



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR GERİATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLI
BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF
YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gizem Güneş Tüzün

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR GERİATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLI
BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF
YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gizem Güneş Tüzün

**Tez Danışmanı Doç. Dr. Güneş Arık
Tez Eş Danışmanı Doç. Dr. İsmail Kasım**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince kıymetli tecrübelerini bizimle paylaştan, bizlere her zaman hoşgörüsüyle yaklaşarak desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocamız Prof. Dr. Adem Özkara'ya,

Tez yazım sürecinde gösterdiği hoşgörüsü, güler yüzü ve katkılarından dolayı işini büyük bir özen ve titizlikle yapan değerli hocamız Doç. Dr. Güneş Arık'a,

Tez yazmaya başlamanın konusunda beni teşvik eden, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaştan, hoş sohbeti ile ufukumuzu açan değerli hocamız Doç. Dr. İsmail Kasım'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile yolumuza ışık tutan kliniğimizdeki değerli hocalarıma,

Asistanlık sürecimde beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, aynı zamanda hayatımın her anında yanımda olan kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Teze başlama sürecimi hızlandıran, bana her konuda destek olan arkadaşım Uzm. Dr. Beyza Şahin'e; tezimin verilerini toplama sürecinde tanıştığım, bu konuda bana yardımcı olan Serpil Çetin'e,

Bugünlere gelmemde en büyük katkısı olan, her adımda bana destek olup beni hep güvende hissettiren, çok sevdiğim canım annem Hava Güneş ve canım babam Mahir Güneş'e; düşüncelerine ve tecrübelerine çok güvendiğim, her başım sıkıştığında yardıma koşan canım abim Kahir Güneş'e; abla olmanın çok güzel bir duygu olduğunu bana yaşatan, yüzümü güldüren canım kardeşim Savaş Güneş'e; beni sabırla dinleyerek destek olan canım ablam Yasemin Kar Güneş'e; ailemizin neşesi yeğenlerim Yağız Alp Güneş ve Timur Ege Güneş'e,

Tanıştığımız andan itibaren hayatımın her anında sevgi ve desteğini esirgemeyen, tez yazım sürecinde sabırla beni dinleyerek bana güç veren hayat arkadaşım, biricik eşim Cengizhan Tüzün'e;

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Gizem Güneş Tüzün

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
SİMGELER VE KISALTMALAR	iii
TABLolar	iv
ŞEKİLLER	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. YAŞLANMA, YAŞLILIK VE AKTİF YAŞLANMA	2
2.1.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramı	2
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanma	4
2.1.3. Yaşlılık Dönemi Özellikleri	6
2.1.4. Aktif Yaşlanma ve Aktif Yaşlanmanın Önemi	8
2.1.5. Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri.....	10
2.1.6. Aktif Yaşlanmaya Yönelik Politikalar	11
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	14
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi	14
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	16
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	17
2.2.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	55
5.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	55
5.2. KATILIMCILARIN AKTİF YAŞLANMA DÜZEYLERİ.....	57
5.3. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ	60
5.4. KATILIMCILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ	64
5.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER.....	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

AYÖ: Aktif Yaşlanma

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UJACAS: the University of Jyväskylä Active Aging Scale (Jyväskylä Üniversitesi Aktif Yaşlanma Ölçeği)

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

%: Yüzde

Min: Minimum

Maks: Maksimum

N: Örnek sayısı

Ort: Ortalama

Ss: Standart sapma

TABLÖLAR

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri için Türkiye ve Avrupa Ortalamalarının Karşılaştırılması	20
Tablo 2. TSOY-32'nin Bileşenleri ve Bu Bileşenleri İfade Eden Madde Numaraları	24
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-1	26
Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-2	27
Tablo 5. Katılımcıların Komorbidite Durumlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 6. Katılımcıların Gazete ve Kitap Okuma Durumuna Göre Dağılımı	30
Tablo 7. Katılımcıların Yılda Okuduğu Kitap Sayısına Göre Gösterimi	31
Tablo 8. Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi.....	31
Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Dağılımı	32
Tablo 10. Ölçek Puanlarının, Cinsiyet Açısından İncelenmesi	34
Tablo 11. Ölçek Puanlarının, Yaş Açısından İncelenmesi	38
Tablo 12. Ölçek Puanlarının, Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi	39
Tablo 13. Ölçek Puanlarının, Yalnız Yaşama Durumu Açısından İncelenmesi	41
Tablo 14. Ölçek Puanlarının, Komorbidite Sayısı Açısından İncelenmesi	42
Tablo 15. Ölçek Puanlarının, Polifarmasi Açısından İncelenmesi.....	43
Tablo 16. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi-1	44
Tablo 17. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi-2	45
Tablo 18. Ölçek Puanlarının, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi	47
Tablo 19. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi-1	49
Tablo 20. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi-2	50
Tablo 21. Referans Kategorisi.....	51
Tablo 22. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerindeki Etkilerin Sonuçları.....	51
Tablo 23. Aktif Yaşlanmanın, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi	52

Tablo 24. Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesi Boyutlarının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi.....	53
Tablo 25. Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet Boyutlarının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi	53
Tablo 26. Sağlık Okuryazarlığının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi	54



ŞEKİLLER

Şekil 1. Nüfus Piramidi, 1935, 1975, 2021.....	4
Şekil 2. Yıllara Göre Yaşlı (+65) Bağımlılık Oranı.....	5
Şekil 3. Sørensen ve Arkadaşlarının Geliştirdiği Sağlık Okuryazarlığı Modeli.....	18
Şekil 4. Katılımcıların 8 Yıl ve Altı ile 8 Yıl Üzerinde Eğitim Görmelerine Göre Dağılım Yüzdeleri.....	28
Şekil 5. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılım Yüzdeleri	29
Şekil 6. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Dağılım Yüzdeleri	32
Şekil 7. Katılımcıların AYÖ Toplam Puanı ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalaması ...	33
Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Cinsiyet Açısından Dağılım Yüzdeleri.....	35
Şekil 9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından Dağılım Yüzdeleri	40
Şekil 10. Sağlık Okuryazarlığı ile Aktif Yaşlanma Arasındaki İlişkisi	54

ÖZET

BİR GERİATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Aktif yaşlanma yaşlılık sürecinde bireyin sosyal, fiziksel, kültürel, entelektüel, ekonomik ve siyasal alanda etkin bir yurttaş olarak hayata katılmaya ve topluma faydalı olmaya devam etmesidir. Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve aktif yaşlanma ulusların ana hedefi haline gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri edinmesi, günlük hayatta kullanması ve kendi sağlığı ile ilgili kararlar verirken uygulaması anlamına gelmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kronik hastalıkların kontrolünü kolaylaştırır. Sağlığın bir bütün olarak korunması aktif yaşlanmanın olmazsa olmazıdır. Dolayısı ile aktif yaşlanmanın sağlanabilmesi için yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olunması da önemlidir. Çalışmamızın amacı sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanma üzerine etkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız analitik tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır. Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri toplam 155 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara güncel literatüre uygun hazırlanan anket formu yüz yüze uygulanarak doldurulmuştur. Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerini ölçmek için Katz Günlük Yaşam Aktivitesi (GYA) Ölçeği ve Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi (EGYA) Ölçeği, aktif yaşlanma düzeylerini ölçmek için Aktif Yaşlanma Ölçeği (AYÖ) ve sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS versiyon 21.0 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 84 kadın ve 71 erkek olmak üzere toplam 155 yaşlı birey dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalamaları $76,52 \pm 11,13$ olup, %34,8'i ilkökul

mezunu, %49,7'si evli, %11'i yalnız yaşamakta ve %30,3'ü haftada en az bir gün gazete okumaktadır. AYÖ puan ortalaması $140,25 \pm 48,62$; TSOY-32 ölçeğindeki puan ortalaması ise $25,07 \pm 12,99$ 'dur. TSOY-32 ölçeği puanları ile AYÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak güçlü düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,798$, $p<0,001$). Aktif yaşlanmadaki değişimin %63,7'si sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır. Yapılan regresyon analizinde sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden sadece eğitim düzeyi, yaş, aktif yaşlanma ölçeği toplam puanı ve “Aktivite” alt ölçek puanlarının sağlık okuryazarlığı ile bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Aktif yaşlanma için sağlık okuryazarlığı olmazsa olmazdır. Ancak yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde değildir. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik; öncelikle temel becerilerin geliştirilmesi, okuma-yazma ve dil kullanımı becerilerinin kazanılması ve yaşam boyu eğitim-öğretime devam edilmesi önem arz etmektedir. Toplumda sağlıklı yaşam davranışları ve aktif yaşlanma hakkında farkındalık oluşturulmalıdır. Yaşlılık dönemi öncesinden başlanarak verilecek eğitimlerle bireylerin yaşlılık döneminde yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına ulaşması sağlanmalıdır. Bu nedenle yaşam boyu öğrenme desteklenmeli ve aktif yaşlanma teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aktif yaşlanma, sağlık okuryazarlığı, yaşlanma, yaşlılar

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON ACTIVE AGING IN OLD INDIVIDUALS ATTENDING TO A GERIATRIC CLINIC

Aims: Active aging is the individual's continuing to participate in various areas of life including social, physical, cultural, intellectual, economic and political fields and to be beneficial to the society as an active citizen in the old age period. The world population is getting older and active aging is becoming the main goal of nations. Health literacy means that an individual acquires health-related information, uses it in daily life, and applies it when making decisions about his own health. Improving health literacy facilitates the control of chronic diseases. Protection of health as a whole is essential for active aging. Therefore, it is also important to have sufficient health literacy in order to ensure active aging. The aim of our study is to examine the effect of health literacy on active aging.

Materials and Methods: Our study is an analytical type cross-sectional survey study. A total of 155 individuals aged 65 and over who applied to Ankara City Hospital Geriatrics Clinic were included in the study. The questionnaire form prepared in accordance with the current literature was applied to the participants face-to-face. In our study, the sociodemographic and clinical characteristics of the participants were recorded. Katz Activities of Daily Living (ADL) scale and Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale were used to measure the addiction levels of the participants in activities of daily living, Active aging scale to measure active aging levels, and Turkish Health Literacy Scale-32 (THLS-32) to measure health literacy levels. The analysis of the obtained data was done with SPSS version 21.0 program.

Results: A total of 155 elderly individuals, 84 women and 71 men, were included in the study. The mean age of the participants is 76.52 ± 11.13 , 34.8% of them are primary school graduates, 49.7% are married, 11% live alone and 30.3% read newspapers at least once a week. Active aging scale mean score was

140.25±48.62; The mean score in the THLS-32 scale is 25.07±12.99. A statistically strong, positive and significant relationship was found between THLS-32 scale scores and Active aging scale mean scores ($r=0.798$, $p<0.001$). 63.7% of the change in active aging is explained by health literacy. In the regression analysis, among the factors affecting health literacy only education level, age, active aging scale total score and 'activities' subscale scores, were found to be independently correlated with health literacy.

Conclusion: Health literacy is essential for active aging. However, the health literacy of the majority of elderly individuals is not sufficient. To improve health literacy; first of all, it is important to acquire and develop basic literacy and language skills, and continue life-long education. Awareness should be created in the society about healthy living behaviors and active aging. With the trainings to be given before the old age period, it should be ensured that the individuals reach a sufficient level of health literacy in the old age period. Therefore, lifelong learning should be supported and active aging should be encouraged.

Keywords: Active aging, aging, elderly, health literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Avrupa’da 2060 yılına kadar her üç kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artış göstermektedir. Yaşamın son dönemlerinde yaşlı bireyler fiziksel ve bilişsel sağlıktaki değişiklikler sebebiyle zorluklar yaşamaktadır. Yaşanan zorluklar bireyin ailesi tarafından da hissedilebilmektedir.

Aktif yaşlanma; yeterli ve düzenli beslenen, sağlığını koruyabilen, fiziksel ve zihinsel olarak aktif kalabilen, güvenli bir çevrede yaşama imkanı olan ve sosyal hayatta rol alabilme yeteneğine sahip bireylerin yaşlanma süreçlerine verilen addır. Geliştirilerek hayata geçirilen aktif yaşlanma programlarıyla; yaşamın üretken dönemlerinde erken yaşta ölümlerin, ileri yaşlarda görülebilen bakıma muhtaçlığın, sağlıkta bakım ve tedavi hizmetlerinin maliyetinin azaltılabileceği, sosyokültürel ve ekonomik konularda topluma katılım sağlayabileceği, bireyin yaşam kalitesinin artırılabilceği düşünülmektedir (1).

Sağlık okuryazarlığı, toplumların sağlıkla ilgili isteklerini karşılamada bireylerin kapasitesini ele alan, okuryazarlıkla bağlantılı olan, çok yönlü bir kavramdır. Sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama sürecindeki bireyin yetkinlik ve motivasyonlarını kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin genel sağlık düzeyi, hastane yatışı, sağlık hizmet maliyetleri, ölüm oranları ve aktif yaşlanabilmesi yakından ilişkilidir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık sistemi ile bireyler arası iletişimi güçlendirmek için çok önemlidir (2).

Bu çalışma ile geriatri kliniğine başvuran yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi ve aktif yaşlanma düzeyi de ölçülerek sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanma üzerine etkisini değerlendirmeyi ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığı ve aktif yaşlanmayı tanımlamayı, önemini vurgulamayı ve bu konulara dikkat çekmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLANMA, YAŞLILIK VE AKTİF YAŞLANMA

2.1.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramı

Yaşlanma; canlıların tümünde görülen evrensel bir süreçtir. Hücre, doku, organ ve sistemler üzerinde zaman içerisinde meydana gelen, geri dönüşümsüz yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.

Kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, toplumsal ve ekonomik yaşlanma olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır (3).

Kronolojik yaşlanma, kişinin doğumu itibariyle başlayıp içinde bulunduğu vakte kadar geçen yaşların toplamı olarak tanımlanmaktadır. Takvim yaşı olarak da ifade edilebilmektedir.

Biyolojik yaşlanma, zigot oluşumu ile başlayıp yaşı ilerlemesiyle birlikte kişinin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimleri ifade etmektedir. Yaşlanma fiziksel fonksiyonlarda azalma, kronik hastalıklarda artış, görme ve işitmede azalma gibi organ fonksiyonlarında kayıp ile karakterize kaçınılmaz ve devamlı bir süreçtir. Ölüm yaşlanma sürecinin nihai bir sonucudur. Ancak, yaşlanma süreci sağlıklı ve doğru bir yaşam tarzıyla yavaşlatılabilmektedir.

