,2 bulunmuştur. 2019 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırması'nda da benzer şekilde görme ve işitme sorunu 65-74 yaş aralığında %15,0; 75 yaş ve üzerinde %34,7 bulunmuştur (104). Türkiye'de, Batı Karadeniz'de, hastaneye başvuran 60 yaş ve üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %41.9'unda (194) Ankara'da bir huzurevinde yapılan bir çalışmada %45.7'sinde (267) işitme sorununun olduğu saptanmıştır.

Aile içi şiddete maruziyet, son yıllarda yaşlıların giderek artan bir sorundur. Çalışmamıza katılan bireylerin %19.6'sı nadiren ya da ara sıra sözel şiddete uğradığını, %2.2'si fiziksel şiddete uğradığını belirtmiştir. Çalışmamıza sözel ve fiziksel şiddet görme sıklığı %19.6 bulunmuştur. Dünyanın değişik ülkelerinde yapılmış araştırma

sonuçlarına göre; yaşlı istismarı ve ihmali Japonya'dan, Güney Kore'ye, İsrail'den, İngiltere'ye, Amerika Birleşik Devletlerine, Kanada'ya, Çin'e ve Hindistan'a kadar çocuk ve kadın istismarı gibi bütün dünya ülkelerini yakından ilgilendiren bir sosyal sorun alanına işaret etmektedir (114, 115). DSÖ'nün raporunda, her 6 yaşlıdan birisinin şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (116). Bir başka sistematik çalışmada, yaşlıların %15.7'sinin son 1 yılda şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (268). ABD'de yaşlıların %11.4'ünün (90), Portekiz'de %23.5'inin (118) şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Brezilya'da 65 yaş ve üzerinde yapılan bir çalışmada yaşlıların %21.1'inin (119), Hindistan'da 60 yaş ve üzerinde yapılan bir çalışmada yaşlıların %47.0'inin (269), İran'da 60 yaş ve üzerinde yapılan bir çalışmada yaşlıların %90.4'ünün (120) şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlıların %14.2 ile %33.0'inin şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (122, 123, 270, 271). Şiddete maruz kalma sıklığının yüksek olduğu çalışmalar daha çok huzurevlerinde yapılan çalışmalar olduları görülmektedir (112). En sık bildirilen şiddet türleri sırasıyla sözel, psikolojik ve ekonomik şiddettir (112, 118, 121, 122, 123). Çalışmamızda da yaşlıların en sık sözel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Fiziksel şiddet sıklığı ise çalışmalar arasında farklılıklar göstermektedir. Yüz yüze yapılan çalışmalarda bölgenin sosyokültürel durumu, şiddete kültürel bakış açıları ile gizlilik durumları etki edebilmektedir. Uluslararası bildirilen çalışmalarda yaşlılarda fiziksel şiddetin %1.6 ile %13.8 arasında değiştiği görülmektedir (90, 117, 118, 119, 120). Çalışmamızda yaşlıların şiddet görme durumları ABD, Avrupa bölgesi, Güney Amerika ve Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Ancak İran ve Hindistan gibi Asya ülkelerinde yaşlılarda şiddet görme sıklıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın sebeplerinden birisi yaşlı istismarının açık ve benzersiz bir tanımının olmamasıdır. Diğer nedenler arasında benzer standartların ve araçların eksikliği, veri toplama yöntemlerinde çeşitlilik ve farklı toplumlarda kabul edilebilir davranış tanımları ve algılarında farklılıkların varlığı yer alabilir. İran'da yapılan çalışmada yaşlılara yönelik şiddetin yüksek olması aile değerlerinde ve yapılarında olan hızlı değişiklikler yer alması ile açıklanmaktadır. Ayrıca, yaşlı İranlı kadınların geleneksel olarak zaman zaman çocuklarına ve torunlarına kendi istekleri dışında bakma sorumlulukları da bir sebep olarak açıklanmıştır. Buna ek olarak, dışarıda çalışmaya getirilen kısıtlamalar, yaşlıların ekonomik olarak aile üyelerine bağımlı hale gelmesine neden olmuş olup, bunun da istismar ve mali ihmali için ortak bir arka plan oluşturduğu belirtilmiştir (120). Yaşlı nüfusunun giderek artmasına bağlı olarak yaşlı istismar ve ihmalinin daha ciddi boyutlara gelmesi kaçınılmazdır. Yaşlı istismarı ve ihmali yaşlıyı inciten, ona zarar veren hatta yaşlının ölümüne neden olabilen önemli bir sorun olmakla birlikte önlenabilir bir durumdur. Bu bağlamda şiddetin takip edilmesi, şiddete yönelik toplumsal yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı:

Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik ve kullanım durumlarına bakıldığında:

Bireylerin acil olmayan bir sağlık sorununda ilk başvurdukları kurumları sırasıyla %47.0 ile devlet ya da üniversite poliklinikleri, %34.4 ile ASM'ler, %15.0 ile de acil

servisler oluşturmuştur. 2013 yılında Manisa’da 18 yaş ve üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada ilk başvurulan kurumu %45.0 ile ASM’ler, %44.1 ile devlet ya da üniversite poliklinikleri oluşturmuştur (272). Ankara’da 2016 yılında kuruma başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada, bir sağlık sorununda ilk başvurulan kurumu %52.4 ile devlet ya da üniversite poliklinikleri, %33.3 ile ASM’ler oluşturmuştur (273). 2010 yılında verileri TÜİK tarafından toplanan ve raporlanan bir çalışmada, bir sağlık sorununda ilk başvurulan kurumları %58.4 ile devlet ya da üniversite poliklinikleri, %28.1 ile ASM’ler oluşturmuştur (274). Farklı yıl ve şehirlerde yapılan çalışmalar göz önüne alındığında, çalışmamızda birinci ve ikinci basamak kullanımı diğer çalışmalarla benzer çıkmıştır. Ancak özellikle yaşlıların riskli bir grup olmasından ötürü birinci basamakta takip edilmesi esastır. Bu yönüyle bakıldığında, yaşlıların birinci basamak kullanımı düşük bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bireylerin %39.0’ı genel sağlığını takip eden bir doktorunun olduğunu, herhangi bir hastalığı olanların da %70.9’u hastalığını takip eden bir doktoru olduğunu ve takip edilenlerin de %63.1’i bu takiplerden memnun olduklarını belirtmiştir. 2013 yılında Samsun’da bir sağlık kurumuna başvuran yaşlılarda yapılan bir çalışmada, yaşlıların %63.9’unun genel sağlıklarını takip eden bir doktorunun olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, hastalığının takibinden memnun olanların yüzdesi ise %87.1 bulunmuştur (182). Çalışmamıza katılan bireylerin bağımlılık ve hastalık sıklıklarının yüksek olduğu göz önüne alındığında, genel sağlık takiplerinin düşük olduğu söylenebilir. Yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak, hastalıkların ve yaşlılarda sık görülen komorbiditelerin ulusal ekonomik yükünü hafifletmek için yaşlılarda önleyici ve kontrol edici yaklaşımların öncelikli olması gerekmektedir (275). Birinci basamakta yaşlılara yönelik izlem çalışmaları bu kapsamda yapılabilir.

Katılımcılar ilaç ve tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde:

Çalışmamıza katılan bireylerin %24.5’i beş ve daha fazla ilaç kullandığını belirtmiştir (polifarmasi). Uluslararası yapılan çalışmalarda polifarmasi sıklığı %28 ile %83 arasında değişmektedir(276, 277, 278). Bu geniş aralığa daha çok polifarmasinin tanımı neden olmaktadır. ABD’de aynı anda 9 ve daha çok ilaç alımı bu tanım kapsamında iken, Asya’da 6 ve daha fazla ilaç kullanımı polifarmasi olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, Avrupa’da bazı ölkelerde 6, bazı ölkelerde 5 ve daha çok ilaç kullanımı polifarmasi olarak tanımlanmıştır. Genel olarak 5-10 arası ilaç kullanımı polifarmasi tanımı kapsamındadır (276). Yapılan çalışmalarda, 5 ve daha fazla ilaç kullanımı Avrupa’da %20-30 arasında bulunmuştur (279, 280). ABD’de de yapılan bir çalışmada 5 ve daha çok ilaç kullanımı %23.0 bulunmuştur (281). Brezilya’da yapılan toplum tabanlı iki farklı çalışmada %14.3 (282) ve %36.0 (283) bulunmuştur. Türkiye’de farklı şehirlerde yapılan yaşlı çalışmalarında 5 ve daha fazla ilaç kullanım sıklığı % 17.3 ile %38.0 arasında saptanmıştır (213, 284, 285). Çalışmamızın bulguları Türkiye’de ve Avrupa’da yapılan çalışmalara benzer şekilde çıkmıştır.

Çalışmamızda doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumu beyana dayalı olarak %42.7 saptanmıştır. Sağlık Bakanlığının toplumda akılcı ilaç kullanımı belirlemek için 2011 yılında yürütölen sağlık kurum temelli çalışmasında katılımcıların yaklaşık

yarısının (%44,3) hekime danışmadan eczaneden ilaç aldıkları belirlenmiştir (286). Türkiye’de farklı şehirlerde yapılan çalışmalarda hekime başvurmadan ilaç kullanımı %42.9 ile %76.4 arasında saptanmıştır (272, 287, 288). Hekim tavsiyesi olmadan veya hekimin reçete ettiği ilaçların hekimin belirttiği şekilde alınmaması akılcı ilaç kullanımı açısından sorun teşkil etmektedir. Çalışmamızda tavsiyesiz ilaç kullanımı Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarla benzer şekilde yüksek saptanmıştır.

Yaşam Kalitesi:

Çalışmamızda (WHOQOL-AGE) yaşam kalitesi ölçeğinden alınan toplam puan 68.83 ± 13.08 (Yaşam doyumu alt boyutu: 70.92 ± 13.94 ; beklentilerin karşılanması alt boyutu: 66.75 ± 13.57) saptanmıştır. WHOQOL-AGE ölçeğinin kullanıldığı yaşam kalitesi çalışmalarında örnekleme ve ülkelere göre farklı sonuçlar elde edilmiştir. 2011-2012 yılında 3 ülkede eş zamanlı olarak sürdürülen ve değerlendirilen bir çalışmada, yaşam kalitesi toplam puanı 65 yaş ve üzeri için Finlandiya’da 78.1 ± 10.6 , Polonya’da 69.9 ± 14.6 , İspanya’da 74.4 ± 14.9 saptanmıştır (289). İspanya’da 2012 yılında 50 yaş üzerinde yapılan toplum tabanlı bir çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı 75.47 ± 0.90 (290) aynı çalışmada panik hastalığı olanlarda 65.40 ± 2.34 ; yine aynı ülkede üç yıl sonra yapılan bir çalışmada 50 yaş ve üzerinde yaşam kalitesi toplam puanı 74.84 ± 11.78 , KVH olanlarda 59.27 ± 17.40 saptanmıştır (291). İtalya’da 2017 yılında tarım ile uğraşan yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı 65.49 ± 11.26 saptanmıştır (292). Yine İtalya’da 2020 yılında ALS hastalarında yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı 48.23 ± 10.5 saptanmıştır (293). Ankara’da yapılan iki farklı toplum tabanlı çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı 68.21 ± 17.83 (294) ve 70.63 ± 12.84 (295) bulunmuştur. Manisa’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada WHOQOL-AGE ölçeğinin farklı boyut yapısının önerildiği bir çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı erkeklerde 65.6 ± 12.9 , kadınlarda 62.8 ± 13.0 bulunmuştur (296). Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında, yaşlılarda yaşam kalitesi insani gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle kişi başına düşen gelirin yüksek olduğu, toplumsal eşitsizliklerin az olduğu ve eğitim durumunun yüksek olduğu toplumlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yaşam kalitesi düzeyi Türkiye’de yapılan çalışmalarla benzer ancak Avrupa’da yapılan toplum tabanlı çalışmalara göre düşük saptanmıştır.