Psikolojik yaşlanma artan yaş ile birlikte kişinin davranışsal ve mental alanda yaşadığı değişikliklere bağlı duygu durumunda bozulma, çevresel değişikliklere uyum sağlama yeteneğinde azalma, kavrama, sorun çözme, öğrenme ve hafıza gibi bilişsel alanlarında işlev kaybının meydana gelmesi ile karakterize durum olarak ifade edilmektedir (3, 4). Psikolojik yaşlanma kişinin ruhsal sağlığı ile ilgilidir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını “*bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali*” olarak yapmıştır (6).

Sosyokültürel yaşlanma, bireyin toplum içindeki konum, rol, istek ve beklentilerinin değiştiği, hayata dair fikir, davranış ve tutumlarını geliştirdiği

dönemde meydana gelmektedir (7, 8). Toplumun yaşlı bireylere gösterdiği değer ve bu gruptan beklenen davranışlar yaşlılığın sosyolojik yönünün belirlenmesine etki etmektedir (4). Yaşlanmayla birlikte bireyin statü ve rol kayıpları olmaktadır. Sosyal yaşlanma toplumun yaşa ilişkin olarak benimsediği normlar ve değerlerle ilişkili kalıp yargılarının bireye, yaşlı olduğuna dair mesajlar vermesi halidir (9).

Toplumsal yaşlanma, gelişen sağlık ve yaşam şartlarıyla birlikte, yaşam süresinde uzama ve yaşlı nüfusun artışı sonucu ortaya çıkmaktadır. Endüstrileşmenin bir sonucu olarak toplumsal yaşamdaki bu değişim ve dönüşümler demografik dönüşüm olarak da adlandırılmaktadır (10). Bilim, teknoloji ve tıp alanında gerçekleşen gelişmeler sonucunda ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması sonucu meydana gelen demografik yaşlanma toplumsal alanda sosyoekonomik gereksinimlerin değişmesine yol açmaktadır (11).

Ekonomik yaşlanma, yaşın ilerlemesiyle iş gücü kaybı, emeklilik, kişinin azalan üretkenliğinin bir sonucu olarak maddi gelir düzeyindeki azalmanın hayat şartlarında meydana getirdiği değişimi ifade etmektedir (12). Aktif yaşlanmanın bileşenlerinden biri de yaşlanan bireyin ekonomik alanda üretim faaliyetlerine ve istihdama katılıp topluma faydalı olmaya devam edebilmesini hedefler (13).

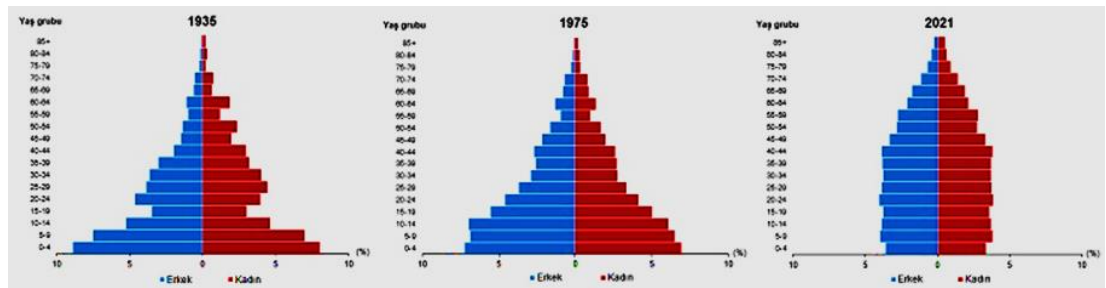
İnsan hayatının kaçınılmaz bir dönemi olan yaşlılık, büyümenin devamı, gelişme sürecininse son aşaması olarak görülmektedir. Yaşlılığı tanımlarken kronolojik yaş önemslenmektedir (14). DSÖ 65 yaş ve üstünü, Birleşmiş Milletler (BM) ise 60 yaş ve üstünü başlangıç kabul etmektedir. DSÖ'ye göre 65-75 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası yaşlı ve 85 yaş ve üstü ileri yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak yaşlılık her bireyde aynı seyretmemektedir. 80 yaşındaki bir birey, 30 yaşındaki bir bireyle benzer zihinsel ve fiziksel kabiliyete sahip olabilmektedir. Bazı bireylerde daha genç yaşlarda bu tür kabiliyetlerde düşüş yaşanabilmektedir (15, 16).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanma

BM dünya nüfus beklentilerine göre, dünya genelinde 2022 yılında 65 yaş ve üstü 771 milyon insan yaşamaktadır. Bu sayı toplam dünya nüfusunun yaklaşık %10’una denk gelmektedir. Yaşlı nüfusun 2030’da 994 milyona ve 2050 yılında 1,6 milyara ulaşması tahmin edilmektedir. 2050 yılında yaşlı nüfus, 5 yaş altı çocuk nüfusunun 2 katından fazla olacağı düşünülmektedir (17). Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler Monako (%34,3), Japonya (%28,8) ve İtalya (%22,8) olup Türkiye ise 167 ülkeden 68. sırada yer almaktadır (18).

Doğumda beklenen yaşam süresi, DSÖ’nün 2019 verilerine göre 73,31 yıl ve cinsiyete göre kadınlarda 75,87 yıl, erkeklerde 70,85 yıl olarak belirtilmektedir. Bu sürenin en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla Japonya (84,26 yıl), İsviçre (83,45 yıl) ve Güney Kore (83,30 yıl) olarak görülmektedir (19). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 yılı verilerinde Türkiye genelinde bu süre 73,31 yıl ve kadınlarda 81,3 yıl, erkeklerde 75,9 yıl olarak belirtilmektedir (18).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de demografik yaşlanma süreci içerisinde, doğurganlık ve ölümlülük hızındaki azalmaya ek olarak sağlık alanındaki gelişmeler, doğumda beklenen yaşam süresindeki ve yaşam standartlarındaki artma sonucunda nüfusun yaş yapısında değişiklikler oluşmaktadır. Toplam nüfustaki çocuk ve genç yaş gruplarının oranı azalırken, yaşlı nüfus oranı artış göstermektedir (Şekil 1) (18).



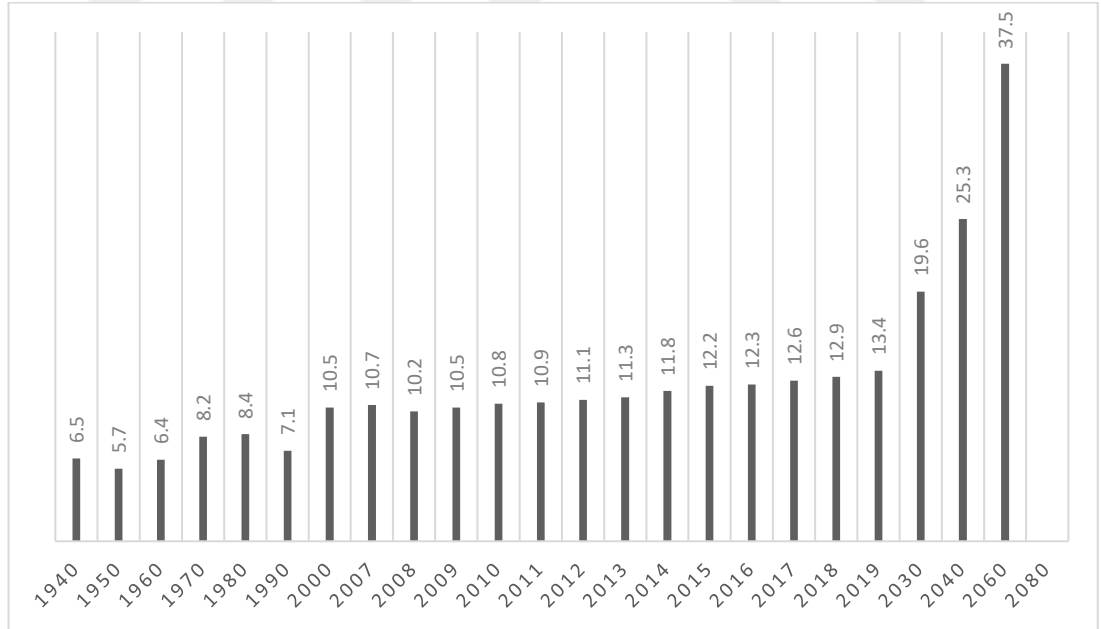
Şekil 1: Nüfus Piramidi, 1935, 1975, 2021 (18)

TÜİK 2021 yılı verilerinde Türkiye nüfusu 84 milyon 680 bin 273 olup, yaşlı nüfus olarak kabul gören 65 yaş ve üzeri yaşa sahip nüfus 8 milyon 245 bin 124 ve

bu nüfusun toplam nüfusa oranının %9,7 olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun %44,3'ünü erkek, %55,7'sini kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında, yaşlı nüfusun %64,7'sinde 65-74 yaş, %27,3'ünde 75-84 yaş ve %8'inde de 85 yaş ve üzeri yaşa sahip bireyler yer almaktadır (18, 20).

2016 yılında toplam nüfus 79 milyon 814 bin 87 olup, yaşlı nüfus 6 milyon 651 bin 503 kişi ile toplam nüfusun %8,3'nü oluşturmaktadır. Bu veriler ışığında Türkiye'de yaşlı nüfusun son beş yılda %24 arttığı görülmektedir. Yaşlı nüfus oranının, nüfus projeksiyonlarına bakılarak 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.

Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısı yaşlı bağımlılık oranı olarak ifade edilmektedir. Bu oran ülkemizde 2021 yılında %14,3 olup nüfus projeksiyonuna göre 2025 yılında %16,4, 2030 yılında %19,6, 2040 yılında %25,3, 2060 yılında %37,5 ve 2080 yılında %43,6 olacağı ön görülmektedir (Şekil 2) (18).



Şekil 2: Yıllara Göre Yaşlı (+65) Bağımlılık Oranı (21)

2.1.3. Yaşlılık Dönemi Özellikleri

Vücuttaki organ ve sistemlerin uyum içinde çalışması ile oluşan denge mekanizmaları sayesinde sağlıklı bir yaşam sağlanmaktadır. Sağlıklı genç bireylerde organ ve sistemlerin rezerv kapasitesi yaşamı devam ettirebilecek seviyenin 4-10 katına kadar çıkabilirken, bu kapasitede 30 yaş itibarıyla azalma görülmektedir. Geriatrik yaş grubunda vücut, azalan kapasiteyle fizyolojik koşullarda işlemektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan değişimlerin bilinmesi, hangisinin fizyolojik, hangisinin hastalıklara bağlı oluşan patolojik değişim olduğunu ayırt etmede önem taşımaktadır (22).

Yaşlanmanın solunum sistemi üzerine etkileri, akciğer parankimindeki ve göğüs kafesindeki yapısal değişiklikler, ventilasyon ve perfüzyonda anormallikler, solunum fonksiyon testlerindeki anormal bulgular, solunum kas gücünde ve efor kapasitesinde azalma sonucu ortaya çıkmaktadır (23). Solunum sisteminde ortaya çıkan değişiklikler ve savunma mekanizmalarının zayıflaması solunum yolu enfeksiyonlarını kolaylaştırmaktadır. Özellikle 65 yaş ve üstü bireylerde pnömoni yüksek mortaliteye sahiptir. Aynı zamanda tedavilerinin pahalı ve zor olması nedeniyle de önemlidir. Endüstriyel dumanlar ve çevresel etkenler de solunum sistemini doğrudan etkilemektedir (24).

Kardiyovasküler hastalıklar, 65 yaş ve üzeri bireylerde (%40) ölüm nedenlerinde başta gelmektedir. Bu yaş grubu, kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin %80'ini oluşturmaktadır (25). Kardiyovasküler sistemdeki yaşlanma ile kardiyak hücreler, koroner arter ve diğer vasküler yapılarda değişim meydana gelmektedir. İlk dekatlarda başlayan ve yıllar içerisinde çoğalarak devam eden bu değişimlerle morbidite ve mortalitede artış gözlenmektedir (26).

Yaşla beraber gastrointestinal sistemde meydana gelen fonksiyonel ve yapısal değişiklikler yaşlı bireylerin beslenmesini, yaşam kalitesini ve işlevselliğini etkileyebilmektedir. Yaşlı bireylerin yaklaşık olarak %40'ında tükürük salgısındaki azalmaya bağlı ağız kuruluğu şikayeti olmaktadır. Tükürük salgısında azalma, diş kayıpları, çenede ve dilde kas gücünde azalma, tat ve koku almada azalma ile yaşlıların beslenmesi zorlaşmaktadır (27, 28). Yaşlı bireyler malnütrisyonu daha çok yatkındır. Beslenme yetersizliği nedeniyle düşmelerde artma, enerji ve harekette

azalma, enfeksiyonlara eğilim, yaraların iyileşmesinde gecikme ve bilişsel değişiklikler görülebilmektedir (29). Karaciğer kanlanması ve hücre içi enzimatik aktivitede azalmaya bağlı olarak ilaç metabolizmasında azalma ve ilaçlar arası etkileşimde artma gözlenebilir. Çoklu ilaç kullanımı olan yaşlı bireylerde ilaç etkileşimine dikkat edilmesi gerekir (30).

Kas ve iskelet sisteminde yaşlanmayla oluşan değişiklikler bireyin işlevselliği üzerindeki etkileri sonucunda yaşam kalitesini düşüren ve bağımsız yaşamayı etkileyen ciddi sorunlar arasında yer almaktadır. Yaşlanma sürecinde kas gücü ve kütlesi azalır. Bu durum patolojik düzeye geldiğinde sarkopeni olarak adlandırılmaktadır (31). Kemiğin yapısındaki osteoblast ve kemik yapımının azalması, osteoblast ve osteoklast arasındaki dengenin bozulması ve kemik yıkımının artması sonucunda mineral yoğunluğunun azalması, osteopeni ve osteoporoz gelişebilir. Osteoporozun önemli bir sonucu olan kırıkların en ciddiisi kalça kırığıdır ve %80 yaşlı kadınlarda görülmektedir. Yaşlı bireyleri bakıma muhtaç ve bağımsızlığını kaybetmiş hale getirmektedir. Mortalite, kırık sonrası %10-20 oranında artış göstermektedir (32).

Yaşlanma sonucunda beyne giden damarlardaki kan akımı yaklaşık %20 oranında azalmaktadır. Beyin damarlarında meydana gelen değişiklikler özellikle hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde inme geçirme riskini artırmaktadır. Özellikle akılda tutma becerisinde, plan yapma ve işlem yapma hızında azalma yaşlanmayla ilgili normal bilişsel değişiklikler arasında yer almaktadır. Öğrenme becerisinde de önemli düzeyde azalma yaşanır. Ancak bahsedilen azalma günlük hayatta fark edilecek düzeyde değildir (33). Demans yaşlılıkta görülen önemli sorunlardan biridir. Kronik veya ilerleyici olan demans; düşünme, davranış ve hafıza problemlerinin yanında günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirmede bozulma ile karakterizedir. Demans, normal yaşlanma sürecinin parçası değildir (34).

Yaşlanmanın belirtileri en belirgin olarak deride gözlenmektedir. Hücrenin kanlanması ve yenilenmesindeki azalma sonucu epidermis ve dermisin birleşim yerlerinde bozulma, epidermiste incelme, melanositlerin üretilmesinde azalma, deride kırışıklık, deride solukluk, saçlarda beyazlaşma meydana gelmektedir (35).

Görme, işitme, koku, tat alma, dokunma gibi duylarda da yaşlanma süresince değışimler izlenir. Gözdeki lensin saydamlığı ve esnekliğindeki azalma ile genellikle 40 yaş itibariyle yakın görmede bulanıklık, pupil kaslarındaki zayıflık nedeniyle ışık değışikliklerine geç cevap verme ve göz yaşında azalma ile kuru göz gelişimi görölmektedir (36). Yaşlanma sürecinde işitme ile ilgili en erken ve en yaygın yakınma, konuşmayı anlamada güçlük çekmektir (37). Presbiakuzi yaşla beraber işitmenin giderek azalması anlamına gelir. Bu durum iç kulaktaki tüylü hücrelerin harabiyeti sonucu oluşur (38). Dil üzerinde ve burun boşluğunda yer alan reseptörlerin sayı ve fonksiyonunda azalma yaşam kalitesini, bireyin güvenliğini, beslenmesini olumsuz etkilemektedir. Yaşlı bireyler yediklerinin tatsız, tuzsuz olduğundan ve tat alamadıklarından yakınır. Bu durum iştahsızlığa yol açabilir (39).

Yaşlılık vücutta meydana gelen değışikliklere bakıldığında olumsuz bir durum olarak görünse de, yaşam boyunca kazanılmış tecrübelerin meyvesinin toplandığı bilgelik dönemi olarak da görölebilir (34).

2.1.4. Aktif Yaşlanma ve Aktif Yaşlanmanın Önemi

Aktif yaşlanma kavramı, sağlık ve aktivite arasındaki bağa vurgu yapılarak 1990’larda tanıtılmıştır. DSÖ, aktif yaşlanmayı, *“insanların yaş ilerledikçe yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını uygun hale getirme süreci”* olarak tanımlamaktadır (13). 2010 yılında düzenlenen uluslararası konferans ile *“yaşam boyu öğrenme”* dördüncü bileşen olarak eklenmiştir.

Bireyler yaşamları boyunca meslek, sağlık, sosyal ilişkiler, bilgi, beceri ve maddi birikimler yaparlar. Bu birikimlerin her biri birbirine bağlıdır ve birbirini destekler. Sağlık, yaşam kalitesi üzerinde en etkili faktör olarak kabul edilmektedir. Hayata dair bütün faaliyetlere (oyun, çalışma, arkadaşlık, kültür, sanat...) katılma durumu çoğunlukla zihinsel ve fiziksel sağlık ile ilişkilidir. Öğrenme, bilgi ve beceriler edinmeyi sağlayan yenilenebilen bir kaynaktır. Hayata katılmak, sağlıklı kalmak ve kişisel güvenliğı sağlamak için gereklidir. Bireyin yaşı ne olursa olsun bilgili ve sağlıklı olduğu sürece topluma katılımı en yüksek düzeyde olur. Aktif

yaşlanmanın bir diğer bileşeni olan güvenlik ise aşırı yoksulluk, terk edilmek, ihmal ve ihtiyaç duyulduğu zaman bakımsızlıktan korunma hissi sağlamaktır.

Aktif yaşlanma, hayatı tümüyle kapsayan bir yatırım ve aynı zamanda devamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte, sağlık, katılım, yaşam boyu öğrenme ve güvenlik fırsatlarını ne kadar erken bir şekilde uygun hale getirebilirse, yaşlılığında yüksek yaşam kalitesinde yaşama ihtimali o kadar artar (40).

DSÖ, aktif yaşlanma kavramı ile sağlıklı veya üretken yaşlanma gibi çeşitli terimlere göre daha kapsamlı bir mesaj vermektedir. Başarılı veya sağlıklı yaşlanma tıbbi ve klinik kriterlere sahip olmayı, üretken yaşlanma ise sağlık ve esenlikten bağımsız mal ve hizmet üretmeyi amaçlamaktadır. Aktif yaşlanma ise bu terimlerin aksine yalnızca bireysel değil, sosyal ve toplumsal düzeyde de eylemler içermektedir (41).

Yaşlılık nedeniyle emekli olan ve işgücü piyasasından ayrılan bireylerin sayısı artarak yaşlı bağımlılık oranları yükselmektedir. Böylece işgücü piyasasından tecrübeli ve eğitilmiş bireylerin kaybedilmesi ve sosyal ekonomik dengelerin olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanmaktadır. Bu sebeple bireylerin bağımsız ve aktif kalabilmeleri, kaliteli ve uzun bir yaşam sürdürebilmeleri, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri devletlerin öncelikli politikalarındandır. Bu politikalar yaşlıların sağlıklı ve aktif kalarak topluma fayda sağlamaya devam etmelerini ve işgücü piyasasındaki devamlılığın sürdürülerek istihdamın artırılmasını hedeflemektedir (42).

Aktif yaşlanmayla ilgili geliştirilen ve hayata geçirilen politikalar ile yaşamın üretken dönemlerinde olabilecek erken ölümlerin, ilerleyen yaşla ortaya çıkabilecek bakım ihtiyacının, bakım ve tedavi masraflarının azaltılması, bireyin sosyokültürel ve ekonomik hayata katılımının sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması planlanmaktadır. Yaşlılara yönelik bu politikaların nüfus artışıyla eş zamanlı olarak geliştirilmesi, artırılması ve yaygınlaştırılması elzemdir (1).

2.1.5. Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri

Aktif yaşlanma; bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen bazı belirleyicilere ve etkileşim içinde olduğu alanlara bağlıdır. Bu belirleyiciler; sosyal, ekonomik, kişisel ve davranışsal belirleyiciler, sağlık ve sosyal hizmetlerle ilişkili belirleyiciler ve bu belirleyicileri etkileyen kültür ve cinsiyet belirleyiciler ile biçimlenmektedir. Aktif yaşlanmaya yönelik tasarlanacak programlarda ve politikalarda bu belirleyicilerin hesaba katılması gerekmektedir. Bu belirleyiciler her yaş grubu için geçerlidir, ancak özellikle yaşlı grubun sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde durulmaktadır.

Ekonomik belirleyiciler; gelir düzeyi, sosyal güvenlik, istihdam gibi unsurlardan oluşmaktadır. Yaşlılarda yeterli gelire sahip olamamak; sağlık hizmetlerine ulaşımı, barınmayı, beslenmeyi, özbakımı önemli derecede etkilemektedir.

Sosyal çevreyle ilişkili belirleyicileri genel olarak sosyal destek, eğitim, yaşam boyunca öğrenme fırsatı, şiddet ve tacizden korunma içermektedir. Bu faktörlerin olumsuz yönde ilerlemesi bireyin engellilik durumuna ve erken ölümüne yol açabilmektedir.

Davranışsal belirleyiciler, bireyin kendi bakımını sağlayabilmesi ve sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyebilmesi için önem taşımaktadır. Alışkanlıklar, egzersiz, zararlı ürün kullanımı, yeterli ve dengeli beslenme, ağız sağlığı gibi faktörler bu belirleyici içerisinde sayılabilir.

Kişisel belirleyiciler bireyin biyolojik yapısı, genetiği ve psikolojik durumu ile ilişkilidir. Bazı hastalıkların görülmesinde genetik yapı, bireyler arasında farklılık oluşturabilmektedir. Zeka ve kognitif kapasite de psikolojik faktörler içinde yer almaktadır.

Fiziksel çevre belirleyicileri, yaşlı bireyin hareketli ve daha sosyal bir yaşam sürmesi için önemli belirleyicilerdendir. Fiziksel çevrenin düzenlenmesi, güvenli yaşam sağlama, düşme ve kaza riskinin azaltılması, temiz su ve havaya ulaşım, gıdaya kolay ulaşımın sağlanması bu belirleyici içerisinde sayılabilmektedir.

Sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili belirleyiciler, sağlıklı yaşam, hastalıkların önlenmesi ve yaşlı bakım hizmetleri üzerinde etkilidir. Aktif yaşlanma ile ilgili

oluşturulacak programların ve politikaların bu sistemle uyum içinde ve uygun maliyette olması gerekir.

Aktif yaşlanmanın bir diğer bileşeni ise kültür ve cinsiyettir. Bu belirleyiciler diğerleri üzerinde olumlu veya olumsuz etki oluşturabilen bileşenlerdir. Kültürü oluşturan normlar, gelenekler ve toplumun manevi değerleri bireyin yaşlılık algısı üzerinde geniş etkiye sahiptir. Sonuç olarak oluşturulacak program ve politikalar insan haklarını, evrensel değerleri, bireyin içinde bulunduğu kültürü gözетerek, cinsiyet ayrımı yapmaksızın tüm nüfusa etkileri düşünülerek oluşturulmalıdır (13).

2.1.6. Aktif Yaşlanmaya Yönelik Politikalar

Yaşlı nüfus artışının dikkat çekici olduğu gelişmiş ülkelerde azalan iş gücüyle ekonomi yavaşlarken, diğer yandan sosyal güvenlik ve sağlık masrafları artmaktadır. Bu durum aktif yaşlanma politikalarının geliştirilmesi gereksinimini doğurmuştur (43).

Yaşlılıkla ilgili programlar ve politikalar bireyin daha sağlıklı hale gelmesini ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. DSÖ, yaşlı nüfus için sağıkta yapılan harcamaları azaltmayı değil, öncelikli olarak toplumun aktif ve üretken bireyleri olarak yaşamlarını sürdürmeleri için harekete geçilmesini önermektedir. “*Yaşama yıllar ekledik, şimdi yıllara yaşam eklemeliyiz.*” sözü ile başarılı, bağımsız ve üretken bir yaşlanma istenmektedir (13).

Yaşlılıkla ilgili önemli bir düzenlenme olan 1948 yılında kabul edilen “*İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*”nde bireyin yaşam standartları ve güvenlik konularına değinilerek yaşlı haklarına yer verilmiştir. Evrensel bir durum olan popölasyonların yaşlanması dikkatleri üzerine çekmeyi başarmış ve yaşlanma konusunda Viyana’da 1982 yılında ilk dünya asamblesi düzenlenmiştir. Burada yaşlılık ilkeleri olarak bağımsızlık, katılım, kendini gerçekleştirme, bakım ve itibar konuları yer almaktadır. Yaşlılık konusundaki farkındalığın artırılması için 1999 yılı BM tarafından “*bütün yaşlılar için bir toplum*” ana teması ile Yaşlılar Yılı ilan edilmiştir. 2002 yılında da Madrid’de ikinci yaşlanma asamblesi düzenlenmiştir. Yaşlı popölasyonun yaşam kalitesinin artırılması, topluma uyumun sağlanması, sağık ve geçim sorunları ve tüm

yaş gruplarını ilgilendiren politikaların oluşturulması için “*Uluslararası Eylem Planı*” hazırlanmıştır (44).

DSÖ tarafından BM ikinci yaşlanma asamblesine katkı sağlaması amacıyla 2002 yılında “*Aktif Yaşlanmaya İlişkin Politika Çerçevesi (Active Ageing: A Policy Framework)*” yayınlanmıştır. Buradaki önerilerde aktif yaşlanmanın 3 temel ögesi olan sağlık, katılım ve güvenlik ele alınmıştır (13). Herkesin sağlıklı ve uzun yaşayabileceği bir dünya görüşünden yola çıkılarak 2016 yılında “*Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji ve Eylem Planı (2016-2020)*” oluşturulmuştur. Bu eylem planının beş ana hedefi; her ülkeden sağlıklı yaşlanma için eyleme geçme sözü, yaşlı dostu mekanlar geliştirmek, sağlık sistemini yaşlı nüfusun ihtiyacına uygun şekle getirmek, uzun dönem bakım sağlamak için eşitlikçi ve sürdürülebilir sistemler oluşturmak, izlem, ölçüm ve araştırmaların ilerletilmesidir (45).

“*Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı 2021-2030*” raporu 2020 yılında yayınlanmıştır. Öncelikli olarak 4 eylem planına odaklanılmıştır. Bu eylem planları:

- Yaş ve yaşlanmayla ilgili hislerimizi, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı değiştirmek,
- Toplumların yaşlıların yeteneklerini geliştirmesini sağlamak,
- Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına cevap veren temel sağlık hizmetleri ve entegre bakım sunmak,
- İhtiyacı olan yaşlı bireylerin uzun dönem bakıma ulaşımını sağlamak

DSÖ yaşlı istismarını, güven beklentisi olan bir ilişkide yaşlı bireyi sıkıntı veya zarara uğratabilecek eylem veya uygun eylemin eksikliği şeklinde tanımlamaktadır. Bu durum toplumda veya herhangi bir kurumda ve birçok şekilde oluşabilmektedir. DSÖ tahminlerine göre her yıl 60 yaş ve üzerindeki altı kişiden biri bir çeşit istismara maruz kalmaktadır. İstismar, yaşlı bireylerde fiziksel yaralanmalar, kognitif gerileme, depresyon, yoksulluk, uzun dönem bakım için kurumlara yerleştirilme ve erken ölüm gibi ciddi durumlarla sonuçlanmaktadır. On yıllık eylem planında, yaşlı bireylerin istismarına vurgu yapılmaktadır (46).

Ülkemizde 2007 yılında “*Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*” hazırlanmış ve yaşlanma konusundaki politikaların uygulanması ve geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Artan yaşlı popülasyonuna cevaben uygun sağlık sisteminin oluşturulması için DSÖ’nün yaşlanma ile ilgili eylem planları ile uyum halinde hedef ve stratejiler oluşturulup sürdürülmesi sağlanmaktadır. Bu amaçla 2015-2020 ve 2021-2026 yılları için “*Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı*” hazırlanmıştır. Eylem planının stratejileri:

- Ömür boyu sağlığı geliştirilmek ve sağlıklı yaşlanmak,
- Toplumun sağlıkla ilgili risklerden korumak,
- Yaşlı popülasyon için sağlık hizmetlerini geliştirmek ve bu hizmetlere ulaşımı sağlamak,
- İzleme ve değerlendirmeyi güçlendirmek (34).