Yaşam kalitesi nedenselliği üzerine tartışma:

Çalışmamızda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması nedeniyle farklı sonuçlar görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğunu (25, 296, 297, 298, 299, 300), bazı çalışmalar daha yüksek olduğunu (301, 302), bazı çalışmalar ise bir fark olmadığını ortaya koymaktadır (141, 303, 304, 305). Kadınlar arasında görülen düşük eğitim düzeyi; sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık alanında kadınlar aleyhinde bir farkın oluşmasını kolaylaştırmaktadır (21). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olması, toplumların kültürel inançları ve cinsiyet ayrımcılığı ile de ilgili olabilir. Çalışmamızda kadın ve erkek

arasında yaşam kalitesi açısından fark olmaması, bölgemizde nispeten nüfus değişimlerinin az yaşanması, kadınların onlara yüklenen kimlik ve görevleri benimsemeleri, kadın ve erkekler arasında sosyoekonomik farkların diğer çalışmalara kıyasla daha az olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile yaş arasında da bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmazken (141, 289, 300, 306), bazı çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (25, 299, 307). Yaşlılık döneminde artan sağlık sorunları ve gelirin düşmesi, rol ve statü kaybı, yalnızlık, bilişsel becerilerin azalması, sosyal hayattan kopma, cinsel fonksiyonların azalması vb. hususlar yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (21, 308). Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu 65-74 yaş arasındadır. Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı, günlük işlerinde bağımlılık ve yardımcı alet kullanımı da yüksek saptanmıştır. Bu durumların yaş gruplarına göre homojen dağılması, ileri yaş katılımının düşük olması yaşıyla yaşam kalitesi ile anlamlı çıkmamış olmasını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda yaşlılarda medeni durumun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Evli olanların yaşam kaliteleri, evli olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalar evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (25, 296, 300, 305). Evli olan bireylerin yüksek yaşam kalitesi düzeyine sahip olmalarının nedeni kişilerin evlerinde duygusal ve sosyal anlamda kendilerine yakın olan bireylerle birlikte yaşamaları şeklinde yorumlanabilmektedir. Ayrıca, yapılan birçok çalışmada da dul veya boşanmış olmanın kadınlarda depresyon ve anksiyete riskini yüksek oranda arttırdığı (309, 310), dolayısıyla yaşam kalitelerini düşürdüğü tespit edilmiştir. Bu durum, evliliğin veya eşliliğin, bireye birincil ve sürekli bir sosyal destek sistemi oluşturmamasından, ekonomik açıdan bireyi güçlendirmesinden (çift gelir) ve yalnızlık algısını ortadan kaldırmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim durumu arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası yapılan pek çok çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (25, 231, 289, 295, 296, 300). Eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek gelirli ve nitelikli işe, daha iyi sosyal olanaklara ve dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları; buna karşın eğitim düzeyi düşük olanların kötü çalışma koşulları, ekonomik yoksunluk, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı, yetersiz beslenme gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (311).

Ayrıca, gelir durumu iyi olanların yaşam kalitelerinin de yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu bulgu kaynakça ile uyumludur (23, 25, 295, 299). Yapılan çalışmalar gelirin bireylerin sağlıkları, iş ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli gösterge olduğunu vurgulamaktadır (312, 313).

Çalışmamızda bireylerin sahip oldukları çocuk sayısı, meslekleri, kendilerine ait özel oda olup olmaması ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Her ne kadar daha önce yapılan çalışmalarda da (25, 314) benzer sonuçlar elde edilmiş olsa da, bu değişkenlerin sosyoekonomik durumu dolaylı olarak gösteren değişkenler

olması nedeniyle aslında bir nedensellik elde edilmesi beklenirdi. Bunun olası nedeni araştırma örneğinin göreceli homojen bir sosyoekonomik yapıda olmasıdır. Bu çalışmada ayrıca kentsel bölgeye göre yarı-kentsel bölgede yaşayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirledik. Bakar ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kentsel bölgede yaşayanların yaşam kaliteleri kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (25). Çalışmamızda yarı-kentsel bölge özelliğini gösteren mahalleler kentsel mahallelerle bitişiktir. Sosyokültürel olarak yıllar içerisinde bölgeler arası etkileşimler sonucu yarı-kentsel bölge kentsel bölge özelliğini kazanmıştır. Aradaki farkın sebebi çalışmamızda yarı-kentsel bölgeyi temsil eden mahallelerin kentsel bölge özelliklerini göstermesi olabilir.

Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerin aile içi ve yakın arkadaşları ile olan ilişki memnuniyetleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Aile içi ve yakın çevre ile ilişkilerinden memnun olanların yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır. Samsun’da 2010 yılında yapılan ve ASM’ya başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde aile içi ilişkileri iyi olanların yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır(305). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmada, “Diğer yaşlılara huzurevinde yaşamayı tavsiye etmeme nedenleri nedir?” sorusuna %50 oranında aile ortamının daha iyi olduğu yanıtı verilmiştir (315). Bu sonuç, çalışmaya dâhil olan yaşlılarda aile ilişkilerinin korunduğunu ve aileye verilen önemi ortaya koymaktadır. Sosyal açıdan ilişkileri iyi olan, yakın çevresi ile sık sık görüşen yaşlıların yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür. Bu durum, yalnız başına yaşayan ve sosyal bir çevreye sahip olmayan yaşlıların yaşam kalitelerinin de bu durumdan etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada, telefon kullanımında kısıtlı olanların ve evlerinde sadece alaturka tip tuvalet bulunanların yaşam kalitelerinin kısıtlı olmayanlara ve alafranga tip tuvalete sahip olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bireylerin telefon kullanımları sosyal ilişkilerini arttırdığı gibi, kendilerini güvende hissetmelerini de sağlayabilir. İleri yaşlarda ortaya çıka hastalıklar ile birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumunda alaturka tip tuvalet kullanımı bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Özellikle kayma ve düşme riskini beraberinde getirmesi, uzun dönem konforu bozması, üçüncül kişilere ihtiyaç doğurması nedeniyle evde alafranga tip tuvalet bulunması yaşlılarda yaşam kalitesi açısından risk oluşturmaktadır.

Çalışmamızda sigara içimi ve alkol kullanımı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmaların bazılarında yaşam kalitesi sigara içenlerde (300), bazılarında içmeyenlerde (25, 289) daha yüksek saptanmış iken, bazı çalışmalarda sigara ve alkol kullanımı ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (289, 316). Çalışmamızda alkol tüketimi karşılaştırılamayacak düzeyde düşük saptanmıştır. Çalışmamızda sigara içenler daha çok kronik bir hastalığı olmayanlar, günlük işlerinde bağımlı olmayanlar ve geliri giderinden fazla olanlardır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkmasına karşın ileri analizlerde bu anlamlılığını yitirmiştir. Karşılaştırılan çalışmaların bazılarında sadece tek değişkenli analiz yapılmış olup, farklı çıkması buna atfedilmiştir.

Araştırmamızda egzersiz yapan yaşlıların yaşam kaliteleri yapmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuç elde edilmiştir (289, 294, 295). Egzersizin vücudun genel sağlığına olan etkileri ile birlikte, sosyo-psikolojik etkileri ve beraberinde uğraş getirmesi yaşam kalitesini arttırabilmektedir (317). Diğer taraftan, egzersiz gibi sağlığı geliştirici davranışların ortak bir davranış kalıbı içinde daha üst sosyoekonomik gruplarda daha sık görüldüğü de bilinmektedir.

Çalışmamızda tanı konmuş hastalığı olanların ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanların yaşam kaliteleri daha düşük saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuç elde edilmiştir (23, 25, 141, 296, 299). Sağlıklı olma yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biridir (299). Bireyin hangi durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde olması en önemli sağlık ve yaşam kalitesi göstergeleri arasında oldukları belirtilmektedir (318). Benzer şekilde depresif duygudurum içerisinde bulunmayanların yaşam kaliteleri bulunanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda da benzer sonuç elde edilmiştir (289, 299, 319). Yaşlılıkta mobilitenin azalması kişinin daha önceden var olan sosyal ilişkilerinde değişiklikler meydana gelirken, ilişki kurabileceği arkadaş ve akraba sayısında azalmalar meydana gelmektedir. Bu yüzden yaşlılarda genel bir sosyal izolasyon oluşmakta ve yaşlılıkta depresyonun sıklığını arttırmaktadır.

Araştırmamızda görme ve işitme durumunu iyi olarak belirtenlere göre kötü olarak belirtenlerin yaşam kaliteleri daha düşük saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuç elde edilmiştir (141, 289). Yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerden olan görme ve işitme yeteneğinin kademeli olarak azalması GYA'da bağımlılık oluşturduğu gibi düşmelere, kazalara ve beraberinde yaşam kalitesinin düşüklüğüne neden olmaktadır (320, 321). Yaşın ilerlemesi ile görme ve işitme yeteneği azaldığı gibi çevresel etkiler, bireysel hastalıklar ve kazalar da bu duruma neden olmaktadır (322, 323). Görme yeteneğinin azalmasının önemli nedenlerinden olan bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, hastalığın bireydeki ve toplumdaki yükünü azalttığı gibi yaşlıda görme kaybını ve görme ile ilişkili sorunları da engelleyebilmekte/geciktirebilmektedir (324). Yaşlılarda görme ve işitme durumlarının takibi ve neden olan sorunların kontrol altına alınması pek çok yönden önem taşımaktadır.

Çalışmamızda bireylerin sağlıklı beslenip beslenmemesi, boş zaman aktivitesi, öz sağlık değerlendirmesi, sağlık sigortasının olup olmaması, düşme öyküsü ve şiddet görüp görmemesi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda boş zaman aktivitesi olan (231), sağlıklı beslenen (295), öz sağlık değerlendirmesi iyi olan (25, 166, 295), şiddet görmeyen (296), sosyal güvencesi olan (23, 231) ve düşme öyküsü bulunmayan (23) yaşlıların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini belirleyen faktörler ele alındığında; çalışmamızda yaşam kalitesini etkilemesi muhtemel değişkenler geniş bir çerçeve ile listelenmiştir. Yapılan çalışmalarda oluşturulan modeller daha çok sosyo-

demografik özellikler ve sağlıkla ilgili özelliklere göre oluşturulmuştur. Bu nedenle çalışmamızın yaşam kalitesine etki eden faktörleri daha yüksek oranda açıklayabildiği söylenebilir. Bununla birlikte, karşılaştırılan bazı çalışmalarda ileri analiz yapılmadığından tek değişkenli bulgularına göre yorum yapılmıştır. Bununla birlikte, çalışmamızda ileri analizler için birkaç model oluşturulmuştur. Açıklayıcılığı en yüksek olan model tartışma için seçilmiştir.

Kısıtlılıklar ve Güçlü Yönler

Çalışmamızın yarı kentsel mahalleleri kentsel bölge özelliği gösterdiğinden, literatürle karşılaştırmada kısıtlılık oluşturmuştur. Çalışmamızda yaşam kalitesi ile ilişkisi bulunan bazı değişkenlerin literatür destekleri bulunamadığı yatay tartışma yapılmıştır. Çalışmamızın değişkenlerinden olan “Kaç yıldır Balıkesir’de yaşadığı, Aile hekiminin adını bilip bilmeme, Son bir ayda idrar kaçırma sıklığı, son bir yıl düşme sayısı ve nedenleri” gibi sorularda hafızaya bağlı eksik ya da yanlışlık olum olabilir. Çalışmamız il merkezinde yapıldığından ve kırsal bölgeleri içermediğinden ötürü 75 yaş ve üzeri yaş dağılımı TÜİK’e göre düşük saptanmıştır. Çalışmamızda veri toplama yüz yüze anket yoluyla yapıldığı için bazı değişkenlerin (fiziksel ya da sözel şiddet görme, aile içi ilişkiler, maddi bağımsızlık) doğrulukları bu durumdan etkilenmiş olabilir. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı beslenme sorularının kişilerin beslenme özelliklerini detaylı olarak sorgulamada yetersiz kalmasıdır. Ayrıca boy ve kilo beyana göre alınmıştır. Boyunu ya da kilosunu bilmeyen ya da son altı ay içerisinde ölçüm yaptırmayanların vücut kütle indeksleri hesaplanamamıştır.

Çalışmamız Balıkesir İl Merkezi’nde yer alan Altıeylül ilçesinde yapılmıştır. İlçe merkezini temsil edecek şekilde yüz yüze toplum tabanlı olasılıklı örneklem yoluyla veri toplanmıştır. Çalışmanın rastsal olması güçlü yönlerindendir. Çalışmamızda veri toplama süreci hem hafta sonları hem de hafta içi resmi saatler dışında da sürdürülmüştür. Veri toplama sürecinin geniş bir aralığı kapsamayı, meslek çeşitliliği sağladığı gibi çalışan bireylerin de çalışmaya dâhil olmasını sağlamıştır. Veri toplama süreci araştırmacının kendisi ve intörnler tarafından sağlanmıştır. Çalışmada bizzat doktor ve doktor adaylarının yer alması, çalışmanın kabulünü ve katılım oranının yüksek olmasını sağlamıştır. Bununla birlikte, veri toplama sürecinde düşmeye karşı alınan önlemler de bizzat kontrol edilerek raporlanmıştır.