On birinci Kalkınma Planı’nda (2019-2023) yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için yaşlıların sosyal ve ekonomik hayata etkili bir şekilde katılabilmesi, yaşamlarını bağımsız ve aktif sürdürebilmesi, uzun dönem bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve uygun ortamların oluşturulması amaçlanmaktadır. Uzun dönem bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylere verilen hizmetlerin çeşitlendirilerek yaygınlaştırılması, bakım hizmetlerinde çalışan işgücünün artırılması, Alzheimer ve demans hastalığıyla olan mücadelenin güçlendirilmesi, düşme ve kazaları en aza indirmek için düzenlemelerin yapılması, sosyal ve ekonomik hayata katılımın artırılması, nesiller arası paylaşımı artıracak faaliyetlerin oluşturulması kalkınma planında yer alan bazı düzenleme ve gelişmelerdir (43).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) okuryazarlığı, “*çeşitli konularda yazılı ve basılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme ve iletişim kurma becerisi*” olarak tanımlamaktadır. Tanımda da görüldüğü üzere okuryazarlık yalnızca okuma ve yazma becerisinden ibaret değildir. Okuduğunu anlayıp, işleyerek hayata geçirmeyi kapsamaktadır (47). Aynı zamanda beslenme, finans, kültür, bilgisayar, medya, bilim, sağlık gibi konularda da okuryazarlıktan bahsedilmektedir (48).

Tüm dünyada geçen yüzyılın ortasına kadar başta gelen ölüm nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar ve bebek ölümleri yer almaktadır. Aşıların bulunması, ilaçların geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle bebek ölümlerinde ve bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerde önemli azalma izlenmektedir. Beraberinde uzayan yaşam süresi ile yaşlı nüfus artmakta ve yaşlı nüfusun sorunları olan kronik ve dejeneratif hastalıklar gündeme gelmektedir. Ancak bu hastalıkların kontrol altına alınması bulaşıcı hastalıkların kontrolünden daha güçtür. Çünkü bu hastalıklar birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler arasında bireyin sağlıkla ilişkili davranışları önemli bir yer tutmaktadır. Ottawa’da 1986 yılında yapılan “*Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı*” sonucunda yayınlanan Ottawa Sözleşmesi’nde “*sağlığı geliştirme*” çalışmalarında sadece sağlık sektörünün çabalarının başarıya ulaşmakta yeterli olmadığı ve bu konuda diğer sektörlerin de sorumluluk almaları gerektiği söylenmiştir. Bilim dünyasının geliştirdiği bu bilgiler anlaşılır bir dil ve ulaşılabilir yollarla topluma iletilmesi, diğer yandan da toplumun bu bilgileri anlaması, yorumlaması ve bilgilere ulaşarak, bilgiler ışığında sağlıklı davranışlar geliştirilmesine vurgu yapılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bireyin katılımı şarttır. Bu hususta sağlık okuryazarlığı gündeme gelmektedir (47).

Sağlık okuryazarlığı dünyada ilk kez 1974 yılında Simond tarafından “*Health Education as Social Policy*” makalesinde kullanılmıştır. DSÖ, 1998 yılında sağlık

okuryazarlığı tanımını “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kavrama becerisi” şeklinde yapmıştır. Amerikan Tıp Derneği 1999 yılında sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” olarak tanımlanmıştır. Sørensen ve arkadaşları 2012 yılında daha kapsamlı bir tanımla “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumları ile ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini artırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak belirtmiştir (49).

Türkiye’de 2011 yılında yayınlanan Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığının tanımı “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.” şeklinde yapılmıştır (50).

Sağlığın korunmasındaki ve sürdürülmesindeki davranışların oluşmasında, bireyin özgüven kazanmasında ve sosyal becerilerini artırarak uygun şekilde kullanmasında sağlık okuryazarlığı önemli bir araçtır. Bireyin doğru bilgiye ve yeterli hizmete ulaşması ve kullanabilme becerisinin artması ile sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sağlanabilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlanan sonuçlar yalnızca birey üzerinde değil toplum sağlığı üzerinde de olumlu etkiye sahiptir (51).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireylerin, sağlıklı yaşama uygun davranmadıkları, risk etkenlerinden kaçınmadıkları, koruyucu sağlık hizmetlerine ilgilerinin daha az olduğu, tarama programlarına daha az katıldıkları, kronik hastalık takiplerini yaptırmakta zorlandıkları, kontrollerini aksattıkları, tıbbi öneri ve uyarılara bağlı kalamadıkları görülmektedir. Bu durum bireyin kronik hastalık yönetiminde başarısız olmasına, hastane yatışlarının artması ve uzamasına, yüksek maliyetli bir hizmet olan acil servislere başvuru sayısında artışa neden olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik bireyin öz güven eksikliği hissetmesine, kendini ifade etmede zorlanmasına, sorularını sormaktan kaçınmasına sebep olabilir. Böylece sağlık hizmetlerine ulaşma ve uygun kullanabilme konusunda sağlık

okuryazarlığı yeterli bireylere göre daha az yetkin olarak sağlık sisteminden eşit düzeyde yararlanılamamaktadır. Tüm bunların sonucunda sağlık sistemine erişme ve kullanmada adaletsizlik, sağlık maliyetlerinde artma ve toplumdaki mortalite oranlarında artma gözlenebilmektedir (52).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam 2000 yılında sağlık okuryazarlığını fonksiyonel/temel, iletişimsel/etkileşimli ve kritik/eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak sınıflandırmıştır.

- Fonksiyonel/temel sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık konusundaki bilgileri bilip, kullanabilmesi için ihtiyacı olan temel becerileri anlatır.
- İletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı var olan bilgiyi artırma, farklı iletişim yollarıyla bilgiler edinme, bu bilgileri anlamlandırma ve gerekli koşullarda kullanabilmeyi tanımlar.
- Kritik/eleştirel sağlık okuryazarlığı bireyin farklı kaynaklardan edindiği bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirmesi ve kullanmasını sağlamaktadır (53).

Zarcadoolas ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu sınıflamaya göre sağlık okuryazarlığı temel, bilimsel, kültürel okuryazarlık ve vatandaşlık okuryazarlığı olarak ele alınmıştır.

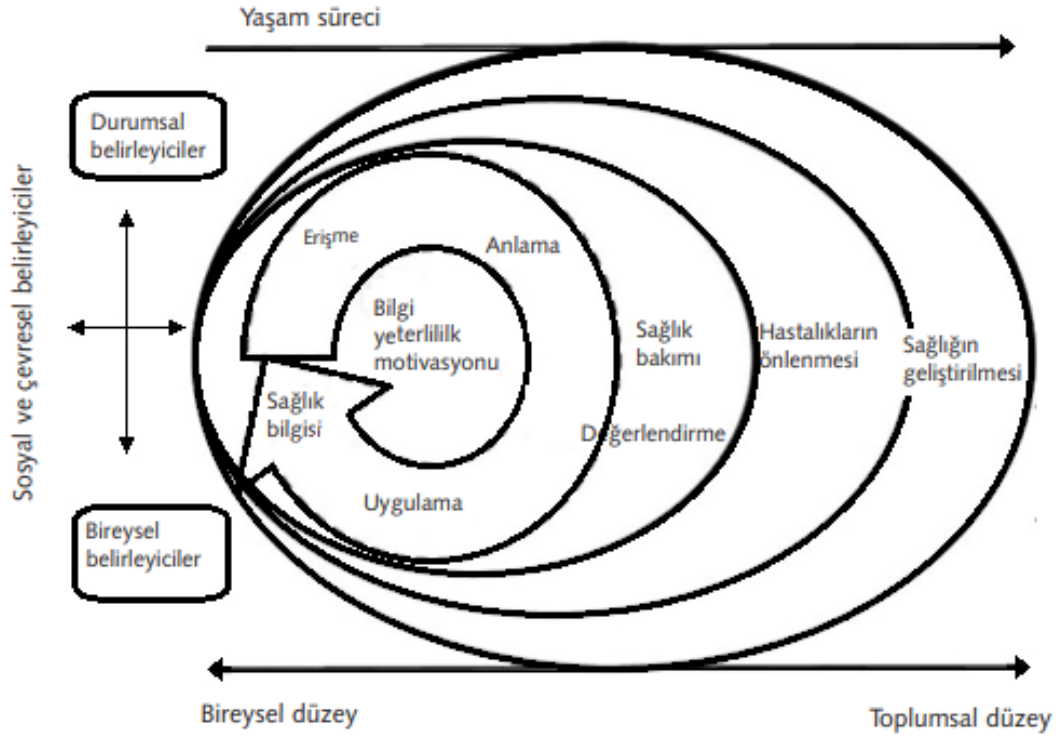
- Temel okuryazarlık bireyin okuma, yazma, sayma, konuşma yeterliliğine sahip olması olarak belirtilmiştir.
- Bilimsel okuryazarlık bireylerin bilimle ilişkili kavramları bilerek, karmaşık yöntemleri anlama yeteneği olarak tanımlanmıştır.
- Kültürel okuryazarlık bireylerin inançlarını, dünya görüşlerini ve geleneklerini kullanarak sağlıkla ilgili bilgilerini yorumlayabilme becerisi olarak belirtilmiştir.
- Vatandaşlık okuryazarlığı ise bireyin toplumsal konularda farkındalık sahibi olması, eleştirel yaklaşabilmesi ve karar verme sürecine katılabilmesi olarak tanımlanmıştır.

Nutbeam ve Zarcadoolas vd.'nin yaptığı sınıflandırmadan da anlaşıldığı gibi sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir kavramdır. Bu özellik sağlık okuryazarlığının ölçülmesindeki ve değerlendirilmesindeki zorluğu açıklamaktadır (54).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını daha iyi anlaşılabilmesi için etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekir. Genel olarak bakıldığında sağlık okuryazarlığının kişinin okuryazarlık seviyesinden, demografik özelliklerden, psikososyal faktörlerden, kültürel farklılıklardan, kronik hastalıkların varlığından etkilendiği görülmektedir.

Sørensen ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan modelleri de ele alarak bütüncül bir sağlık okuryazarlığı modeli geliştirmiştir (Şekil 3). Bu model sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ile sağlıkla ilgili sonuçları bağlayan yollar sunmaktadır. Modelin merkezinde bilgi, yeterlilik, motivasyon bulunurken çevresinde 4 temel yetkinlik olan erişme, anlama, değerlendirme, uygulama yer almaktadır. Erişim, sağlıkla ilgili bilgiliyi arama, bulma, elde etme; anlama, elde edilen sağlık bilgilerini kavrama; değerlendirme, sağlık bilgilerini yorumlama, süzgeçten geçirme, yargılama; uygulama ise, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için karar verebilmek üzere iletişim kurma ve bu bilgileri kullanma becerisini ifade eder. Sağlık bilgilerine ulaşılması ve bunların elde edilmesi zamanlama, anlama ve güvenilirliğe; bilginin anlaşılması, bireyin beklentilerine, sonuçları bireyselleştirmesine, nedenleri yorumlamasına; bilginin değerlendirilmesi ise o bilginin diline, karmaşıklığına ve anlaşılabilirliğine bağlıdır (55).



Şekil 3: Sørensen ve Arkadaşlarının Geliştirdiği Sağlık Okuryazarlığı Modeli (56)

Şekil 3'deki modelde aynı zamanda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler uzak ve öncül faktörler olarak iki grupta incelenmektedir. Demografik durum, dil, toplumsal sistemler, kültür gibi sosyal ve çevresel belirleyiciler uzak faktörler içerisinde belirtilmektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim, okuryazarlık düzeyi, ırk, meslek, sosyoekonomik düzey gibi bireysel belirleyiciler ile aile ve arkadaş etkileri, sosyal çevre, fiziksel çevre, medya kullanımı gibi durumsal belirleyiciler de sağlık okuryazarlığını etkileyen öncül faktörlerdir. (55, 56)

2.2.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Dünyada ilk olarak 1950 yılında eğitim ve sosyoekonomik düzey ile bireylerin sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yapılmıştır. 2004 yılında Institute of Medicine tarafından yayımlanan çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki nüfusun yaklaşık yarısına karşılık gelen 90 milyon bireyin sağlık bilgilerini anlamakta zorlandığı bildirilmiştir (57).

Kondilis ve arkadaşlarının Avrupa Birliği'ndeki sağlık okuryazarlığını araştırdıkları çalışmalarına göre Amerika Birleşik Devletleri'nde Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla 3 kat fazla çalışma yapıldığı görülmüştür. Aynı çalışmaya göre 2008 yılından itibaren Türkiye'de sağlık okuryazarlığı konusunda 428 çalışma yapılmış. Avrupa ülkeleri içinde bu sonuç orta düzeyde olarak değerlendirilmiştir (58).

Avrupa ülkelerinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, ve Yunanistan) 2009-2012 yılları arasında 15 yaş ve üstü 8000 bireye “*Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q)*” uygulanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, çalışmaya katılanların %12'sinde yetersiz, %53'ünde yeterli ve mükemmel düzeyde bulunmuştur. Çalışmaya katılan ülkeler arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki fark oldukça fazladır. Çalışmada Hollanda ve İrlanda en yüksek puanları, Bulgaristan ve İspanya ise en düşük puanları almıştır. Çalışmadaki kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yaklaşık olarak Hollanda'nın %71'sinde, İrlanda'nın %60'ında, İspanya'nın %42'sinde, Bulgaristan'ın %38'sinde ise yeterli ve mükemmel olarak sonuçlanmıştır (59).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından halkın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için 2013-2017 Stratejik Planı oluşturulmuştur. Bu plandaki stratejik hedef; bireyi ve toplumu sağlığı tehdit eden durumlardan koruyarak, sağlıklı yaşama özendirmek, bireylerin kendi sağlık durumlarındaki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmektir (60).

Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q) ile 2014 yılında 18 yaş ve üstü 4924 kişiye yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığının belirlenmesi amaçlanmıştır. 50 puanlık ölçek üzerinden genel sağlık okuryazarlığı ortalaması 30,4 olarak bulunmuştur. Avrupa'da 2012 yılında aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada ise bu değer 33.8 olarak hesaplanmıştır.

Yapılan çalışmada toplumun %64,6'sı yetersiz (%24,5) veya sorunlu (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır (Tablo 1). Bu sonuç o zamanki ülke nüfusuna göre yaklaşık 35 milyon erişkinin yetersiz veya sorunlu sağlık

okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Toplumun sadece %35,4'ü yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bu değer Avrupa toplumlarında %52,5 olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığında Türkiye'nin, Avrupa ortalamasının gerisinde kaldığı görülmektedir (61).