VI. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda kentsel bölgeye göre yarı kentsel bölgede yaşayanların, evlilerin, eğitim durumu yüksek olanların, geliri giderinden fazla olanların, egzersiz yapanların, telefon kullanımında bağımsız olanların, evinde hem alaturka hem de alafranga tip tuvalet bulunanların, kronik hastalığı olmayanların, aile ve çevre ile ilişkisi iyi olanların, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmayanların ve depresif duygudurum içerisinde olmayanların yaşam kaliteleri yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda bireylerin uyku sorunları, günlük TV başında geçirdikleri süreler, egzersiz yapma sıklıkları, sigara içme sıklıkları, sosyal aktivite düzeyleri, beslenme sorunları ve telefon kullanımındaki bağımlı olma durumları Türkiye’de yapılan çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Yaşlılığa özel sağlık sorunlarından olan inkontinans, düşme ve tekrarlayan düşme, fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalma, depresif duygudurum düzeylerinin ve polifarmasi, akılcı ilaç kullanımı, bölgemizde, ulusal ve uluslararası çalışmalara benzer şekilde hala yaygın ve önemli sorunlar oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda düşmeye karşı önlem alma düşük oranda saptanmıştır. Ayrıca ev dış düşme sıklığı ise yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan bireylerin yaşam kalite düzeyleri Türkiye’de yapılan çalışmalarla benzer saptanmasına karşın, Avrupa’da yapılan çalışmalara göre daha düşük düzeyde saptanmıştır. Düşme öyküsü bildiren yaşlıların fiziksel, algısal ve duyuşsal yeteneklerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi, belirlenen sorunlara yönelik multidisipliner yaklaşımla rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve çevresel düzenlemelerin yapılması önerilebilir. Bu süreçte yaşlı ve çevresindeki bireylerin eğitilmesi, düşmeleri önlemeye yönelik geliştirilen programlara katılımın desteklenmesi önem taşır. Toplumda düşme ile ilişkili yaralanma gelişen yaşlı bireylerin belirlenmesi, bakım ve tedavilerinin yapılması, tekrarlayan düşme riskine karşı önlemlerin alınması ve takip edilmesi önerilebilir. Bireyler, üriner inkontinansı yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görmekte olup bu nedenle sağlık kuruluşlarına başvurmamakta ve bu sorun ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Üriner inkontinansın normal bir süreç olmadığı ve erken dönemde doktora başvurulmasının iyileşme sürecini hızlandırabileceği konusunda toplumun farkındalığı sağlanmalıdır.

Yaşlılarda düşük yaşam kalitesi pek çok durum ile ilişkilidir. Temelinde sosyodemografik, sağlık özellikleri, çevresel ve psikolojik durumların sonucudur. Yaşlılarda yaşam kalitesini arttırmak için öncelikle bu duruma neden olan faktörlerin tanınması, girişimlerde yaşam kalitesi düşük olan yaşlıların öncelenmesi gerekmektedir. Yaşlıların aktif zaman geçirebileceği ve katılım sağlayabilecekleri sosyal ve çevresel imkânlar oluşturulmalıdır. Bu bağlamda erişilebilir güvenli yürüyüş ve egzersiz alanları, sosyal olabilecekleri ve iyi ilişkiler kurabilecekleri sosyal ortamların oluşturulmalıdır. Yaşlıların bizzat evde takip edilerek bağımlı olup olmadıkları ve evlerinde kullandıkları tuvalet tipinin ne olduğu araştırılmalıdır. .

Depresif duygudurum, yaşlılarda pek çok soruna neden olduğu gibi yaşam kalitesini de düşürmektedir. Depresif duygudurum içerisinde bulunan, depresyon için risk oluşturan ve önlenilecek durumların tanımlanması ve kontrolü depresyonu kontrol altına alabileceği gibi yaşlılarda yaşam kalitesinin de düşmesine engel olabilecektir.

Telefon kullanımında bağımlı olan, istediği bireyi arayamayan yaşlıların yaşam kaliteleri düşük saptanmıştır. Yaşlılara yönelik telefon kullanımında bağımlı olan grupların ortaya çıkarılması, telefon kullanabilmelerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Okuryazar olmayan yaşlılar için de asgari ölçüde ihtiyaç duyabileceği şekilde basit kullanıma yönelik girişimler planlanabilir.

Yaşlıya karşı şiddet yaşlıları inciten ve psikososyal sorunlara yol açan önlenilebilir bir sorundur. Şiddet ve istismarı önlemede toplumsal yaklaşım önemlidir. Yaşlı nüfusunun giderek artmasına bağlı olarak yaşlı istismar ve ihmalinin daha ciddi boyutlara gelmesi kaçınılmazdır. Önlemede toplumun tüm kesimlerinin özellikle de sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi ve yaşlıya yönelik koruyucu sosyal politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Yasal olarak gerekli düzenlemelerin sağlanarak istismar ve ihmali gerçekleştiren kişilere ciddi cezalar verilmesi caydırıcı olabilir. Ayrıca şiddete maruz kalan yaşlı bireylerin nereden yardım alabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri onlar açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamıza katılan bireylerde mevcut olan herhangi bir kronik hastalık bulunma durumu, yardımcı araç kullanımı ve günlük temel işlerinde bağımlılık düzeyleri diğer çalışmalardan daha yüksektir. Çalışmamızda yaşlıların birinci basamak kullanım düzeyleri 5-7 yıl önce yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Aile hekimliği sisteminin ülkemizde yaygınlaşmasına karşın birinci basamak kullanımı yaşlılarda sabit kalmıştır. Bununla birlikte, çalışmamızda sadece üç yaşlıdan birisinin herhangi bir hekim tarafından genel sağlığı için izlendiği ortaya çıkmıştır.

Yaşlı nüfusun dünyada ve ülkemizde giderek artması ile birlikte ileri yaşta ortaya çıkan kronik hastalıklar, günlük işlerinde bağımlılık durumları ve yaşlılarda sık görülen komorbiditeler de beraberinde kaçınılmaz olarak artmaktadır. Yaşlılarda bağımlılık ve kısıtlılığa neden olan bu durumlar, yaşlının çevresi için yük oluşturmakta, toplumlarda önemli miktarlarda insan gücü ve mali yatırım gerektirmektedir. Temelinde erken tanınabilir, bazı durumlarda önlenilebilir ve kontrol edilebilir olan bu durumların tanınması temel düzeyde dinamik bir örgütlenme ile sağlanabilir. Sağlık sistemi içerisinde yer alan zorunlu hizmet grupları arasına, ülkemizde en azından yaşlı şehirler için yaşlılar da dâhil edilmelidir. Yaşlılar için yılda en az bir kez ev izlemi, iki kez de temel sağlık kontrolleri yapılmalı ve risk değerlendirmeleri ile takip edilmelidir.

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir. Kronik hastalıkların önemli bir bölümünün önlenilebildiği ve büyük bir kısmının da kontrol edilebildiği göz önüne alındığında, takip ve tedavilerinin hastalık yükünü azaltabileceği söylenebilir.

Hekim önerisi olmadan ilaç kullanımı akılcı ilaç kullanımı açısından sorun teşkil etmektedir. Toplumun kendine ait olmayan ilacı kullanmama bilinci oluşturulmalıdır. İlaç kullanımı bilincinin arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Özellikle de toplumu hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanmaya yönelten nedenlere yönelik araştırmalar düzenlenmelidir.

VII. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Balıkesir ilk merkezinde yaşayan yaşlıların tıbbi ve sosyal sorunlarını ortaya çıkarmak, yaşam kalitesi düzeylerini saptamak ve bireylerin yaşam kalitelerine etki eden faktörleri ortaya çıkarmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma toplum tabanlı kesitsel bir çalışmadır. Çalışma evrenini Balıkesir'in il merkezinde yer alan iki ilçeden birisi olan Altıeylül 'de ikamet eden 65 yaş ve üzeri 14.137 yaşlı birey oluşturmaktadır. %20.6'lık prevalans, %4 düzeyinde sapma, 1.4'lük desen etkisi ve %5 hata payı ile minimum 535 yaşlı bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmada çok aşamalı olasılıklı örnekleme kullanılmıştır. Veriler anket aracılığı ile yz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Ankette, yaşlılara yönelik sosyodemografik bilgiler, sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımları, alışkanlıklar, ilişkiler, yaşlılarda sık görülen sorunlar (şiddet, düşme, depresyon, demans, bağımlılık (GYA)) ve yaşam kalitesi değişkenleri yer almıştır. Yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-AGE ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri yaşam kalitesi toplam puanı ve iki alt boyutudur. Tek değişkenli analizlerde Ki-kare testi, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması 71.57 ± 6.02 olup %51.4'ü kadındır. Katılımcıların %25.9'u örgün eğitim görmemiş olmakla birlikte %17.6'sı gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubumuzun %85.1'inin en az bir kronik hastalığı, %42.7'sinin hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumu, %61.0'ının genel sağlığını takip eden bir doktorunun olmama durumu, %34.4'ünün acil olmayan bir sağlık sorununda ilk olarak ASM'ye başvurma durumu, %39.9'unda inkontinans, %33.1'inde son bir yıl içerisinde düşme öyküsü, %19.6'sında şiddete maruz kalma, %41.0'ında depresif duygudurum ve %14.0'ında günlük işlerinde bağımlılık saptanmıştır. Çalışmamızda yaşam kalitesi toplam puanı 70.92 ± 13.94 bulunmuştur. Çalışmamızda düşük yaşam kalitesi, kentsel bölgede yaşayanlarda 2.28 kat (%95 G.A= 1.38 ± 3.78), bekâr ya da eşinden ayrılmış olanlarda 3.96 kat (%95 G.A= 1.49 ± 10.51), herhangi bir okul bitirmeyenlerde 1.90 kat (%95 G.A= 1.06 ± 3.40), geliri giderinden az olanlarda 4.48 kat (%95 G.A= 1.85 ± 10.88), evinde alafranga tip tuvalet bulunmayanlarda 3.02 kat (%95 G.A= 1.62 ± 5.64), herhangi bir kronik hastalığı olanlarda 2.02 kat (%95 G.A= 1.01 ± 4.06), görme ya da işitme durumu kötü olanlarda 2.76 kat (%95 G.A= 1.32 ± 5.76), egzersiz yapmayanlarda 2.37 kat (%95 G.A= 1.31 ± 7.28), günlük

ilişkilerinden memnun olmayanlarda 4.57 kat (%95 G.A=2.50±8.36), günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda 9.33 kat (%95 G.A=3.18±27.46) ve depresif duygudurum içerisinde bulunanlarda 5.20 kat (%95 G.A=3.09±8.76) riskli bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubumuzda kronik hastalık varlığı, günlük temel işlerinde bağımsızlık, yardımcı araç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımı yüksek düzeyde saptanmıştır. Yaşlıların birinci basamak kullanımları, sağlık durumlarını takip eden doktor varlığı, düşmelere karşı önlem alma durumları düşük düzeyde saptanmıştır. Sosyo-ekonomik ve fiziksel sağlık açısından bağımlı olan yaşlılar ile egzersiz yapmayan ve sosyal çevresi ile ilişkileri kötü olan yaşlıların yaşam kaliteleri düşük saptanmıştır. Sağlık sistemi içerisinde yer alan zorunlu hizmet grupları arasına, ülkemizde en azından yaşlı şehirler için yaşlılar da dâhil edilmelidir. Toplumun kendine ait olmayan ilacı kullanmama bilinci oluşturulmalıdır. İlaç kullanımı bilincinin arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlıların aktif zaman geçirebileceği ve katılım sağlayabilecekleri sosyal ve çevresel imkânlar oluşturulmalıdır. Bu bağlamda erişilebilir güvenli yürüyüş ve egzersiz alanları, sosyal olabilecekleri ve iyi ilişkiler kurabilecekleri sosyal ortamların oluşturulmalıdır.

Anahtar kelimeler: yaşam kalitesi, depresyon, düşme

VIII. ABSTRACT

Medicosocial Problems of the Elderly and the determinans of Quality of Life in persons aged 65 and over Living in Balıkesir City Center.

Objective: The aim of this study is to evaluate the medical and social problems, determine quality of life and to reveal the factors that affect the quality of life of individuals over 65 year and over elderly persons living in the center of Balıkesir.

Materials and Methods: This dissertation thesis is based on a population-based cross-sectional study. The population of the study consists of 14,137 elderly individuals aged 65 and over residing in Altıeylül district, one of the two districts in the city center of Balıkesir. It is aimed to reach a minimum of 535 elderly individuals with 95% confidence level, 4% margin of error, 20.6% elderly bad quality of life prevalence and a design effect of 1.4 cluster effect. Multi-stage probabilistic sampling was used in the study. The data were obtained through a face-to-face interview through a questionnaire. The questionnaire included sociodemographic information for the elderly, their health status and use of health services, habits, relationships and violence exposure, geriatric syndromes and quality of life variables. KATZ index was also applied in order to examine elderly daily life independence (ADL). WH0-5 Well-Being Index is also used to evaluate the depression mood in the elderly. The WHOQOL-AGE scale was used to measure the quality of life. The dependent variables of the study are the quality of life total score and two sub-dimensions. Chi-square test was used in univariate analyzes and logistic regression was used in multivariate analyzes.