Tablo 1: Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri Yüzdelерinin Karşılaştırılması (61)

	Türkiye toplumunda yüzde	Avrupa toplumunda yüzde
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	24,5	12,4
Sorunlu sağlık okuryazarlığı	40,1	35,2
Yeterli sağlık okuryazarlığı	27,8	36,0
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	7,6	16,5

Sağlık Bakanlığının 2018 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ile yapılan araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi %30,9'unda yetersiz, %38'inde sorunlu-sınırlı, %23,4'ünde yeterli, %7,7'sinde mükemmel olarak bulunmuştur (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya, Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/12/2022 tarihli E2-22-2971 nolu etik kurul onayı ile başlanmıştır. Etik kurul onam formu Ek-1'de yer almaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırmacıların hazırladığı anket formu, 12/12/2022-12/02/2023 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniği'nde araştırmacılar tarafından çalışmaya katılmaya gönüllü olan örneklem dahilindeki bireylere uygulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine başvuran yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını ve aktif yaşlanma düzeylerini değerlendirmek ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkilendirerek, sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanma üzerine etkisini araştırmak amacıyla tasarlanmış analitik tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihlerde Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine başvuran yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara anket formu yardımcı araştırmacı ve sorumlu araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanarak doldurulmuştur.

Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine önceden yapılan başvurular göz önünde bulundurularak araştırmanın örneklem büyüklüğü 150 olarak belirlenmiştir.

Çalışma süresince ulaşılan, çalışmanın kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 155 katılımcıya anket formu uygulanmış ve değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine başvuran okuma yazma bilen, 65 yaş ve üstü yaşlı bireyler olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya almama ve araştırmadan çekilme kriterleri; 65 yaş altı olmak, okuma yazma bilmemek, iletişim kurmayı zorlaştıran ileri derece görme ve işitme kaybı, demans tanısı olmak, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeme ve veri toplama esnasında veya çalışmanın herhangi bir aşamasında bireylerin araştırmadan ayrılmak istemesidir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen çalışmada araştırmacılar tarafından tasarlanarak hazırlanan anket formu (EK-2); gönüllük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere yardımcı araştırmacı ve sorumlu araştırmacı tarafından yüz yüze, sözel olarak uygulanıp doldurulmuştur. Bireylere anket öncesinde çalışma hakkında bilgi verilmiştir.

Güncel literatür taranarak oluşturulan anket; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendiren sorulardan, Geriatri Kliniği'nde her hastaya rutin yapılan Katz günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ölçeği, Lawton ve Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) ölçeği ile çalışmaya özel olarak uygulanacak olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve Aktif Yaşam Ölçeği (AYÖ)'inden oluşmaktadır.

Uygulanan anket formunun sonunda katılımcılara; sağlık okuryazarlığı ve aktif yaşlanma kavramları ve bu kavramların önemi hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır.

3.5.1. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri  l eği

Katz GYA  l eği, yaşlı bireylerin temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmede en yaygın kullanılan ve en iyi bilinen ölçektir. Katz ve arkadaşları tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilmiştir. Arık ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu  l ek bireyin banyosunu yapabilme, giyinebilme, tuvaletini yapabilme, hareket, kontinansı sağlama, beslenme gibi günlük yaşam aktiviteleri yapabilme düzeyini sorgulayan altı maddeden olmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini kendisi bağımsız olarak yapabiliyorsa 1 puan, yapamıyorsa 0 puan verilir (63). Ölçek 6 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Toplam puanın düşük olması bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.2. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri  l eği

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Lawton ve Brody EGYA  l eği; telefon kullanabilme, alışveriş yapabilme, yemek hazırlayabilme, ev temizliği yapabilme, çamaşır yıkayabilme, yolculuk yapabilme, ilaçlarını kullanma sorumluluğuna sahip olabilme, mali i lerini yönetebilme gibi günlük yaşam aktivitelerini sorgulayan 8 sorudan olmaktadır (64). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (65). Ölçek 8 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Toplam puanın düşük olması bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı  l eği-32 (TSOY-32)

Ölçek, Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün de destekleriyle oluşturulmuştur. Öncelikle Avrupa Sağlık Okuryazarlığı  l eği (HLS-EU)'nin Türkçe'ye çevrilmesi ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı  l eği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) geliştirilmiştir. Daha sonra bu çalışmadan kazanılan tecrübelerle bazı değişiklikler yapılarak TSOY-32 oluşturulmuştur. 32 maddeden oluşan beşli likert tipinde

düzenlenmiştir. Ölçek 2 temel boyut ve 4 süreç olarak 8 bileşen içerir. Temel boyutlar, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi; süreçler ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme, kullanma/uygulamadır. Bileşenleri ifade eden madde numaraları Tablo 2’de belirtilmiştir (66)

Tablo 2: TSOY-32’nin Bileşenleri ve Bu Bileşenleri İfade Eden Madde Numaraları (66)

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Ölçeği değerlendirirken HLS-EU çalışmasında olduğu gibi puanlama 0 ile 50 arasında yapılmıştır. Bunun için kullanılan formül; $\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$. Bu formülde indeks, bireye özgü hesaplanan indeksi ve bir bireyin cevaplandığı her maddenin ortalamasını göstermektedir. Puanlamaya göre sonuçlar 4 kategoride sınıflanmaktadır:

0-25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

26-33 puan: Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

34-42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

43-50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı (66)

3.5.4. Aktif Yaşlanma Ölçeği (AYÖ)

Rantanen ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin, Erbil ve Hazer tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek bireyin aktif

yaşlanmasını değerlendirmek üzere 17 tane aktivite sorusundan oluşmaktadır. Bu sorular 4 alt ölçekle farklı açılardan sorulmaktadır. Alt ölçekler; amaçlar (yapmak isteği), fonksiyonel kapasite (yapabilme), fırsatlar (yapma fırsatı), aktivite (yapma sıklığı).

Anketteki her bir ifade beşli likert tipte 0'dan 4'e kadar puanlandırılmıştır. 0 puan az aktifliği, 4 puan ise çok aktifliği göstermektedir. Ölçeğin alt ölçeklerinden ayrı ayrı alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 68'dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 272'dir. Ölçeğin toplam puanı ne kadar yüksekse bireyin aktif yaşlanmasının da o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir (67).

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır. Puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (68-71).

Değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanlar normal dağılım göstermiş olup çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır. ANOVA testinde fark çıkması durumunda çoklu karşılaştırma Tukey testi ile yapılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon, etki ise doğrusal regresyon testi ile analiz edilmiştir. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 84 kadın, 71 erkek olmak üzere toplam 155 birey katılmıştır. Katılımcılardan kadın bireylerin oranı %54,2, 71-80 yaş arası olanların oranı %42,6'dır. İlkokul mezunu olanların oranı %34,8, emekli olanların oranı %53,5, evli olanların oranı %49,7'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-1

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	84 (%54,2)
	Erkek	71 (%45,8)
Yaş	70 yaş ve altı	36 (%23,2)
	71-80 yaş	66 (%42,6)
	81 yaş ve üstü	53 (%34,2)
Eğitim Durumu	Okuryazar	34 (%21,9)
	İlkokul	54 (%34,8)
	Ortaokul	11 (%7,1)
	Lise	25 (%16,1)
	Üniversite ve üzeri	31 (%20)
Emeklilik Durumu	Emekli değil	72 (%46,5)
	Emekli	83 (%53,5)
Medeni Durum	Evli	77 (%49,7)
	Bekar	2 (%1,3)
	Eşi vefat etmiş	64 (%41,3)
	Ayrılmış/boşanmış	12 (%7,7)

Katılımcıların bakımıyla çocukları veya akrabası ilgilenenlerin oranı %15,6, bakım veren kişi lise mezunu olanların oranı %59,4'tür. Eve giren aylık gelir 5001-10.000 TL olanların oranı %41,9; oturduğu ev kendine veya ailesine ait olanların oranı %64,5; il merkezinde yaşayanların oranı %83,2; ailesinde sağlık çalışanı olanların oranı %56,1'dir (Tablo 4)

Katılımcılardan yeterli ve dengeli beslendiğini düşünenlerin oranı %27,1'dir.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-2

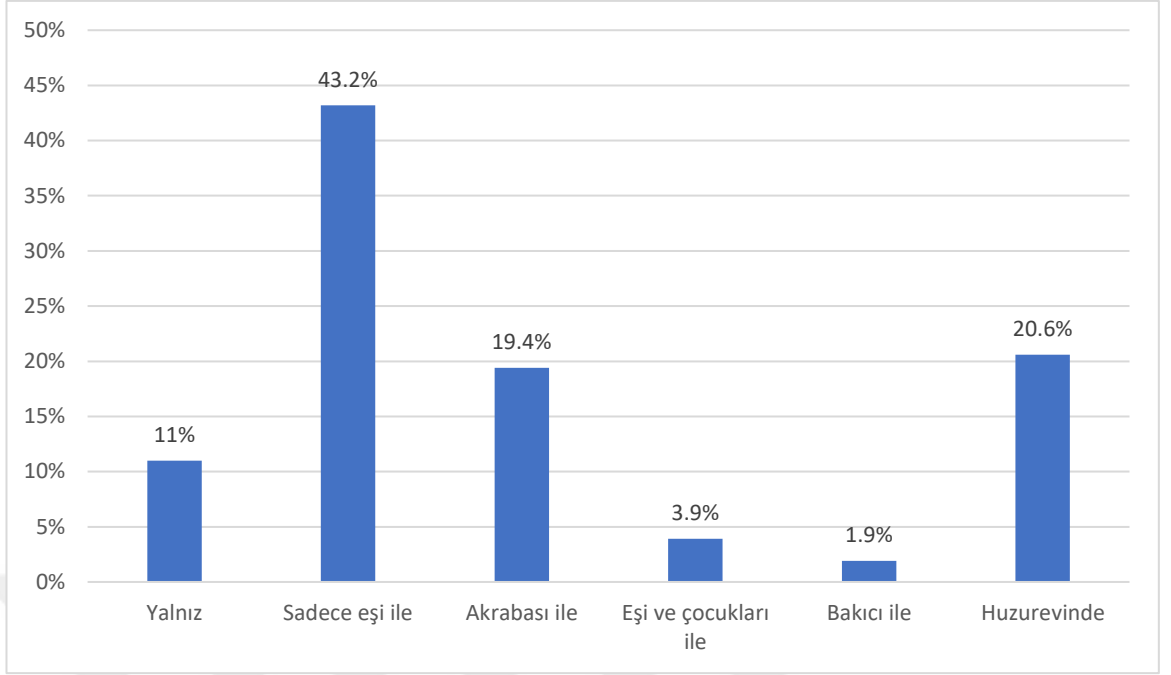
		n (%)
Bakımı ile İlgilenen Kişi	Yok	90 (%58,4)
	Eşi	8 (%5,2)
	Çocukları veya akrabası ile	24 (%15,6)
	Bakıcı	32 (%20,8)
	Sağlık personeli	0 (%0)
Bakım Veren Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0 (%0)
	Okuryazar	3 (%4,7)
	İlkokul	8 (%12,5)
	Ortaokul	4 (%6,3)
	Lise	38 (%59,4)
	Üniversite ve üzeri	11 (%17,2)
Eve Giren Aylık Gelir Durumu	<2500 TL	17 (%11)
	2501-5000 TL	48 (%31)
	5001-10.000 TL	65 (%41,9)
	10.001-15.000 TL	19 (%12,3)
	15.001-20.000 TL	3 (%1,9)
	>20.000 TL	3 (%1,9)
Oturduğu Ev Kendine veya Ailesine mi Ait?	Evet	100 (%64,5)
	Hayır	55 (%35,5)
Yaşanılan Yer	İl merkezi	129 (%83,2)
	İlçe	20 (%12,9)
	Köy	6 (%3,9)
Ailenizde Sağlık Çalışanı Var mı?	Var	87 (%56,1)
	Yok	68 (%43,9)

Katılımcılardan 8 yıl ve altı eğitim görenlerin oranı %64 iken 8 yıl üzerinde eğitim görenlerin oranı %36'tür (Şekil 4).



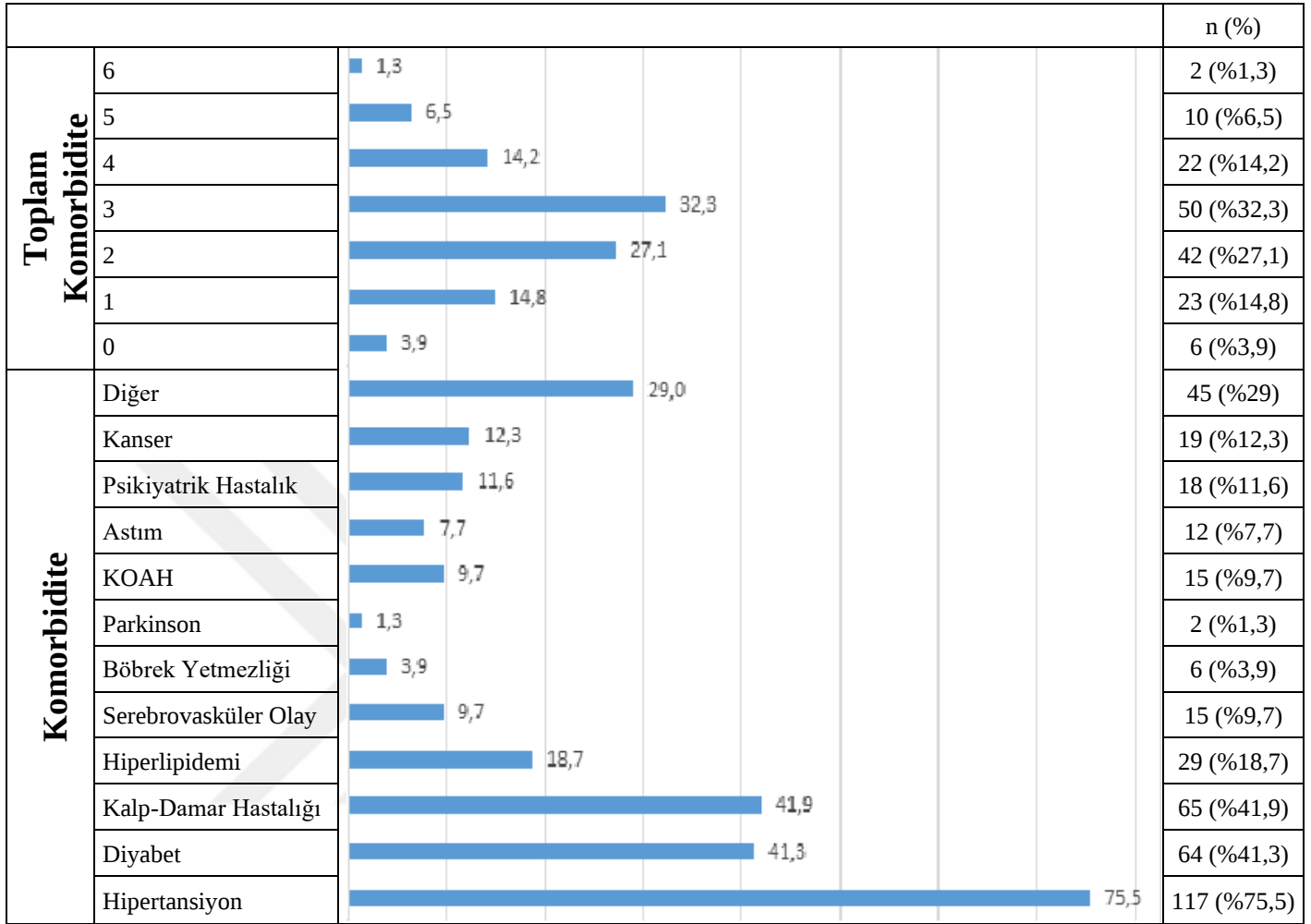
Şekil 4: Katılımcıların 8 Yıl ve Altı ile 8 Yıl Üzerinde Eğitim Görmelerine Göre Dağılım Yüzdeleri

Katılımcılardan yalnız yaşayanların oranı %11 (17 kişi), sadece eşi ile yaşayanların oranı %43,2 (67 kişi), akrabası ile yaşayanların oranı %19,4 (30 kişi), eşi ve çocukları ile yaşayanların oranı %3,9 (3 kişi), huzurevinde yaşayanların oranı %32 (20,6)'dır (Şekil 5).



Şekil 5: Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılım Yüzdeleri

Katılımcılarda en çok görülen hastalıklar olan hipertansiyonun oranı %75,5; kalp-damar hastalığının oranı %41,9; diyabetin oranı %41,3'tür. Komorbidite sayısı 3 ve üzerinde olanların oranı %54,3'tür (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Komorbidite Durumlarına Göre Dağılımı

Haftada en az bir gün gazete okuyanların oranı %30,3; kitap okuyanların oranı %30,3'tür (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Gazete ve Kitap Okuma Durumuna Göre Dağılımı

		n (%) medyan (min_maks)- ort±ss
Gazete Okur musunuz?	Okumuyor	108 (%69,7)
	Okuyor	47 (%30,3)
Kitap Okur musunuz?	Okumuyor	108 (%69,7)
	Okuyor	47 (%30,3)

Yılda okunan kitap sayısı medyanı 0 (en düşük 0-en yüksek 35), ortalaması 2,2 ($\pm 5,9$)'dir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Yılda Okuduğu Kitap Sayısına Göre Gösterimi

	Medyan (min-maks)	Ort $\pm$ ss
Yılda Okunan Kitap Sayısı	0 (0-35)	2,2 $\pm$ 5,9

Ölçek puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi

	n	Min_maks	Ort $\pm$ ss	Çarpıklık	Basıklık
Katz GYA Ölçeği	155	0_6	5,16 $\pm$ 1,42	-1,788	2,447
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	155	0_8	5,95 $\pm$ 2,53	-,991	-,324
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	155	4_16	8,23 $\pm$ 3,62	,603	-,342
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	155	4_16	10,94 $\pm$ 3,24	-,068	-,658
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	155	4_16	10,46 $\pm$ 3,35	-,052	-,653
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	155	4_16	9,52 $\pm$ 3,26	,318	-,670
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	155	4_16	8,65 $\pm$ 3,39	,404	-,427
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	155	4_16	11,13 $\pm$ 3,13	-,276	-,182
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	155	4_16	10,43 $\pm$ 3,32	-,037	-,606
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	155	4_16	10,81 $\pm$ 3,08	-,310	-,095
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	155	0_50	25,07 $\pm$ 12,99	,092	-,578
Amaçlar	155	7_68	38,01 $\pm$ 15,91	-,058	-1,008
Fonksiyonel Kapasite	155	10_68	46,77 $\pm$ 13,02	-,371	-,299
Fırsatlar	155	8_59	31,79 $\pm$ 11,51	,134	-,621
Aktivite	155	5_55	23,69 $\pm$ 12,52	,536	-,634
Aktif Yaşlanma Ölçeği	155	48_250	140,25 $\pm$ 48,62	,098	-,846

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği genel indeks puan ortalaması $25,07 \pm 12,99$ 'dur (Tablo 8). Katılımcılardan sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı %48,4, sorunlu-sınırlı olanların oranı %26,5, yeterli olanların oranı %12,9, mükemmel olanların oranı %12,3'tür (Tablo 9) (Şekil 6).

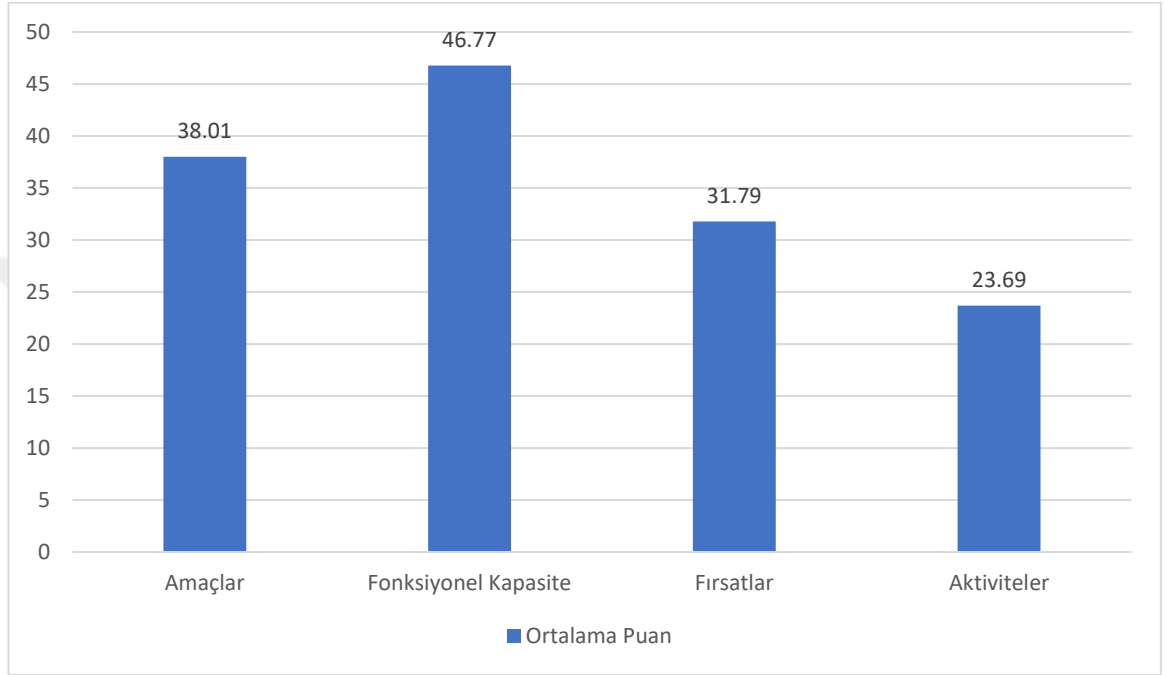
Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Dağılımı

		n (%)
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Yetersiz	75 (%48,4)
	Sorunlu-Sınırlı	41 (%26,5)
	Yeterli	20 (%12,9)
	Mükemmel	19 (%12,3)



Şekil 6. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Dağılım Yüzdeleri

Katılımcıların AYÖ toplam puan ortalaması $140,25 \pm 48,62$ 'dir (Tablo 8). AYÖ'nin "Amaçlar" alt ölçeğinin ortalama puanı 38,01; "Fonksiyonel kapasite" alt ölçeğinin ortalama puanı 46,77; "Fırsatlar" alt ölçeğinin ortalama puanı 31,79; "Aktivite" alt ölçeğinin ortalama puanı 23,69'dur (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların AYÖ Toplam Puanı ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalaması

Ölçek puanlarının, cinsiyet açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Kadın ile erkekler arasında Katz GYA Ölçeği, Lawton ve Brody EGYA Ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Kadın ile erkekler arasında sağlık okuryazarlığı ölçeği ve bileşenleri açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

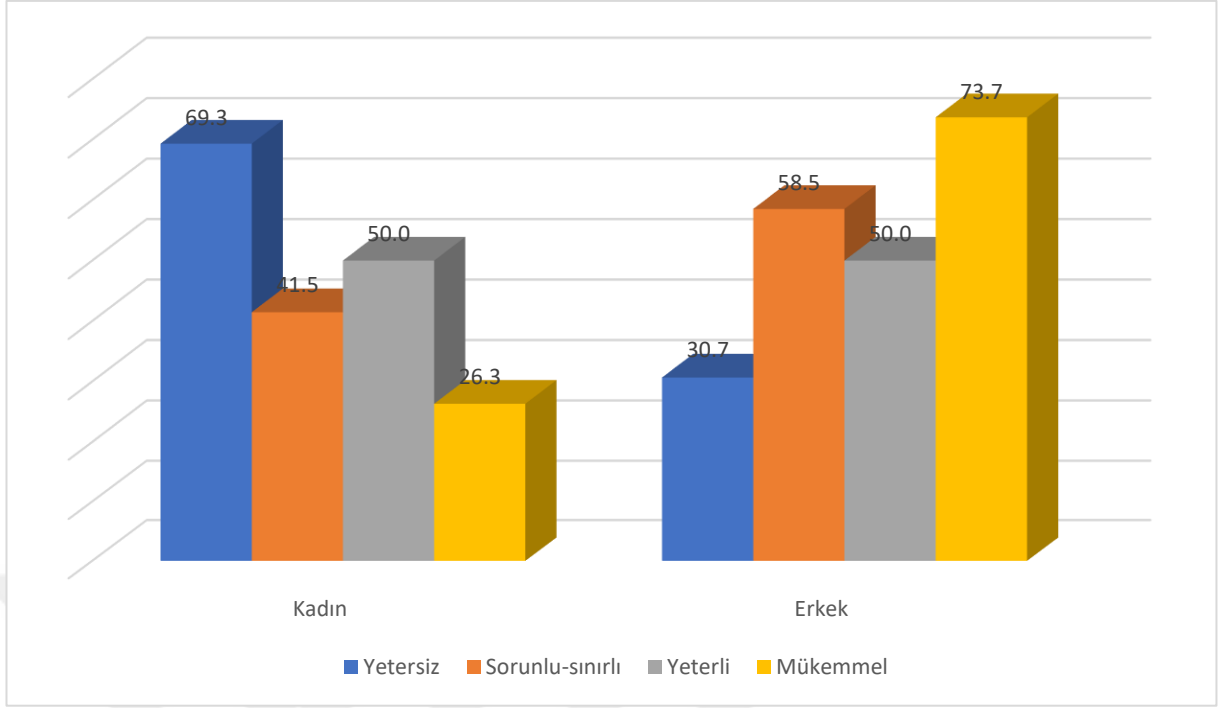
Kadın ile erkekler arasında AYÖ ve alt ölçekleri olan "Amaçlar", "Fonksiyonel kapasite", "Fırsatlar", "Aktivite" açısından anlamlı farklılık

bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 10. Ölçek Puanlarının, Cinsiyet Açısından İncelenmesi

	Cinsiyet		P
	Kadın n=84	Erkek n=71	
	Ort±ss	Ort±ss	
Katz GYA Ölçeği	5,05±1,44	5,3±1,4	,280
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	5,58±2,64	6,38±2,35	,051
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	7,24±3,43	9,39±3,52	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	10,06±3,2	11,99±2,98	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	9,58±3,24	11,49±3,2	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	8,62±3,08	10,58±3,17	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	7,73±3,26	9,75±3,24	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	10,33±3,09	12,07±2,93	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	9,67±3,14	11,32±3,31	,002*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	10,12±2,99	11,63±3,01	,002*
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	21,53±12,45	29,25±12,44	<0,001*
Amaçlar	35,38±15,86	41,11±15,51	,025*
Fonksiyonel Kapasite	43,8±12,73	50,28±12,55	,002*
Fırsatlar	28,77±10,4	35,35±11,79	<0,001*
Aktiviteler	20,73±11,25	27,2±13,1	,001*
Aktif Yaşlanma Ölçeği	128,68±45,56	153,94±48,87	,001*

* $p<0,05$ anlamlı fark var



Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Cinsiyet Açısından Dağılım Yüzdeleri

Ölçek puanlarının, yaş açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Katz GYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Lawton ve Brody EGYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı ile 71-80 yaş arası olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni “*Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni “*Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama*” açısından anlamlı farklılık

bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı ile 71-80 yaş arası olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı ile 71-80 yaş arası olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı ile 71-80 yaş arası olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bileşeni *“Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama”* açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar

incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı ile 71-80 yaş arası olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Amaçlar*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Fonksiyonel kapasite*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 71-80 ile 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Fırsatlar*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Aktivite*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında AYÖ açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde 70 yaş ve altı olanların puan ortalaması 81 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 11. Ölçek Puanlarının, Yaş Açısından İncelenmesi

	Yaş			p	Çoklu karşılaştırma
	70 yaş ve altı n=36	71-80 yaş n=66	81 yaş ve üstü n=53		
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Katz GYA Ölçeği	5,72±0,7	5,2±1,57	4,74±1,47	,005*	1>3
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	7,28±1,52	6,15±2,52	4,79±2,63	<0,001*	1>3; 2>3
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	9,75±3,39	8,39±3,93	6,98±2,94	,001*	1>3
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	12,36±2,58	10,97±3,44	9,94±3,06	,002*	1>3
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	11,78±2,39	10,86±3,61	9,06±3,12	<0,001*	1>3; 2>3
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	10,97±2,84	9,82±3,45	8,15±2,77	<0,001*	1>3; 2>3
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	10,14±2,97	8,85±3,67	7,4±2,85	,001*	1>3; 2>3
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	12,25±2,38	11,26±3,33	10,21±3,08	,009*	1>3
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	11,86±2,17	10,53±3,64	9,32±3,19	,001*	1>3
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	11,92±2,21	11,02±3,31	9,81±3,04	,005*	1>3
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	30,74±10,12	25,88±14	20,2±11,76	,001*	1>3; 2>3
Amaçlar	42,28±14,46	39,15±15,73	33,68±16,31	,031*	1>3
Fonksiyonel Kapasite	55,5±9,21	46,2±13,27	41,55±11,98	<0,001*	1>2; 1>3
Fırsatlar	35,03±8,82	32,74±13,18	28,4±10,12	,018*	1>3
Aktivite	27,28±10,64	24,3±14,21	20,49±10,77	,036*	1>3
Aktif Yaşlanma Ölçeği	160,08±38,39	142,39±52,46	124,11±45	,002*	1>3