Results: The average age of the individuals participating in our study was 71.57 ± 6.02 . The research group consists of; 48.9% of male and 51.4% of female. We found that, 25.9% of the participants have not received formal education and 17.6% stated that their income was less than their expenditure. 85.1% of our study group had at least one chronic disease, 42.7% has been using any drug without a physician's recommendation, 61.0% did not have a doctor to monitor their general health and 34.4% were first admits to Family Health Centers (ASM) in a non-emergency health problem. 39.9% had incontinence, 33.1% had a history of falling within the last year, 19.6% had been exposed to violence, 41.0% had a depressive

mood and 14.0% had dependence on daily tasks. In our study, the total score for quality of life was found to be 70.92 ± 13.94 .

Quality of life score was 2.28 times (95% CI = 1.38 ± 3.78) lower in those living in urban areas; 3.96 times lower (95% CI = 1.49 ± 10.51) in those who were single or separated; 1.90 times (95% CI = 1.06 ± 3.40) lower in those who did not graduate from any school; 4.48-fold (95% CI = 1.85 ± 10.88) lower for those whose income is less than expenditures; 3.02-fold (95% CI = 1.62 ± 5.64) lower for those who do not have a closed-type toilet; 2.02-fold (95% CI = 1.01 ± 4.06) lower for those with any chronic disease); 2.76-fold (95% CI = 1.32 ± 5.76) lower in those with poor vision or hearing; 2.37-fold (95% CI = 1.31 ± 7.28) lower in those who do not exercise;

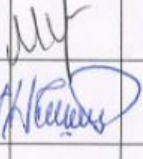
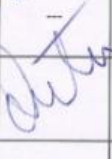
4.57-fold (95% CI = 2.50 ± 8.36) lower in those who are unsatisfied of social relationships; 9.33 times (95% CI = 3.18 ± 27.46) lower in physically dependent older adults and 5.20 times lower (95% CI = 3.09 ± 8.76) in those with depressive mood.

Conclusion: The presence of chronic diseases, independence in activities of daily living (ADL), and irrational drug use were found at high levels in our research group. The primary care use of the elderly, the continuity of health status care by a doctor; taking precautions against falls were found to be in lower rates. The quality of life of the elderly is poor in the elderly who are physically and socio-economically dependent, who do not exercise regularly and who have poor social relations. The older adults should be involved in official high risk groups in the country that will require regular follow-ups. Efforts should be spent to increase the awareness of drug use in the older adults. Social and environmental opportunities should be created in which elderly people can spend active time and participate. In this context, accessible safe walking and exercise areas, social environments where they can be social and establish good relationships should be created.

Keywords: quality of life, depression, falling

IX. EKLER

9.1 Etik Kurul Onayı

T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Karar Formu							
KARAR TARİH / NO	11/ 12 / 2019/ 20.478.486						
ARAŞTIRMANIN ADI	Balıkesir İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Tıbbi ve Sosyal Sorunları, Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Erhan ESER - Halk Sağlığı Anabilim Dalı						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Soner GÜNEŞ						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☒		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☐		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10/12 / 2019 / Tarih ve 54573 Sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	---	☐	☒	Doç. Dr. Selhan ÖZBEY Spor Bilimleri Fakültesi		☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD		☐	☐
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐	Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		☐	☐
Prof. Dr. Pınar ÇELİK Göğüs Hastalıkları A.D.	---	☐	☒	Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Prof. Dr. Ömer TETİK Kalp Damar Cerrahisi A.D.		☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	---	☐	☒	-----	-----	☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun “İzleme – Denetleme” Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.							

9.2 Gönüllü Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

BALIKESİR İL MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN MEDİKO-SOSYAL SORUNLARI, YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın amacı, Balıkesir il merkezinde bulunan, Altıeylül ilçesinde ikamet eden 65 yaş ve üstü bireylerin mediko-sosyal sorunlarını, yaşam kalitesi durumlarını araştırmak ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılacaktır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplanacak olup, anketin doldurulma süresi yaklaşık 10-15 dakika almaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile Balıkesir il merkezinde yaşayan yaşlıların Altıeylül ilçesi sınırlarında haritalaması yapılacaktır. Sağlık hizmet kullanımının ve bireysel alışkanlıkların medikososyal sorunlar ile yaşam kalitesi ile olan ilişkisi incelenecektir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Çalışmada girişimsel bir işlem yer almayacak olup, gönüllülük esası ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket ile veri toplanacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma gönüllülük esası ile yürütülmektedir. Çalışma için sözel ve yazılı onam vermeniz gerekmektedir. Çalışma için verdiğiniz isim ve imza ekleri, anabilim dalı arşiv odasında saklanacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Arş. Gör. Soner GÜNEŞ - 0538 369 1062 - CBU Halk Sağlığı AB.D

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

9.3 Anket Formu

Sosyodemografik Bilgiler:

1. Yaşadığınız mahalle:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:
1)Erkek 2)Kadın
4. Medeni Durumunuz:
1) Bekar 2) Evli/evli gibi
3) Evli fakat ayrı yaşıyor
4) Boşanmış 5) Eşi ölmüş
5. Kilonuz:.....(kg) Boyunuz:.....(cm)
6. Eğitim Durumunuz:
1) Okur-yazar değil
2) Okur-yazar (bir okul bitirmede)
3) İlkokul
4) Ortaokul
5) Lise
6) Üniversite
7. Gelir Durumunuz:
1)Geliri giderinden fazla
2)Geliri giderine eşit
3)Geliri giderinden az
8. Halen yaptığınız ya da emekli olmadan önce en uzun süre yaptığınız iş (Boratav Kod numarasını giriniz):
9. Sosyal Güvenceniz:
1) Yok ☐ 2) SGK ☐
3) Özel ☐ 4) Yeşil kart☐
10. Çalışma Durumunuz:
1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor iş arıyor
3) Çalışmıyor iş aramıyor 4) Emekli

11. Çocuk sayısı:..... (Yaşayan:.....)

12. Evde kendiniz hariç kaç kişi yaşıyor:.....

13. Şu anda evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (çoklu işaretlenebilir)
1) Anne-baba ile
2) Eşi ile
3) Çocuklarıyla
4) Eşi ve çocukları ile
5) Akrabalarıyla
6) Arkadaşlarıyla
7) Tek başına
8) Diğer

14. Kaç yıldır Balıkesir merkezde yaşıyorsunuz : (yazınız)

15. Eşiniz ve çocuklarınız dışında, günlük ihtiyaçlarını gidermek ve bakmak için, para ödediğiniz herhangi bir yardımcınız var mı?
1) Yok
2) Profesyonel bakıcı
3) Akrabam bakıyor (eşi-çocukları dışında)

Ev Tipi ve Özellikleri:

16. Yaşamınızı nerede sürdürüyorsunuz?

- 1) Kendi evi
- 2) Kira
- 3) Huzur evi
- 4) Çocuklarının evi
- 5) Akrabalarının evi
- 6) Diğer.....

17. Evinizin tipi nasıl?

- 1) Müstakil ev
- 2) Asansörlü apartman dairesi

3) Asansörsüz apartman dairesi

18. Kendinize ait yatma /dinlenme odanız var mı?

- 1)Evet
- 2) Hayır

19. Evde sizin kullandığınız tuvalet tipi nedir?

- 1)Alafranga
- 2)Alaturka 3) Her ikisi de

20. Evinizde evcil hayvan var mı?

- 1)Var(.....)
- 2)Yok

21. Evinizde kullanılan ısınma tipi nedir?

- 1) Kalorifer
- 2) Soba
- 3) Elektrikli ısıtıcı
- 4) Diğer.....

Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı

Özellikleri:

22. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

23. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı? (birden fazla seçenek işaretlenebilir- herhangi bir hastalığınız yoksa 27. Soruya geçiniz)

- 1) Yok
- 2) Hipertansiyon (yüksek tansiyon)
- 3) Diyabet (şeker)
- 4) Osteoporoz (kemik erimesi)
- 5) Osteoartrit (Kireçlenme)
- 6) Kalp hastalığı
- 7) Böbrek hastalığı
- 8) Kanser

9) Romatizma (düzenli ilaç kullanılan, kronik kas eklem ağrıları)

10) Astım veya nefes darlığına yol açan (KOAH) bir hastalık

11) Mide / barsak hastalıkları

12) Nörolojik (inme, Parkinson, baş ağrısı, denge sorunları, uyuşma, nöropatik ağrı sorunları vb.)

13) Diğer (belirtiniz):

24. Bu sağlık sorunlarınız bir doktor tarafından düzenli olarak takip ediliyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsız

25. Bu takip/takiplerden ne kadar memnunsunuz?

- 1) Hiç memnun değilim
- 2) Pek memnun değilim
- 3) Orta derecede memnunum
- 4) Memnunum
- 5) Çok memnunum

26. Kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?

.....

27. Herhangi bir hastalığınızda hastaneye başvuru öncesi doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanıyor musunuz?

- 1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

28. Sizi düzenli olarak takip eden bir doktorunuz var mı?

- 1) Var 2) Yok 3) Kararsız

29. Son 6 ay içerisinde hastanede yattınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

30. Aile hekiminizin adını/soyadını biliyor musunuz?

Adı Soyadı

31. 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. Tıp fakültesi
5. Özel hekim/poliklinik/hastane
6. Diğer.....

32. Önceki soruda belirtilen kuruluşu tercih etme sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Ekonomik olarak uygun olması
- 2) Bulunduğum yere yakın olması
- 3) Hizmetinden memnun olmam
- 4) Tavsiye
- 5) Kuruluşta tanıdık birinin bulunması
- 6) Diğer (Belirtiniz)

33. Bedensel engeliniz var mı?

(Bedensel engel: Kas, iskelet ya da sinir sistemi bozukluğu sonucu toplumsal yaşama uyumda zorlanma ya da günlük gereksinimleri karşılamadaki zorluk)

- 1) Evet
- 2) Hayır

34. Evet ise engelin türünü ve yüzdesini belirtiniz.

Engel türü Yüzdesi (%)

- a. Görme
- b. İşitme
- c. Yürüme
- d. Diğer

35. 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

36. Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçırabilir. Son 4 hafta boyunca

ortalama olarak ne sıklıkla idrar kaçırsınız?

- 1) Hiçbir zaman
- 2) Haftada 1 veya daha seyrek
- 3) Haftada 2 veya 3 kez
- 4) Günde bir kez
- 5) Günde bir kaç kez
- 6) Her zaman

Alışkanlıklar ve Uyku Durumu:

37. Tütün ürünü/ürünleri kullanıyor musunuz?

- 1) Her gün
- 2) Ara sıra
- 3) Bıaktım
- 4) Hiç kullanmadım

38. Alkollü içecek kullanıyor musunuz?

- 1) Evet her gün
- 2) Evet ama her gün değil
- 3) Hayır hiç kullanmıyorum

39. 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?.....gün

40. Günde kaç litre/bardak su tüketiyorsunuz?

- 1) 0,5 -1 lt =2-5 Bardak
- b) 1 – 1,5 lt =5-8 Bardak
- c) 1,5 – 2 lt =8-11 Bardak
- d) 2 – 2,5 lt =11-14 Bardak
- e) 2,5 lt'den fazla =14 Bardaktan fazla

41. Yemeklere başlamadan tuz ilavesi yapar mısınız?

- 1)Evet
- 2)Hayır
- 3)Ara sıra

42. Günde kaç ana öğün yemek yersiniz?

.....

43. Boş zamanlarınızı nasıl**değerlendirirsiniz?****1) Hiç 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık sık****(1 ile 4 arasında rakam belirtiniz)**

Gazete okuma	
Televizyon seyretme	
Radio dinleme	
Ev gezmesi-arkadaş ziyareti	
Kahvehaneye gitme	
Gezintiye çıkma	
Başkaları tarafından ziyaret edilme	
İnternette zaman geçirme	
Diğer (.....)	