*p<0,05 anlamlı fark var

Ölçek puanlarının, eğitim durumu açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Katz GYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlar incelendiğinde 8 yıldan fazla eğitim görenlerin puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

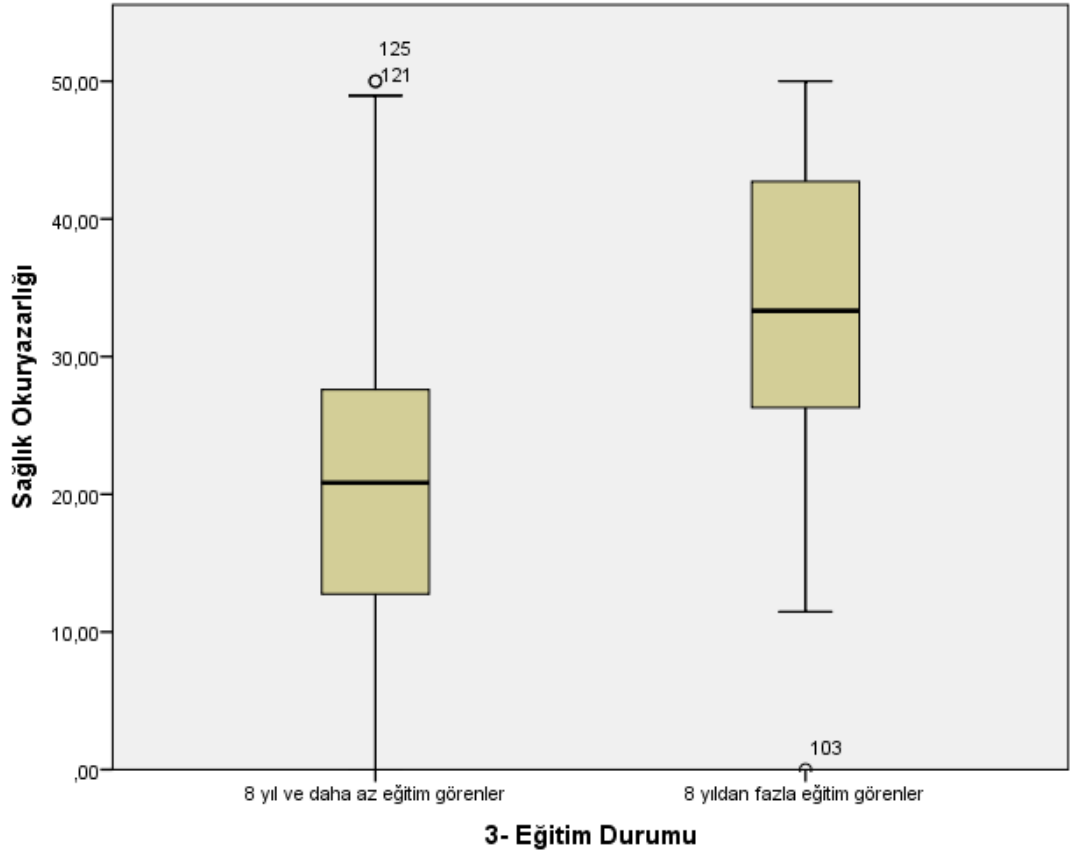
Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Lawton ve Brody EGYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeği ve bileşenleri açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde 8 yıldan fazla eğitim görenlerin puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında AYÖ ve alt ölçekleri olan “Amaçlar”, “Fonksiyonel kapasite”, “Fırsatlar”, “Aktivite” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde 8 yıldan fazla eğitim görenlerin puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 12. Ölçek Puanlarının, Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

	Eğitim Durumu		P
	8 yıl ve daha az eğitim görenler n=99	8 yıldan fazla eğitim görenler n=56	
	Ort±ss	Ort±ss	
Katz GYA Ölçeği	4,95±1,6	5,54±0,93	,005*
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	5,67±2,68	6,45±2,18	,052
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	7±3,05	10,39±3,57	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	9,67±2,8	13,2±2,69	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	9,37±2,99	12,38±3,11	<0,001*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	8,36±2,81	11,55±3,02	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	7,45±2,93	10,77±3,14	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	10,01±2,81	13,11±2,66	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	9,24±2,94	12,52±2,9	<0,001*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	9,85±2,84	12,52±2,76	<0,001*
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	20,27±11,27	33,56±11,46	<0,001*
Amaçlar	34,41±14,22	44,36±16,84	<0,001*
Fonksiyonel Kapasite	43,4±12,05	52,71±12,63	<0,001*
Fırsatlar	28,87±9,99	36,95±12,26	<0,001*
Aktiviteler	20,51±10,31	29,32±14,1	<0,001*
Aktif Yaşlanma Ölçeği	127,19±41,54	163,34±51,91	<0,001*

* $p<0,05$ anlamlı fark var



Şekil 9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından Dağılım Yüzdeleri

Ölçek puanlarının, yalnız yaşama durumu açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 13’de verilmiştir.

Yalnız yaşama durumu açısından gruplar arasında ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 13. Ölçek Puanlarının, Yalnız Yaşama Durumu Açısından İncelenmesi

	Yalnız Yaşama Durumu		p
	Yalnız n=17	Yalnız Değil n=138	
	Ort±ss	Ort±ss	
Katz GYA Ölçeği	5,18±1,33	5,16±1,44	,963
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	5,76±2,51	5,97±2,55	,753
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8,29±3	8,22±3,7	,935
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	10,71±2,54	10,97±3,32	,751
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10,06±2,41	10,51±3,45	,604
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	9,06±2,61	9,57±3,34	,542
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8,76±2,54	8,64±3,49	,885
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	10,47±2,29	11,21±3,21	,359
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10±2,24	10,48±3,43	,444
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	10,76±2,17	10,82±3,18	,946
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	23,9±9,67	25,22±13,36	,694
Amaçlar	35,29±18,5	38,34±15,6	,458
Fonksiyonel Kapasite	43,82±11,44	47,13±13,19	,325
Fırsatlar	27,71±12,02	32,29±11,38	,121
Aktiviteler	21,59±12,08	23,95±12,59	,465
Aktif Yaşlanma Ölçeği	128,41±50,87	141,71±48,33	,289

Ölçek puanlarının, komorbidite sayısı açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 14’te verilmiştir.

Komorbidite sayısı farklı olan gruplar arasında Katz GYA Ölçeği ve Lawton ve Brody EGYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Komorbidite sayısı farklı olan gruplar arasında sağlık okuryazarlığı ölçeği ve bileşenleri olan “*Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*”, “*Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama*”, “*Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama*”, “*Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*”, “*Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Komorbidite sayısı farklı olan gruplar arasında AYÖ ve alt ölçekleri olan “Fonksiyonel kapasite”, “Fırsatlar”, “Aktivite” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde komorbidite sayısı 3’ten az olanların puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 14. Ölçek Puanlarının, Komorbidite Sayısı Açısından İncelenmesi

	Komorbidite Sayısı		p
	3ten az n=71	3 ve daha fazla n=84	
	Ort±ss	Ort±ss	
Katz GYA Ölçeği	5,46±1,11	4,9±1,6	,011*
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	6,48±2,33	5,5±2,63	,016*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8,97±3,77	7,6±3,39	,018*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	11,52±3	10,45±3,37	,040*
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10,97±3,26	10,02±3,38	,079
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	10,23±3,24	8,92±3,17	,012*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	9,37±3,55	8,05±3,15	,015*
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	11,58±2,9	10,75±3,28	,101
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10,9±3,09	10,02±3,46	,101
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	11,38±2,88	10,33±3,18	,035*
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	27,53±12,68	22,99±12,95	,030*
Amaçlar	40,52±16	35,88±15,61	,070
Fonksiyonel Kapasite	50,46±12,29	43,64±12,87	,001*
Fırsatlar	34,38±12,06	29,6±10,6	,009*
Aktivite	26,73±13,18	21,12±11,39	,005*
Aktif Yaşlanma Ölçeği	152,1±49,82	130,24±45,51	,005*

* $p<0,05$ anlamlı fark var

Katılımcılarda polifarmasi oranı %53,5 (83 kişi) olarak saptandı.

Ölçek puanlarının, polifarmasi açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 15’te verilmiştir.

Polifarmasi durumu farklı olan gruplar arasında “Fonksiyonel kapasite” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde polifarmasi olmayan grubun puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 15. Ölçek Puanlarının, Polifarmasi Açısından İncelenmesi

	Polifarmasi		P
	Yok n=72	Var n=83	
	Ort±ss	Ort±ss	
Katz GYA Ölçeği	5,28±1,35	5,06±1,48	,343
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	6,35±2,52	5,6±2,51	,068
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8,67±3,78	7,84±3,46	,159
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	11,18±3,23	10,73±3,25	,395
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10,67±3,25	10,28±3,44	,472
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	9,88±3,22	9,2±3,28	,203
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8,96±3,42	8,39±3,37	,296
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	11,22±3,06	11,05±3,2	,731
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	10,64±3,11	10,24±3,5	,458
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	10,99±2,87	10,66±3,27	,516
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	26,11±12,79	24,17±13,17	,353
Amaçlar	38,51±16,4	37,57±15,55	,713
Fonksiyonel Kapasite	49,17±13,71	44,69±12,09	,032*
Fırsatlar	32,18±11,68	31,45±11,41	,693
Aktivite	24,81±13,21	22,72±11,89	,303
Aktif Yaşlanma Ölçeği	144,67±51,13	136,42±46,3	,294

* $p<0,05$ anlamlı fark var

Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları Tablo 16’da verilmiştir.

Katz GYA Ölçeği ile Lawton ve Brody EGYA Ölçeği arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ($r=0,842$, $p<0,001$) saptandı. Katz GYA ölçeği ile AYÖ “Amaçlar” alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,418$, $p<0,001$);

“Fonksiyonel kapasite” alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($r=0,637$, $p<0,001$); “Fırsatlar” alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,486$, $p<0,001$); “Aktivite” alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,514$, $p<0,001$); AYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,554$, $p<0,001$) saptandı.

Lawton ve Brody EGYA Ölçeği ile AYÖ “Amaçlar” alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,462$, $p<0,001$); “Fonksiyonel kapasite” alt ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($r=0,710$, $p<0,001$); “Fırsatlar” alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,532$, $p<0,001$); “Aktivite” alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,584$, $p<0,001$); AYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($r=0,617$, $p<0,001$) saptandı.

Tablo 16. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi-1

		Katz GYA Ölçeği	Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	Amaçlar	Fonksiyonel Kapasite	Fırsatlar	Aktiviteler	Aktif Yaşlanma Ölçeği
Katz GYA Ölçeği puanı	r	1	,842**	,418**	,637**	,486**	,514**	,554**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği puanı	r		1	,462**	,710**	,532**	,584**	,617**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

$p<0,05$ anlamlı fark var

Tablo 17’ye göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ile Katz GYA Ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,520$, $p<0,001$); Lawton ve Brody EGYA Ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($r=0,607$, $p<0,001$) saptandı.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ile AYÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($r=0,798$, $p<0,001$) bulunmaktadır. AYÖ “Amaçlar”, “Fonksiyonel kapasite”, “Fırsatlar” ve “Aktivite” alt ölçekleri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($p<0,001$) saptandı. Sağlık okuryazarlığı bileşenleri ile AYÖ alt ölçekleri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($p<0,001$) saptandı.

Tablo 17. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi-2

		Katz GYA Ölçeği	Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	Amaçlar	Fonksiyonel Kapasite	Fırsatlar	Aktiviteler	Aktif Yaşlanma Ölçeği
Sağlık Okuryazarlığı	r	,520**	,607**	,724**	,734**	,717**	,758**	,798**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	r			,693**	,687**	,684**	,719**	,758**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	r			,681**	,714**	,674**	,715**	,758**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	r			,645**	,656**	,638**	,693**	,716**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Kullanma/Uygulama	r			,717**	,733**	,724**	,766**	,800**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	r			,691**	,691**	,697**	,721**	,762**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	r			,684**	,689**	,669**	,695**	,746**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	r			,711**	,711**	,692**	,731**	,775**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	r			,640**	,654**	,634**	,679**	,709**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

p<0,05 anlamlı fark var

Ölçek puanlarının, sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında Katz GYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında Lawton ve Brody EGYA Ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Amaçlar*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre; sorunlu-sınırlı olanların ortalaması yeterli ya da mükemmel olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Fonksiyonel kapasite*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Fırsatlar*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre; sorunlu-sınırlı olanların ortalaması yeterli ya da mükemmel olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçeği “*Aktivite*” açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre; sorunlu-sınırlı olanların ortalaması yeterli ya da mükemmel olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların puan ortalaması diğer gruplarda olanlara göre; sorunlu-sınırlı olanların ortalaması yeterli ya da mükemmel olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo 18. Ölçek Puanlarının, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi

	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p	Çoklu karşılaştırma
	1.Yetersiz n=75 (%48,4)	2.Sorunlu- sınırlı n=41 (%26,5)	3.Yeterli n=20 (%12,9)	4.Mükemmel n=19 (%12,3)		
Katz GYA Ölçeği (Ort±ss)	4,48±1,72	5,76±0,58	5,9±0,31	5,79±0,71	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4
Lawton ve Brody EGYA Ölçeği (Ort±ss)	4,52±2,67	6,98±1,78	7,65±0,75	7,58±1,02	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4
Amaçlar (Ort±ss)	28,4±12,52	40,05±11,83	51,1±10,91	57,74±9,38	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4; 2<3; 2<4
Fonksiyonel Kapasite (Ort±ss)	37,81±10,62	52,88±9,16	55,5±7,18	59,74±8,01	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4
Fırsatlar (Ort±ss)	24,57±8,07	33,76±8,7	41,4±8,31	45,89±9,22	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4; 2<3; 2<4
Aktivite (Ort±ss)	14,85±6,09	26,76±9,03	35±10,72	40,05±10,73	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4; 2<3; 2<4
Aktif Yaşlanma Ölçeği (Ort±ss)	105,64±32,06	153,44±31,72	183±32,25	203,42±32,17	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4; 2<3; 2<4

* $p<0,05$ anlamlı fark var

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin, sağlık okuryazarlık düzeyi açısından incelenmesi için yapılan analiz sonuçları Tablo 19 ve Tablo 20’de verilmiştir.

Yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların ortalaması, sorunlu-sınırlı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kadınların oranı %69,3'tür.

Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı mükemmel olanlardan 8 yıldan fazla eğitim görenlerin oranı %84,2'dir.