44.**Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-AGE):** Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı

değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını daire içine alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	<i>Çok kötü</i>	<i>Biraz kötü</i>	<i>Ne iyi, ne kötü</i>	<i>Oldukça iyi</i>	<i>Çok iyi</i>
		1	2	3	4	5
2	Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, dokunma gibi) sizce nasıldır?	<i>Çok kötü</i>	<i>Biraz kötü</i>	<i>Ne iyi, ne kötü</i>	<i>Oldukça iyi</i>	<i>Çok iyi</i>
		1	2	3	4	5
3	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
4	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
5	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
6	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
7	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5

8	Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
9	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Tamamen</i>
		1	2	3	4	5
10	Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta Derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Tamamen</i>
		1	2	3	4	5
11	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	<i>Hiç hoşnut</i>	<i>Çok az hoşnut</i>	<i>Ne hoşnut, ne de değil</i>	<i>Epeyce hoşnut</i>	<i>Tamamen hoşnudum</i>
		1	2	3	4	5
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Tamamen</i>
		1	2	3	4	5
13	Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Tamamen</i>
		1	2	3	4	5

45. Telefon kullanabiliyor musunuz?

- 1) İstedğim kişileri arayabiliyorum.
- 2) Sadece belli kişileri arayabiliyorum.
- 3) Sadece arandığımda açabiliyorum.
- 4) Hiç kullanamıyorum.

46. Uyku probleminiz var mı? (uykuya dalamama, sık sık uykudan uyanma, uykuyu sürdürmede güçlük, uyku kalitesi düşüklüğü)

- 1) Çok fazla
- 2) Fazlaca
- 3) Biraz
- 4) Nadiren
- 5) Hiç yok

Düşme ile ilgili Değişkenler:

47. Yaşamınız boyunca (65 yaş ve sonrası için) hiç düştünüz mü?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

48. Son 1 yıl içerisinde kaç kez düştünüz?

Evde (.....); Dışarıda (.....)

49. Bunun kaç son 6 ay içerisinde oldu?

Evde (.....); Dışarıda (.....)

50. Son bir yıl içerisindeki düşmelerinizde yaralanmanız oldu mu?

- 1) Hastaneye yatmayı gerektirecek yaralanma oldu
- 2) Hafif yaralanma oldu
- 3) Olmadı

51. En son düşmenizin nedeni neydi?

- 1) Dengem bozuldu/bilincimi kaybettim
- 2) Gücüm/takatim kesildi
- 3) Gözüm görmedi
- 4) Ev/dışardaki olumsuz koşullardan dolayı (bozuk kaldırım, ayak takılması, ortadaki nesneler vs)
- 5) Aydınlatma yetersizliği (ev/dışarı)

- 6) Diğer
- 7) Hatırlamıyorum

52. Eviniz düşmenin önlenmesi açısından sizce ne kadar uygun ve güvenli?

- 1) Hiç güvenli değil
- 2) Biraz güvenli
- 3) Orta derecede güvenli
- 4) Çok güvenli
- 5) Son derece güvenli

53. Yaşadığınız mahalle/bölge, düşmenin önlenmesi açısından ne kadar güvenli?

- 1) Hiç güvenli değil (kolayca düşülebilir)
- 2) Biraz güvenli
- 3) Orta derecede güvenli
- 4) Çok güvenli
- 5) Son derece güvenli

54. Evinizde düşmeye karşı herhangi bir önlem aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

55. Evinizde düşmeye karşı önlem aldıysanız, önlem almanızı kim önerdi?

- 1) Sağlık Çalışanları
- 2) Aile Bireyleri
- 3) Yakın akraba, eş, dost
- 4) Kimse önermedi, TV/Sosyal medyadan duydum
- 5) Diğer

İlişkiler ve Memnuniyet:

56. Yaşamınızdan memnun musunuz?

- 1) Hiç memnun değilim
- 2) Pek memnun değilim
- 3) Orta derecede memnunum
- 4) Memnunum
- 5) Çok memnunum

57. Ailenizin ya da yakınlarınızın sizi ziyaret veya onlarla haberleşme sıklığından memnun musunuz?

- 1) Hiç memnun değilim
- 2) Pek memnun değilim

- 3) Orta derecede memnunum
- 4) Memnunum
- 5) Çok memnunum

58. Aile içi ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?

- 1) Hiç memnun değilim
- 2) Pek memnun değilim
- 3) Orta derecede memnunum
- 4) Memnunum
- 5) Çok memnunum

Mali Bağımsızlık:

59. Başkasına muhtaç olmadan kendi başınıza dışarı çıkıp işlerinizi ne kadar halledebiliyorsunuz?

- 1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen
- 4) Çoğu Zaman 5) Her zaman

60. Parasal (çekme, harcama) işlerinizi nasıl yapıyorsunuz?

- 1) Bağımsız olarak, kendi başıma tüm mali işlerimin üstesinden gelebilirim.
- 2) Günlük mali işlerimi halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerimde yardıma ihtiyaç duyarım.
- 3) Bütün mali işler için yardım alıyorum.

61. Kendi gelirinizi (maaşınızı veya kira gelirinizi) başkasının baskısı olmadan özgürce kullanabiliyor musunuz?

- 1) Evet, özgürce kullanabiliyorum
- 2) Hayır, kullanamıyorum
- 3) Emin değilim / kararsızım / bir ölçüde

İstismar ve Şiddet:

62. Aileniz veya bakıcınız size bağırıyor ya da kötü sözler söylüyor mu?

- 1) Hiçbir zaman
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Sık sık
- 5) Çok sık

63. Aileniz veya bakıcınızdan vurma, itme gibi şiddet gördüğünüz oluyor mu?

- 1) Hiçbir zaman
- 2) Çok nadir
- 3) Ara sıra
- 4) Sık sık
- 5) Çok sık

64. KATZ Bağımsızlık Ölçeği: Aşağıda bireylerin günlük yaşamlarında yaptıkları bazı faaliyetler sıralanmıştır. Bu faaliyetleri ne derecede yapabildiğinizi belirtmenizi istiyoruz (Uygun kutucuğu X ile işaretleyiniz).

Aktiviteler	Puan Bağımsız ise 1, Bağımlı ise 0	Bağımsız (1 Puan) İzlem, Yönlendirme veya Kişisel Yardıma İhtiyacı YOK	Bağımlı (0 Puan) İzlem, Yönlendirme veya Kişisel Yardıma İhtiyacı VAR
Banyo		Kendi kendine banyo yapar veya sırt, genital alan veya engelli bir ekstremitte gibi tek bir bölümün banyosunda yardıma ihtiyaç duyar	Vücudun birden fazla bölümünde yardıma ihtiyaç duyar. Küvet veya duşa girip çıkarken yardıma ihtiyaç duyar, bütün banyoda yardıma ihtiyaç duyar
Giyinme		Giysilerini dolaptan alır giyer, bağlamalarını yapar. Ayakkabılarını bağlamada yardıma ihtiyacı olabilir.	Giyinmekte yardıma ihtiyaç duyar veya hiç giyinemez
Tuvalet		Tuvalete gider, girer, çıkar, yarımsız genital temizliğini yapar.	Tuvalete gitmede, kendini temizlemede veya lazımlığı veya komodu kullanmada veya temizlemede yardıma ihtiyaç duyar
Hareket		Yatağa girip çıkmada veya sandalyeye oturup kalkmada yarımsız hareket eder. Mekanik transfer aletleri kabul edilebilir	Yataktan sandalyeye hareket etmede yardıma ihtiyaç duyar ya da kendisi hiç yapamaz
Boşaltım		Miksiyon veya defekasyonda kendini tamamiyle kontrol eder.	Bağırsak veya mesane inkontinansı kısmen veya tamamen vardır
Beslenme		Yiyeceği tabağından ağzına yarımsız olarak götürür	Yiyecekler başka birisi tarafından hazırlanabilir. Beslenmede kısmen veya tamamen yardıma ihtiyaç duyar.

65. WHO-5 İyilik Hali İndeksi:

Aşağıdaki beş tanımlamadan her biri için, son iki hafta süresince kendinizi nasıl hissettiğinize en yakın olan yanıtı veriniz. Daha büyük sayıların daha iyi bir iyilik hali anlamına geldiğine dikkat ediniz.

Örnek: Son iki hafta süresince geçen sürenin yarısından çoğunda neşeli ve keyifli hissettiyseniz, sağ üst köşesinde 3 sayısı olan kutucuğu işaretleyin.

	<i>Son iki hafta boyunca</i>	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğunda	Geçen zamanın yarısından daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1	Kendimi neşeli ve keyifli hissettim	5	4	3	2	1	0
2	Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim	5	4	3	2	1	0
3	Kendimi aktif ve dinç hissettim	5	4	3	2	1	0
4	Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım	5	4	3	2	1	0
5	Günlük yaşamım beni ilgilendiren şeylerle dolu	5	4	3	2	1	0

X. KAYNAKLAR

1. Yıldız M. Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;36(1):1-30.
2. Organisation WH. Proposed working definition of an older person MDS Project. 2002. Adres Linki: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Erişim tarihi: 17 Mayıs 2020.
3. Aging WSGotEo. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging: World Health Organization; 1984.
4. Çınarlı T, Zeliha K. 65 Yaş Ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk Ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(4):660-79.
5. Nations U. World population ageing 2019: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population ...; 2019.
6. Organization WH. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015. Adres Linki: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. Erişim tarihi: 6 Nisan 2020.
7. TÜİK. Nüfus Projeksiyonları 2023-2080. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/ZipGetir.do?id=30567&class=onceki>. Erişim tarihi: 7 Şubat 2020.
8. Walker A. The economic 'burden' of ageing and the prospect of intergenerational conflict. Ageing Society. 1990;10(4):377-96.
9. Oksay A. Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2018.
10. Yoshimitsu K, Tabira T, Kubota M, Ikeda Y, Inoue K, Akasaki Y. Factors affecting the self-rated health of elderly individuals living alone: a cross-sectional study. BMC research notes. 2017;10(1):512.
11. Penninx BW, Pahor M, Woodman RC, Guralnik JM. Anemia in old age is associated with increased mortality and hospitalization. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences Medical Sciences. 2006;61(5):474-9.
12. Bowling A, Farquhar M, Grundy E. Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1996;11(12):1077-87.
13. Yerli G. Sığınmacı ve Göçmen Yaşlılarla Sosyal Hizmet. Kuramsal ve Uygulama Boyutları ile Türkiye'de Sığınmacı, Mülteci ve Göçmenlerle Sosyal Hizmetler: Transnational Press London. p. 155-67.
14. Zhao C, Wong L, Zhu Q, Yang H. Prevalence and Correlates of Chronic Diseases In An Elderly Population: A Community-Based Survey In Haikou. PloS one. 2018;13(6):e0199006.
15. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion on drug safety. 2014;13(1):57-65.
16. Yeşil H, Eyigör S. Yaşlılarda fizik aktivite ve hastalıklara etkisi-I. Ege Tıp Dergisi. 2015;54.
17. Sönmez Y, Uçku R, Kitay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, et al. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(3):145-53.
18. Kışal A, Tezel A. Yaşlılık ve Sağlığı Geliştirme. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği-Özel Konular. 2019;5(1):44-9.
19. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-Old). Turk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(1):1.
20. Punta P, Somrongsong R, Kumar R. Factors influencing quality of life (QOL) amongst elderly caregivers of people living with HIV/AIDS in Phayao province, Thailand: a cross-sectional study. FResearch. 2019;8.

21. Aslan D, editor Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı Yaşlanan Kadın Sempozyumu; 2009.
22. Whatley A, Dilorio C, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. Health education research. 2010;25(4):575-84.
23. Gökulu G, Uluocak Ş, Aslan C, Bilir O. Çanakkale Merkezindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Journal of International Social Research. 2014;7(34).
24. Shah VR, Christian DS, Prajapati AC, Patel MM, Sonaliya K, care p. Quality of life among elderly population residing in urban field practice area of a tertiary care institute of Ahmedabad city, Gujarat. Journal of family medicine. 2017;6(1):101.
25. Bakar N, Aşilar R. Factors affecting depression and quality of life in the elderly. Gerontol Geriatr Res. 2015;4(249):2.
26. Şahin DS, Özgür Ö, Kiliç AS, Sütlü SP, Mutluay D. Acil Servis ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;2(2):81-92.
27. Kaya PS, Şahin G. Samsun'da evinde ve huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5(1):22-7.
28. Ceylan H. Yaşlılık Sosyolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık. 2016:133-70.
29. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim. 2012;25(3):1-3.
30. Duyar İ. Yaşlanma, yaşlılık ve antropoloji. Ankara: TGV; 2008. 9-19 p.
31. Organization WH, editor Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging. Report on the Seminar, Kiev; 1963.
32. Canatan A. Sosyal yönleriyle yaşlılık: Palme Yayıncılık; 2008.
33. Güler Ç. Yaşlılıkta tanımlar ve yaşlılık üstüne söylenenler. Turkish Journal of Geriatrics Geriatri. 1998;1.
34. Toprak İ, Soydaş T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H, et al. Yaşlı sağlığı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2002. 8-12 p.
35. Kinsella K, He W. An Aging World: 2008. Washington, DC: US Government Printing Office; 2009. US Census Bureau. International Population Reports, PS95/09. 2009;1.
36. Organization WHOJGWH. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project 2002. Adres Linki: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Erişim tarihi: 27 Mart 2020.
37. Nations U. World Population Ageing: Department of Economic and Social Affairs, Population Division New York, NY; 2015. Adres Linki: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf. Erişim tarihi: 22 Mart 2020.
38. EUROSTAT. Population structure and ageing 2017. Adres Linki: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing Erişim tarihi: 5 Temmuz 2020.
39. Nations U. Department of Economic and Social Affairs Population Division: World Population Ageing 2009. New York: United Nations; 2009.
40. Şentürk Ü. Yaşlılık Sosyolojisi Yaşlılığın Toplumsal Yörüngeleri. Bursa2018.
41. Tezcan S. Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi2012. 1-3 p.
42. Organization WH. Population Ageing: A Public Health Challenge. Fact Sheet Geneva1998. Adres Linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Erişim tarihi: 12 Mayıs 2020.
43. Karadakovan A. Yaşlı sağlığı ve bakım: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
44. Kalınkara A. Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi, . Ankara2011. 66-7, 99,103,4,9,27 p.
45. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2015;8(1).
46. Tümerdem Y. Gerçek Yaş. Türk Geriatri Dergisi. 2006;9(3):195-6.
47. Aktan CC, Özkıvrak Ö. Sosyal Refah Devleti. İstanbul: Okutan Yayıncılık. 2008.

48. Çamurcu H. Dünya Nüfus Artışı ve Getirdiği Sorunlar. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005;8(13):87-105.
49. Akçay C. Yaşlılık Kavramlar, Kuramlar Ve Yaşlılığa Hazırlık. İstanbul: Kriter. 2013.
50. Nations U. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights 2019. Adres Linki: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf. Erişim tarihi: 22 Mayıs 2020.
51. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2015-2017. 2018 2019. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27591>. Erişim tarihi: 12 Mart 2020.
52. (TNSA) HÜNE. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü 2008. Adres Linki: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf. Erişim tarihi: 25 Aralık 2019.
53. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2019. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/ZipGetir.do?id=33705&class=onceki>. Erişim tarihi: 17 Mart 2020.
54. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008-2019. Adres Linki: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. Erişim tarihi: 22 Mart 2020.
55. TÜİK. Genel Nüfus Sayımları 1935-2000. Adres Linki: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047. Erişim tarihi: 25 Mart 2020.
56. TÜİK. Haber Bültenleri 2019. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim tarihi: 13 Mart 2020.
57. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2019. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>. Erişim tarihi: 15 Şubat 2020.
58. Weber P, Meluzínová H, Matejovska-Kubesova H, Polcarová V, Jarkovsky J, Bielaková K, et al. Geriatric giants--contemporary occurrence in 12,210 in-patients. Bratislavske lekarske listy. 2015;116(7):408-16.
59. WHO. Dünya Sağlık Örgütü, Yaşlanma ve Sağlık 2018. Adres Linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Erişim tarihi: 5 Şubat 2020.
60. Noguchi N, Blyth FM, Waite LM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, et al. Prevalence of the geriatric syndromes and frailty in older men living in the community: The Concord Health and Ageing in Men Project. Australasian journal on ageing. 2016;35(4):255-61.
61. Wu C-H, Chang C-I, Chen C-Y. Overview of studies related to geriatric syndrome in Taiwan. Geriatrics and gerontology international. 2012;3(1):14-20.
62. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age ageing. 2006;35(suppl_2):ii37-ii41.
63. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane database of systematic reviews. 2012(9).
64. Senn N, Monod S. Development of a comprehensive approach for the early diagnosis of geriatric syndromes in general practice. Frontiers in medicine. 2015;2:78.
65. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared Risk Factors For Falls, Incontinence, and Functional Dependence: Unifying The Approach To Geriatric Syndromes. Jama. 1995;273(17):1348-53.
66. Kane R, Ouslander J, Abrass I, Resnick B. Incontinence. Essentials of Clinical Geriatrics, 6th edition New York: McGraw Hill. 2009:213-63.
67. Sleeper R. Common geriatric syndromes and special problems. The Consultant Pharmacist®. 2009;24(6):447-62.
68. Kane R, Ouslander J, Abrass I, Resnick B. The geriatric patient: demography, epidemiology, and health services utilization. Essentials of clinical geriatrics 7th ed New York: McGraw Hill. 2013.
69. Anpalahan M, Gibson S. Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. Internal medicine journal. 2008;38(1):16-23.
70. Şimşek H, Uçku R. Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık 2012. 12 p.

71. Health Alo, Welfare. Better Cardiac Care Measures for Aboriginal and Torres Strait Islander People: First National Report 2015: Australian Institute of Health and Welfare; 2015.
72. Giles W, Mokdad AH, Stroup DF. Public health surveillance for behavioral risk factors in a changing environment; recommendations for the Behavioral Risk Factor Surveillance Team: CDC; 2003. Adres Linki: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5165>. Erişim tarihi: 15 Haziran 2020.
73. Health UDo, Services H. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse Guideline Index.
74. WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization. 2009. Adres Linki: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/. Erişim tarihi: 6 şubat 2020.
75. Organization WH, Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age: World Health Organization; 2008. Adres Linki: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 2 Nisan 2020.
76. (WHO) WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Adres Linki: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf. Erişim tarihi: 25 Aralık 2020.
77. Europe WJEW. Steps to Health: A European Framework to Promote Physical Activity For Health 2007. Adres Linki: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf. Erişim tarihi: 22 Haziran 2019.
78. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Chronic diseases, primary care and health systems performance diagnostics, tools and interventions. Inter-American Development Bank; 2011.
79. WHO. Global recommendations on physical activity for health 2010. Adres Linki: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2020.
80. Koller T. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond: World Health Organization; 2010. Adres Linki: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf. Erişim tarihi: 15 Haziran 2020.
81. Baysan N. Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi; 2008.
82. Organization WH. European report on preventing elder maltreatment 2011. Adres Linki: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107293/e95110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Erişim tarihi: 15 Nisan 2020.
83. Ageing WHO, Unit LC. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Université de Genève. Centre interfacultaire de gérontologie: World Health Organization; 2008.
84. Toprak İ, Soydal T, Bal E. 240. İsmail Toprak, Tahir Soydal, Ercan Bal. Yaşlı Sağlığı. . TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2002;3:35-40.
85. Merkezi HÜGBAvU. Yaşlılıkta kaliteli yaşam. 2018. Adres Linki: http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf. Erişim tarihi: 22 Mayıs 2020.
86. Huguët N, Kaplan MS, Feeny D. Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: results from the Joint Canada/United States Survey of Health. Social science medicine. 2008;66(4):803-10.
87. Yılmaz M, şara E. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2014;1(2):117-27.
88. Diker JK. no'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi. 2000;3(3):91-7.
89. OECD. Life Expectancy 2019. Adres Linki: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>. Erişim tarihi: 18 Mayıs 2020.

90. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American journal of public health*. 2010;100(2):292-7.
91. Bilir N, Erbaraktar PN. Yaşlılık Sorunları- Halk Sağlığı Temel Bilgiler: Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2012.
92. Hochman O. The Role Of Comprehensive Conservative Management In Elderly Patients With End Stage Renal Disease. *Harefuah*. 2019;158(1):48-52.
93. Avendano M, Glymour MM, Banks J, Mackenbach JP. Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: a comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health*. 2009;99(3):540-8.
94. CDC. National Vital Statistics Reports (NCHS) 2019. Adres Linki: <https://www.cdc.gov/nchs/products/nvsr.htm>. Erişim tarihi: 17 Aralık 2020.
95. Study HaR. English Longitudinal Study of Ageing, and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Europe2004.
96. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *International journal of epidemiology*. 2012;41(6):1639-49.
97. Fabbri LM, Rabe KF. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? *The Lancet*. 2007;370(9589):797-9.
98. Pınar R, Çınar S. İstanbul ilinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşire Dergisi*. 2001;51:10-8.
99. Organization WH. Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030. 2004. Adres Linki: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html. Erişim tarihi: 22 Nisan 2020.
100. Organization WH. The world health report 2003: shaping the future: World Health Organization; 2003. Adres Linki: https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf. Erişim tarihi: 5 Mayıs 2020.
101. Organization PAH. PAHO basic indicators database. PAHO Washington, DC; 2008.
102. Eurostat. Major causes of death, EU-28, 2016. Adres Linki: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics_-_people_over_65. Erişim tarihi: 22 Haziran 2020.
103. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/ZipGetir.do?id=30701&class=>. Erişim tarihi: 19 Mart 2020.
104. TÜİK. Türkiye Sağlı Araştırması Türkiye2019. Adres Linki: <http://www.tuik.gov.tr/ZipGetir.do?id=33661&class=onceki>. Erişim tarihi: 23 Nart 2020.
105. HealthOrganization W. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. adresinden 23.10.2017 tarihinde edinilmiştir. 2002. Adres Linki: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf. Erişim tarihi: 13 Mart 2020.
106. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(4):357-64.
107. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avci A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):591-614.
108. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(6):1214-38.
109. Sayan A, Durat G. Yaşlı İstismarı ve İhmali: Önleyici Girişimler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(3).
110. Akdemir N. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2008;15(1):68-75.

111. Fadiloğlu Ç. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. Ege Tıp Dergisi. 2012;51.
112. Erden Ş, Boz H. Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmali. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2018;71(3):100-5.
113. O'Connor KA, Rowe J. Elder abuse. Reviews in Clinical Gerontology. 2005;15(1):47-54.
114. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. Journal of Elder Abuse Neglect. 2009;21(1):1-14.
115. Kalavar JM, Jamuna D, Ejaz FK, neglect. Elder abuse in India: Extrapolating from the experiences of seniors in India's "pay and stay" homes. Journal of Elder Abuse Neglect. 2013;25(1):3-18.
116. Organization WH. Elder abuse. 2018 Adres Linki: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>. Erişim tarihi: 5 Nisan 2020.
117. de Paiva MM, dos Santos Tavares DM. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. Revista brasileira de enfermagem. 2015;68(6):727-33.
118. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. Atencion primaria. 2014;46:206-9.
119. Belisário MS, Dias FA, Pegorari MS, Paiva MMD, Ferreira PCdS, Corradini FA, et al. Cross-sectional study on the association between frailty and violence against community-dwelling elderly people in Brazil. Sao Paulo Medical Journal. 2018;136(1):10-9.
120. Piri N, Tanjani PT, Khodkarim S, Etemad K. Domestic elder abuse and associated factors in elderly women in Tehran, Iran. Epidemiology health. 2018;40.
121. Kendirli B, H. K, Uçku R, editors. Yaşlılarda istismar varlığı ve etkileyen etmenler. . 19 Halk Sağlığı Kongresi Kitabı;; 2017 19 Mart, 2017; Antalya, Türkiye. .
122. Ölçer S, Polat O, Polat N, Turan SG, editors. Van İlinde Yaşlı İstismarına Yönelik Bir Alan Çalışması. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.
123. Ergin F, editor Aydın Merkezinde Yaşlı İstismar/İhmal Prevalansı ve İlişkili Faktörler. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.
124. Kass-Bartelmes BL. Preventing disability in the elderly with chronic disease: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
125. Akça N, Taşçı S. 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;14:30-6.
126. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. Brazilian Journal of Psychiatry. 2014;36(1):76-88.
127. Kane RA. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. The Gerontologist. 2003;43(suppl_2):28-36.
128. Schmidt S, Muhlhan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. The European Journal of Public Health. 2006;16(4):420-8.
129. Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji S. Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. The Gerontologist. 2012;52(1):66-78.
130. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health quality of life outcomes. 2013;11(1):177.
131. Houston DK, Tooze JA, Hausman DB, Johnson MA, Nicklas BJ, Miller ME, et al. Change in 25-hydroxyvitamin D and physical performance in older adults. Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences Medical Sciences. 2011;66(4):430-6.
132. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(3):162-5.

133. Bjerk M, Brovold T, Skelton DA, Bergland A. A falls prevention programme to improve quality of life, physical function and falls efficacy in older people receiving home help services: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC health services research*. 2017;17(1):559.
134. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DS-C. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health quality of life outcomes*. 2008;6(1):30.
135. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatride kullanımı. *Sağlıkta Birikim*. 2006;1(2):21-6.
136. Kılınç H, İrez G, Saygın Ö. Swissball ve theraband egzersizlerinin 65 yaş üstü bireylerin yaşam kalitesi ve bazı fiziksel özelliklerine etkileri. *International Journal of Human Sciences*. 2014;11:678-90.
137. Çağlayan Ç, Yılmaz F. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(4):129-40.
138. Canlı S. Yaşlılıkta Mobilitateye Bağlı Yetiştirimi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 6(2):390-7.
139. Schepens HR, Van Puyenbroeck J, Maes B. How to improve the quality of life of elderly people with intellectual disability: A systematic literature review of support strategies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2019;32(3):483-521.
140. Da Fonte E, Feitosa PH, de Oliveira Neto LT, de Araújo CL, Figueiroa JN, Alves JG. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *Journal of family medicine primary care*. 2016;5(1):139.
141. Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Jafarabadi MA. Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. *Journal of caring science*. 2014;3(4):257.
142. Abdollahi S, Toupchian O, Rahmati M, Shafie EH, Djafarian K. The association between obesity and quality of life among the elderly. *International Journal of Health Studies*. 2016;2(2).
143. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, H T. *Oxford Textbook of Public Health*. S E, editor. New York: Oxford University Press; 2002.
144. Kligman E. *Preventive Geriatrics: Basic Principles For Primary Care Physicians*. Geriatrics. 1992;47(7):39.
145. Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive Health Care In Elderly People Needs Rethinking. *Bmj*. 2007;335(7614):285-7.
146. Clarke E. What is preventive medicine? *Canadian Family Physician*. 1974;20(11):65.
147. Syllabus A. *Geriatrics Review Core Curriculum in Geriatric Medicine*.: Preventive Geriatrics; 2001.
148. Kakar P. Preventive Medicine In The Older Patient: A United Kingdom Perspective. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(6):379.
149. Duraković Z. Gerijatrija: medicina starije dobi. 2007.
150. Dockter L, Simpson DA. *Preventive Medicine Guidelines for the Geriatric Population*. Elder's Advisor. 2001;3:31.
151. Šostar Z, Fortuna V, Tomek-Roksandić S. Zagrebački model uspješne prakse izvaninstitucijske skrbi za starije osobe-Gerontološki centri. *Liječnički vjesnik*. 2006;128(Suppl. 1):30.
152. Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Canadian Family Physician*. 2016;62(9):717-21.
153. Müdürlüğü BİKvT. Balıkesir İlinin Fiziki Özellikleri 2014. Adres Linki: <http://www.balikesirkulturturizm.gov.tr/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFDAD6ED77DDF5AE29F266E5F7BA2C37A9>. Erişim tarihi: 10 Ocak 2020.
154. Değişiklik KHK. 6360 Sayılı On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2018. Adres Linki: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6360.pdf>. Erişim tarihi: 19 Aralık 2019.
155. Aydın İ. Balıkesir Şehrinde 2003-2008 Döneminde Yeşil Alanda Meydana Gelen Değişimler. *Nature Sciences*. 2009;4(3):83-96.
156. Campos ACV, e Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health quality of life outcomes*. 2014;12(1):166.

157. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri: Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 1995.
158. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.
159. Eser E, Çevik C, Baydur H, Güneş S, Esgin TA, Öztekin ÇS, et al. 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*. 2019;20.
160. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. 1963;185(12):914-9.
161. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of gerontology*. 2015;61(3):344-50.
162. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham R. *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education. New Jersey: Hoboken. 2006.
163. Tabachnick B. BG Tabachnick, LS Fidell *Using Multivariate Statistics*. Pearson, Boston; 2013.
164. Kabalcı M, Metin G, editors. *İl ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri. TÜCAUM VII Coğrafya Sempozyumu*; 2012.
165. OECD. Labour Force Participation Rate 2018. Adres Linki: <https://data.oecd.org/emp/labour-forceparticipation-rate.htm#indicator-chart> Erişim tarihi: 18 Mayıs 2020.
166. Özen S, Özbek Ç. Çalışma Yaşamında Yaşlılık: Yaşlı Çalışanlar ve İnsan Kaynakları Uygulamaları. *Calisma ve Toplum*. 2017;53(2).
167. Günaydın D. Türkiye'nin demografik dönüşümü çerçevesinde işgücünün yaşlanma sorunu. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2018;11(1):1-13.
168. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*. 2014;384(9945):766-81.
169. Fakhouri TH. Prevalence of obesity among older adults in the United States, 2007-2010: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2012.
170. Su D, Hu R, Fang L, Zhang J, Wang H, He Q, et al. The association between socioeconomic status and blood pressure control in diagnosed hypertension patients. *Zhonghua yu Fang yi xue za zhi*. 2015;49(5):424-8.
171. Şimşek H, Yılmaz S, Meserî R, Ucku R. Obesity Prevalence In The Elderly and The Association Between Obesity And Cardiovascular Risks. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2014;17(1).
172. Yumuşak K. Uyku problemi olan yaşlı bireylerde, düşme riski ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. 2019.
173. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, Inanç N. Kayseri İlinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2013;16(3).
174. Yumuşak K. Uyku problemi olan yaşlı bireylerde, düşme riski ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. 2019.
175. Uslu SN. Yaşlılarda Uykusuzluk ve Çözüm Arayışları. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2019.
176. Vural BK, Zencir G, İnci FH. Üç farklı yerleşim alanında yaşlıların beslenme durumunun incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;3(2):1.
177. Keadle SK, McKinnon R, Graubard BI, Troiano RP. Prevalence and trends in physical activity among older adults in the United States: a comparison across three national surveys. *Preventive medicine*. 2016;89:37-43.
178. Matthews C, Chen KY, Freedson PS, Buchowski MS, Beech BM, Pate RR, Troiano RP. Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States. 2003;2004:875-81.
179. Zhu X, Hu Z, Nie Y, Zhu T, Chiwanda Kaminga A, Yu Y, et al. The Prevalence of Poor Sleep Quality and Associated Risk Factors Among Chinese Elderly Adults In Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *PloS one*. 2020;15(5):e0232834.

180. Fonta CL, Nonvignon J, Aikins M, Nwosu E, Aryeetey GC. Predictors of self-reported health among the elderly in Ghana: a cross sectional study. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):171.
181. Onunkwor OF, Al-Dubai SAR, George PP, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health quality of life outcomes*. 2016;14(1):6.
182. Koç Z, Sağlam Z. Determination of the Effects of Daily Life Activities and Self-Care Capacity on Depression of the Elderly in Northern Turkey. *Acta clinica Croatica*. 2019;58(3.):516-22.
183. Kibar E, Aslan D, Karakoç Y, Kutsal YG. Ankara'da bir kurumda yaşayan yaşlılar arasında düşme sıklığı, risk faktörleri ve korunmaya ilişkin yaklaşımlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(1).
184. Haney MÖ, Bahar Z, Beşer A, Açıl D, Yardımcı T, Çömez S. Factors related to loneliness among the elderly living at home in Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*. 2017;11(2):71-8.
185. Söylemez F. Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler. . Doktora Tezi. 2020.
186. Fu C, Li Z, Mao Z. Association between social activities and cognitive function among the elderly in China: a cross-sectional study. *nternational journal of environmental research public health*. 2018;15(2):231.
187. Kazoğlu M. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Yorgunluk Ve Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. . Yüksek Lisans Tezi. 2019.
188. Safak ED, Kizilcay HD, Arguvanli S, Mazicioglu MM, Mucuk S, Ozturk A, et al. The Relationship Between Daily Living Activities and Cognitive Function in the Elderly: Cross-Sectional Study. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tip Dergisi*. 2019;11(1).
189. Arslantas D, Ünsal A, Ozbabalık D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in M iddle A natolia, T urkey. *Geriatrics and gerontology international*. 2014;14:100-8.
190. Scolaro JA, Schenker ML, Yannascoli S, Baldwin K, Mehta S, Ahn J. Cigarette smoking increases complications following fracture: a systematic review. *JBJS*. 2014;96(8):674-81.
191. Yardımcı H, Özçelik AO, Sürücüoğlu MS. Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(2).
192. Parvizi MM, Nimrouzi M, Lankarani KB, Morteza S, Alorizi E, Hajimonfarednejad M. Health recommendations for the elderly in the viewpoint of traditional Persian medicine. *Health education research*. 2017;18(2):9.
193. Zafar SN, Ganatra HA, Tehseen S, Qidwai W. Health and Needs Assessment Of Geriatric Patients: Results Of A Survey At A Teaching Hospital In Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2006;56(10):470.
194. Koç Z. The investigation of factors that influence self-care agency and daily life activities among the elderly in the northern region of Turkey. *Collegian*. 2015;22(3):251-8.
195. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*. 1995;18(6):425-32.
196. Ogunbode AM, Adebuseye LA, Olowookere OO, Owolabi M, Ogunniyi A. Factors associated with insomnia among elderly patients attending a geriatric centre in Nigeria. *Current gerontology geriatrics research*. 2014;2014.
197. Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep*. 1996;19(suppl_3):S7-S15.
198. Bonanni E, Tognoni G, Maestri M, Salvati N, Fabbrini M, Borghetti D, et al. Sleep disturbances in elderly subjects: an epidemiological survey in an Italian district. *Acta neurologica scandinavica*. 2010;122(6):389-97.
199. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH, Havik OE, Kvale G, Johnsen BH, et al. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep*. 2001;24(7):771-9.
200. Ford ES, Cunningham TJ, Giles WH, Croft JB. Trends in insomnia and excessive daytime sleepiness among US adults from 2002 to 2012. *Sleep medicine*. 2015;16(3):372-8.

201. El-Gilany A-H, Saleh NMH, Mohamed HNAE-A, Elsayed EBM. Prevalence of insomnia and its associated factors among rural elderly: a community based study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*. 2017;6(1):56.
202. Kim W-H, Kim B-S, Kim S-K, Chang S-M, Lee D-W, Cho M-J, et al. Prevalence of insomnia and associated factors in a community sample of elderly individuals in South Korea. *International psychogeriatrics*. 2013;25(10):1729.
203. Gambhir IS, Chakrabarti SS, Sharma AR, Saran DP. Insomnia in the elderly—a hospital-based study from North India. *Journal of Clinical Gerontology Geriatrics*. 2014;5(4):117-21.
204. Daglar G, Pinar SE, Sabanciogullari S, Kav S. Sleep quality in the elderly either living at home or in a nursing home. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2014;31(4):6.
205. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-73.
206. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep*. 2002;25(8):48-52.
207. Sukying C, Bhokakul V, Udomsubpayakul U. An epidemiological study on insomnia in an elderly Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*. 2003;86(4):316-24.
208. Göçer S, Günay O. Kayseri’de bir huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve depresif belirti düzeyleri. *Euras J Fam Med*. 2018;7(3):116-24.
209. Dudak A, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztür Y. Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko-sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006;9(4):202-12.
210. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;12(3):177-83.
211. Organization WH. Weekly epidemiological record Releve epidemiologique hebdomadaire 2011. Adres Linki: <https://www.who.int/wer/2011/wer8636/en/>. Erişim tarihi: 15 Nisan 2020.
212. Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *Group*. 2015;11:14.
213. Ersoy N. Ankara İlinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Mevsimsel Değişimin Beslenme Durumu, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Kan Parametreleri Üzerine Etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2017.
214. Özel F, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*. 2014;26(2):57-64.
215. Metin Akten İ. Kırklareli il merkezinde yaşlılarda düşme prevalansı ve risk faktörleri. Doktora Tezi. 2016.
216. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010: World Health Organization; 2011. Adres Linki: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf. Erişim tarihi: 30 Aralık 2019.
217. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014. Adres Linki: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf. Erişim tarihi: 12 Nisan 2020.
218. Torpil B, Uyanık M, Altuntaş O. Huzurevinde yaşayan geriyatrik bireylerde denge ve yürüme fonksiyonları ile depresyon ve fonksiyonel bağımsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2016;4(2):73-9.
219. Bakanlığı TCS, editor Kronik Hastalıklar Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu 2008; Ankara, Türkiye.
220. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of

- daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Archives of gerontology geriatrics and gerontology international. 2010;50(3):306-10.
221. Achmad N. Daily activities, spiritual activity and economic activity and self-reliance of Karo elderly used Katz index rating and Barthel index. 2018.
222. Konjengbam S, Bimol N, Singh AJ, Singh AB, Devi EV, Singh YM. Disability in ADL among the Elderly in an Urban Area of Manipur. Indian J Pharm Med Res. 2007;18(2):41-3.
223. Ahmed MS, Shaikh FM, Walvekar PR, Chate SS, Mallapur M. An Assessment of Activities of Daily Living among Depressed Elderly using KATZ Index. Annals of Community Health. 2017;5(2):7-10.
224. Aydin R, Unal E, Gokler M, Metintas S, Emiral G, Ozay O, et al. An evaluation of home health care needs and Quality of Life among the elderly in a semi-rural area of Western Turkey. European Geriatric Medicine. 2016;7(1):8-12.
225. Kitiş A, Ülgen SY, Zencir M, Büker N. Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. 2012;23(3):137-43.
226. Pınar ŞE, Demirel G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016;9(1):39-52.
227. Eker E, Özerdoğan Ö, Yıldırım E, Oymak S, Bakar C. Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;12(3):457-68.
228. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive care medicine. 2020;46(1):57-69.
229. Püllüm E, Sökmen ÜN, Akyıl RÇ, Ongun G, Cihangir HÖ. Aydın Huzurevinde Düşme Riski Taşıyan Yaşlıların Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;3(2):9.
230. SÖNMEZ Y, UÇKU R, KITAY Ş, KORKUT H, SÜRÜCÜ S, SEZER M, et al. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(3):145-53.
231. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2009.
232. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009;1:48-60.
233. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım C. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2015;42(3):342-5.
234. Bolina AF, Dias FA, Santos NMdF, Tavares DMdS. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. Rev Rene. 2013;14(2):354-63.
235. Morrisroe SN, Rodriguez LV, Wang PC, Smith AL, Trejo L, Sarkisian CA. Correlates of 1-year incidence of urinary incontinence in older Latino adults enrolled in a community-based physical activity trial. Journal of the American Geriatrics Society. 2014;62(4):740-6.
236. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:1756-62.
237. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Geriatrics and gerontology. 2000;3(2):45-50.
238. Dogan Z, Yalcin A, Atmis V, Cengiz O, Aras S, Varli M, et al. The prevalence of urinary incontinence and factors associated with urinary incontinence in community dwelling older Turkish people. European Geriatric Medicine. 2015;6(5):417-21.

239. Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourology Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. 2009;28(4):288-94.
240. Subramaniam J, Eswara S, Yesudhasan B. Association of urinary tract infection in married women presenting with urinary incontinence in a hospital based population. *Journal of Clinical Diagnostic Research: JCDR*. 2016;10(3):DC10.
241. Ehrenreich H, Pike M, Hohman K, Kaniewski M, Longjohn M, Myers G, et al. CDC and YMCA: A promising partnership for delivering fall prevention programming. *Frontiers in public health*. 2015;2:235.
242. Lucero RJ, Lindberg DS, Fehlberg EA, Bjarnadottir RI, Li Y, Cimiotti JP, et al. A data-driven and practice-based approach to identify risk factors associated with hospital-acquired falls: Applying manual and semi-and fully-automated methods. *International journal of medical informatics*. 2019;122:63-9.
243. Hojati H, Dadgari A, Mirrezaie SM. Validity and reliability of Persian version of Johns Hopkins fall risk assessment tool among aged people. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018;12(2):45-53.
244. Gülhan S. Trabzon il merkezinde yaşayan yaşlılarda düşme riski, düşme prevalansı ve düşmeye bağlı işlevsel yetersizlik. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon*. 2013.
245. Uymaz PE, Nahcivan N. Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013;21(1):22-32.
246. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Injury prevention*. 2006;12(5):290-5.
247. Fadiloğlu Ç. İleri geriatri hemşireliği. *İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri*; 2006. 155-66 p.
248. Nadol Jr J, Schuknecht H. The pathology of peripheral vestibular disorders in the elderly. *Ear, Nose, Throat Journal*. 1989;68(12):930, 3-4.
249. Finch CA, Cook JD. Iron deficiency. *The American journal of clinical nutrition*. 1984;39(3):471-7.
250. Akgül A, Arman N, Tarakci E, Alarçin EY, Saydam R, Büyükkaya F, et al. İstanbul Bahçelievler İlçesinde Yaşayan Yaşlıların Düşme Prevalansı ve Düşme Risklerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2018;38(2):107-15.
251. Gökçek MB, Gökçek İ, Yılmaz T, Kasım İ, Yılmaz TE, Özkara A. Düşme Şikâyeti ile Acil Servise Başvuran 65 Yaş ve üzeri Hastaların Düşme Nedenleri ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019;11(2):217-26.
252. Pfortmueller C, Lindner G, Exadaktylos A. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minerva Med*. 2014;105(4):275-81.
253. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. 2013;75(1):51-61.
254. WHO. Falls Key Facts.: World Health Organisation; 2018. Adres Linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Erişim tarihi: 23 Nisan 2020.
255. Yılmaz E. Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Yüksek Lisans Tezi*. 2019.
256. Newton RA. Prevention of falls at home: Home hazard and safety assessment and management. *Annals of Long Term Care*. 2006;14(11):28.
257. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, et al. Executive Dysfunction and Long-Term Outcomes of Geriatric Depression. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(3):285-90.
258. Zivin K, Llewellyn DJ, Lang IA, Vijan S, Kabeto MU, Miller EM, et al. Depression Among Older Adults In The United States And England. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(11):1036-44.

259. Sousa Rdd, Rodrigues AM, Gregório MJ, Branco JDC, Gouveia MJ, Canhão H, et al. Anxiety and depression in the Portuguese older adults: prevalence and associated factors. *Frontiers in medicine*. 2017;4:196.
260. Sinha SP, Shrivastava SR, Ramasamy J. Depression in an older adult rural population in India. *MEDICC*. 2013;15:41-4.
261. Sjöberg L, Karlsson B, Atti A-R, Skoog I, Fratiglioni L, Wang H-X. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of affective disorders*. 2017;221:123-31.
262. Koster A, Bosma H, Kempen GI, Penninx BW, Beekman AT, Deeg DJ, et al. Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61(5):619-27.
263. Gül H, Evcili G, Karadaş Ö, Gül ES. Geriatric depression and associated risk factors: The level of depression symptom at elderly living in nursing home. *Journal of Clinical Analytical Medicine*. 2012;3(3):308-10.
264. Hatice G, Çolak EG. Yaşlılıkta Görülen Psikiyatrik Rahatsızlıklar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(2):63-74.
265. Özyurt BC, Elbi H, Serifhan M. Prevalence of Depression In The Elderly Population of Manisa And Related Risk Factors. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2018;21(4).
266. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2005;8(3):129-33.
267. Çuhadar D, Sertbas G, Tutkun H. Relationship Between Level of Cognitive Functions and Activities of Daily Life At Elderly People Who Live In Rest Home. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7(4):232.
268. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56.
269. Bambawale U. The abused elderly. *Indian journal of medical research*. 1997;106:389-95.
270. Artan T. Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016;3(1):48-56.
271. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçife M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7(2):57-61.
272. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4):1-8.
273. Güven EA, Aycan S. Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların bir sağlık sorunları olduğunda tutum, davranışları ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 17(1):16-27.
274. Özkoç H. Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. *Dokuz Eylul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2013;15(2):267.
275. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *The Annals of Family Medicine*. 2005;3(3):215-22.
276. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. 2009;26(12):1039-48.
277. Dwyer LL, Han B, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the 2004 National Nursing Home Survey. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2010;8(1):63-72.
278. Chan DC, Hao YT, Wu SC. Characteristics of outpatient prescriptions for frail Taiwanese elders with long-term care needs. *Pharmacoepidemiology drug safety*. 2009;18(4):327-34.
279. Fontanella CA, Warner LA, Phillips GS, Bridge JA, Campo JV. Trends in psychotropic polypharmacy among youths enrolled in Ohio Medicaid, 2002–2008. *Psychiatric Services*. 2014;65(11):1332-40.
280. Golchin N, Frank SH, Vince A, Isham L, Meropol SB. Polypharmacy in the elderly. *Journal of Research in Pharmacy Practice*. 2015;4(2):85.

281. NHS. Prescriptions dispensed in community statistics for 1989–1999: England. . Statistical Bulletin. 1999-2008.
282. Loyola Filho Ald, Uchoa E, Lima-Costa MF. A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2006;22(12):2657-67.
283. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo-Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15:817-27.
284. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatrics and gerontology*. 2000;3(2):56-60.
285. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2017;27(2):103-8.
286. Bakanlığı TCS. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2011.
287. Özçelikay G. A Pilot Study On Rational Drug Use. *J Fac Pharm*. 2001;30:9-18.
288. Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(12):451-54.
289. Raggi A, Corso B, Minicuci N, Quintas R, Sattin D, De Torres L, et al. Determinants of quality of life in ageing populations: Results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159293.
290. Olaya B, Moneta MV, Caballero FF, Tyrovolas S, Bayes I, Ayuso-Mateos JL, et al. Latent class analysis of multimorbidity patterns and associated outcomes in Spanish older adults: a prospective cohort study. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):186.
291. Olaya B, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JMJ. Epidemiology Of Panic Attacks, Panic Disorder And The Moderating Role Of Age: Results From A Population-Based Study. *Journal of affective disorders*. 2018;241:627-33.
292. Gagliardi C, Santini S, Piccinini F, Fabbietti P, di Rosa M. A pilot programme evaluation of social farming horticultural and occupational activities for older people in Italy. *Health Social Care in the Community*. 2019;27(1):207-14.
293. Consonni M, Telesca A, Dalla Bella E, Bersano E, Lauria G. Amyotrophic lateral sclerosis patients' and caregivers' distress and loneliness during COVID-19 lockdown. *Journal of Neurology*. 2020:1-4.
294. Yılmaz A, Yılmaz F, Colak MY. Adherence to physical activity recommendations and quality of life among older adults. *International Journal of Public Health Clinical Sciences*. 2018;5(2):120-34.
295. Çağlayan Ç, Yılmaz F. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(4):129-40.
296. Özcan C, Eser E. Validation of The Turkish Version Of The Whoqol-Age And A Proposed Alternative Scale Structure. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2020;23(2).
297. Vural Ö, Eler S, Güzel NA. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*,. 2010;2(2):69-75.
298. Farzianpour F, Arab M, Hosseini SM, Pirozi B, Hosseini S. Evaluation of quality of life of the elderly population covered by healthcare centers of marivan and the influencing demographic and background factors in 2010. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2012;14(11):695.
299. Eser E, Eser S, Özyurt C, Fidaner C. Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalitesi algısı: whoqol-old projesi türkiye odak grup sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2005;8(4):169-83.
300. Özyurt B, Eser E, Çoban G, Akdemir S, Karaca İ, Karakoç Ö, et al. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2007;10(3):117-23.
301. Gülmez H. Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*. 2013;7(4):1-6.
302. Eriş H, Anıl D. Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2012.

303. Ergen A, Tanrıverdi O, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni. 2011;49(1).
304. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Assessing quality of life among elderly people in Zahedan. Hayat. 2004;10(22):61-7.
305. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(3):181-9.
306. Habibi S, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. 2008.
307. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. PAYESH. 2005;4(2):113-20.
308. Güven S, Şener A. Factors affecting life satisfaction in old age. Türk Geriatri Dergisi. 2011;14(2):179-86.
309. Savrun B. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumunda sunuldu, İstanbul. 1999.
310. Önen FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. Kriz Dergisi. 1995;3:1-2.
311. Torlak Evinç S, Savaş Yavuzçehre P. Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler. 2008;17(2):23-44.
312. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED. 2009;2:145-54.
313. Kowaltowski DC, da Silva VG, Pina SA, Labaki LC, Ruschel RC, de Carvalho Moreira D. Quality of life and sustainability issues as seen by the population of low-income housing in the region of Campinas, Brazil. Habitat International. 2006;30(4):1100-14.
314. Yağcıoğlu R. Huzurevinde kalan 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
315. Kumtepe H, Özgüney M, Samyeli D, Şendur P. Huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevine yerleşme nedenleri ve huzurevi yaşamına ilişkin algıları. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2013. 1-83 p.
316. Malkina-Pykh I. Predicting and increasing subjective well-being: response function model and rhythmic movement therapy. ArXiv preprint arXiv:01891. 2015.
317. Costa FRd, Rodrigues FM, Prudente COM, Souza IFd. Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2018;21(1):24-34.
318. Yapıcı A. Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi. Çukurova: Çukurova Üniversitesi; 2006.
319. Jakobsson U. A literature review on fatigue among older people in pain: prevalence and predictors. International journal of older people nursing. 2006;1(1):11-6.
320. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Özer N. Yaşlılarda Ev Kazaları Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(2):22-31.
321. Erkan S. Kırıkkale Ovacık mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin ev kazaları ile karşılaşma durumlarının ve kaza nedenlerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(1):17-21.
322. Berry P, Mascia J, Steinman BA. Vision and hearing loss in older adults: "Double trouble". Care Management Journals. 2004;5(1):35-40.
323. Walling A, Dickson G. Hearing Loss In Older Adults. American family physician. 2012;85(12):1150-6.
324. Nugent R, Bertram MY, Jan S, Niessen LW, Sassi F, Jamison DT, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. The Lancet. 2018;391(10134):2029-35.