Emekli olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı mükemmel olan emeklilerin oranı %89,5'tir.

Evli olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı mükemmel olan evlilerin oranı %78,9'dur.

Bakıcısı olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı olanlardan bakıcısı olanların oranı %24,4'tür.

Gelir düzeyinin düşük olması durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlardan geliri düşük olanların oranı %54,7'dir.

Serebrovasküler hastalığı sahip olanlar ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlardan Serebrovasküler hastalığa sahip olanların oranı %16,0'dır.

Gazete okuma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı mükemmel olanlardan gazete okuyanların oranı %73,7'dir.

Kitap okuma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı mükemmel olanlardan kitap okuyanların oranı %84,2'dir.

Tablo 19. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi-1

	Sağlık Okuryazarlığı					
	1.Yetersiz n=75 (%48,4)	2.Sorunlu- Sınırlı n=41 (%26,5)	3.Yeterli n=20 (%12,9)	4.Mükemmel n=19 (%12,3)	p	Çokl u karşı laştır ma
Yaş ^a	79,57±6,98	74,07±13,32	72,65±18,07	73,79±6,59	,010*	1>2 1>3 1>4
Cinsiyet Kadın ^b	52 (%69,3)	17 (%41,5)	10 (%50)	5 (%26,3)	,001*	1>2 1>4
Eğitim Düzeyi >8 Yıl ^b	13 (%17,3)	14 (%34,1)	13 (%65)	16 (%84,2)	<0,001*	1<3 1<4 2<4
Emekli ^b	27 (%36)	25 (%61)	14 (%70)	17 (%89,5)	<0,001*	1<2 1<3 1<4
Evli ^b	27 (%36)	23 (%56,1)	12 (%60)	15 (%78,9)	,002*	1<3 1<4
Yalnız Yaşayan ^b	10 (%13,3)	3 (%7,3)	3 (%15)	1 (%5,3)	,582	
Bakıcısı Olan ^b	17 (%22,7)	10 (%24,4)	4 (%20)	1 (%5,6)	<0,001*	1<2
Bakıcı Eğitim Durumu >8 yıl ^b	34 (%77,3)	10 (%90,9)	5 (%100)	4 (%100)	,344	
Gelir Düzeyi Düşük (≤5000) ^b	41 (%54,7)	17 (%41,5)	6 (%30)	1 (%5,3)	<0,001*	1>4 2>4
Ev Sahibi ^b	47 (%62,7)	27 (%65,9)	11 (%55)	15 (%78,9)	,446	
Yaşadığı Yer İl ^b	58 (%77,3)	36 (%87,8)	17 (%85)	18 (%94,7)	,450	
Kronik Hastalık Sayısı ≥3 Olan ^b	46 (%61,3)	21 (%51,2)	9 (%45)	8 (%42,1)	,272	
Komorbiditye Sayısı ^a	2,81±1,16	2,46±1,12	2,40±1,57	2,47±1,58	,359	

a: ort±ss, b: n (%)

*p<0,05 anlamlı fark var

Tablo 20. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi-2

	Sağlık Okuryazarlığı					
	1.Yetersiz n=75 (%48,4)	2.Sorunlu- Sınırlı n=41 (%26,5)	3.Yeterli n=20 (%12,9)	4.Mükemmel n=19 (%12,3)	p	Çokl u karşı laştır ma
DM Tip2 Hastalığına Sahip ^b	32 (%42,7)	17 (%41,5)	7 (%35)	8 (%42,1)	,942	
HT Hastalığına Sahip ^b	63 (%84)	28 (%68,3)	13 (%65)	13 (%68,4)	,123	
Kalp Damar Hastalığına Sahip ^b	35 (%46,7)	15 (%36,6)	7 (%35)	8 (%42,1)	,667	
Serebrovasküler Hastalığına Sahip ^b	12 (%16)	3 (%7,3)	0 (%0)	0 (%0)	,049*	1>3 1>4
Kanser Hastalığına Sahip ^b	7 (%9,3)	7 (%17,1)	3 (%15)	2 (%10,5)	,643	
Polifarmasi ^b	42 (%56)	22 (%53,7)	10 (%50)	9 (%47,4)	,902	
Kullandığı İlaç sayısı ^a	5,67±3,44	4,85±3,01	3,90±2,15	5,05±3,55	,221	
Gazete Okuyan ^b	10 (%13,3)	15 (%36,6)	8 (%40)	14 (%73,7)	<0,001*	1<2 1<3 1<4 2<4
Yıllık Okunan Kitap ^c	0 (0-5)	0 (0-35)	0 (0-30)	5 (0-35)	<0,001*	
Kitap Okuyan ^b	8 (%10,7)	14 (%34,1)	9 (%45)	16 (%84,2)	<0,001*	1<2 1<3 1<4 2<4
Ailede Sağlık Çalışanı Olan ^b	45 (%60)	23 (%56,1)	10 (%50)	9 (%47,4)	,716	

a: ortalama, b: n (%), c: medyan (min_maks)

*p<0,05 anlamlı fark var

Sağlık okuryazarlığı düzeyine etkinin incelenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon testinde referans kategorisi yetersiz olmayan gruptur (Tablo 21).

Tablo 21. Referans Kategorisi

Original Value	Internal Value
Yetersiz	0
Yetersiz olmayan	1

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler Tablo 22’de gösterilmiştir.

Eğitim süresi, sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif etkilemektedir ($B=2,074$ $p<0,05$). Buna göre 8 yıldan fazla eğitim görenlerde yeterlilik düzeyi 8 yıl ve altında eğitim görenlere göre 7,957 kat fazladır.

Aktif yaşlanma, sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif etkilemektedir ($B=,047$ $p<0,05$). Buna göre AYÖ puanı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır.

Tablo 22. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerindeki Etkilerin Sonuçları

Etkilenen	Etkileyen	B	p	Exp(B)
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Yaş	-,078	,070	,925
	Cinsiyet (Erkek)	,916	,106	2,500
	Gelir (5000 TL üstü)	,200	,727	1,222
	Eğitim (8 yıldan fazla eğitim)	2,074	,006*	7,957
	Komorbidite Sayısı	,424	,124	1,528
	Kullandığı İlaç Sayısı	-,107	,333	,898
	Ailenizde Sağlık Çalışanı Var mı? (Yok)	-,321	,607	,726
	Katz GYA Ölçeği	,165	,709	1,179
	Lawton ve Brody EGYA Ölçeği	,255	,201	1,291
	Aktif Yaşlanma Ölçeği	,047	<0,001*	1,048

* $p<0,05$ anlamlı fark var

Aktif yaşılanmanın, sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 23'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ alt ölçekleri olan “Amaçlar”, “Fonksiyonel kapasite”, “Fırsatlar” ve “Aktivite” ortalama puanları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde yetersiz olmayan grupta yer alanların puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında AYÖ toplam puanı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde yetersiz olmayan grupta yer alanların puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 23. Aktif Yaşılanmanın, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Açısından İncelenmesi

	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi		
	Yetersiz n=75 (%48.4)	Yetersiz Olmayan n=80 (%51.6)	
	Ort±ss	Ort±ss	
Amaçlar	28,4±12,52	47,01±13,29	$p<0.001$
Fonksiyonel Kapasite	37,81±10,62	55,16±8,79	$p<0.001$
Fırsatlar	24,57±8,07	38,55±10,06	$p<0.001$
Aktiviteler	14,85±6,09	31,98±11,28	$p<0.001$
Aktif Yaşılanma Ölçeği	105,64±32,06	172,7±37,97	$p<0.001$

* $p<0,05$ anlamlı fark var

Sağlık okuryazarlığı “*Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesi*” boyutlarının aktif yaşılanmaya etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları Tablo 24'te verilmiştir. Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan model anlamlıdır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde, “*Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*”; aktif yaşılanmayı pozitif etkilemektedir (Beta=0,372).

Tablo 24. Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesi Boyutlarının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi

Etkilenen	Etkileyen	Beta	p	R2
Aktif Yaşlanma Ölçeği	Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	,372	<0,001*	,641
	Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	,156	,293	
	Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	,336	,070	
	Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	-,028	,819	
Model: p=,000				

*p<0,05 anlamlı fark var

Sağlık okuryazarlığının “*Tedavi ve Hizmet*” boyutlarının aktif yaşlanmaya etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir. Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan model anlamlıdır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı bileşenlerinden “*Tedavi ve hizmette sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama*”; aktif yaşlanmayı pozitif etkilemektedir (Beta=0,572) (Tablo 25).

Tablo 25. Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet Boyutlarının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi

Etkilenen	Etkileyen	Beta	p	R2
Aktif Yaşlanma Ölçeği	Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	,173	,126	,654
	Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	,233	,094	
	Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	-,156	,235	
	Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	,572	<0,001*	
Model: p=,000				

*p<0,05 anlamlı fark var

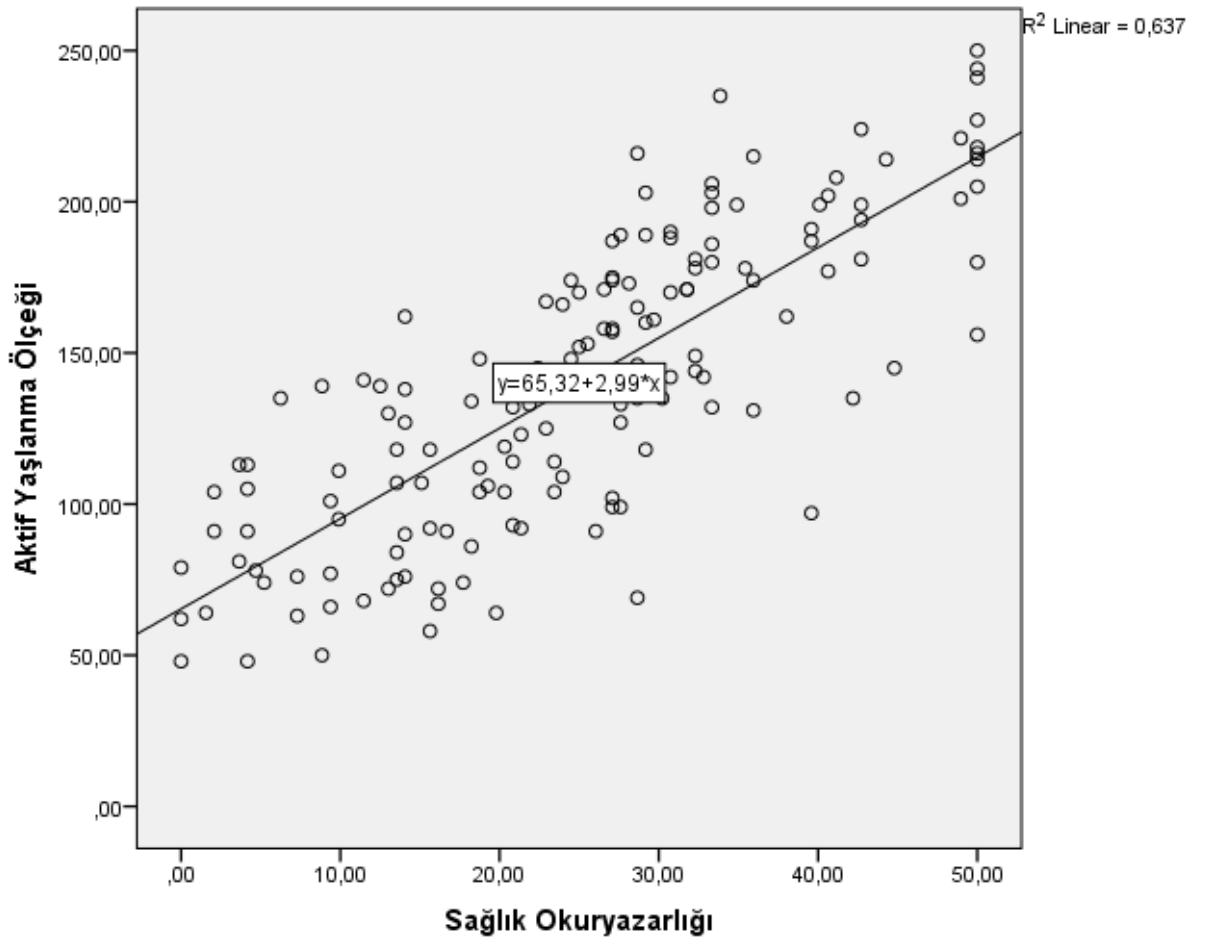
Sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanmaya etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları Tablo 26’da verilmiştir. Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan model anlamlıdır ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde, sağlık

okuryazarlığı; aktif yaşlanmayı pozitif etkilemektedir (Beta=0,798). Aktif yaşlanmadaki değişimin %63,7'si sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 26. Sağlık Okuryazarlığının Aktif Yaşlanmaya Etkisinin İncelenmesi

Etkilenen	Etkileyen	Beta	p	R2
Aktif Yaşlanma Ölçeği	Sağlık Okuryazarlığı	,798	<0,001*	,637
Model: p=,000				

*p<0,05 anlamlı fark var



Şekil 10. Sağlık Okuryazarlığı ile Aktif Yaşlanma Arasındaki İlişkisi

5. TARTIŞMA

5.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Geriatric kliniğine başvuran 65 yaş ve üstü bireylerin sosyodemografik özellikleri ile birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi ve aktif yaşlanma düzeyi ölçülerek sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanma üzerine etkisini değerlendirmek için yapılan araştırmada, 71'i erkek (%45,8), 84'ü kadın (%54,2) olmak üzere toplam 155 katılımcı yer almaktadır. TÜİK 2021 verilerine göre Türkiye'deki yaşlı nüfusun %44,3'nü erkek %55,7'sini ise kadın nüfusu oluşturmaktadır. Çalışmamız ve konu ile ilgili benzer çalışmalar Türkiye verileri ile uyumlu cinsiyet dağılımı göstermektedir (18, 72, 73). Beklenen yaşam süresi kadınlarda daha yüksek olduğu için 65 yaş üstü nüfusta kadın oranının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda yalnız yaşayan yaşlı bireylerin oranı %11 olarak saptandı. Yalnız yaşayan bireyler Erbil'in (74) yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada %21,1 ve Uysal'ın (75) yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada %12,9 bulunmuştur. 2020 TÜİK verilerine göre Türkiye'de toplam nüfustaki yalnız yaşayan yaşlı bireylerin oranı %18,2 olup yaklaşık 5 yaşlı bireyden birisi yalnız yaşamaktadır (76). Çalışmamızdaki yalnız yaşayan yaşlı birey sayısının az olması yalnız yaşayanlar ile huzurevinde yaşayanların ayrı ayrı sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen polifarmasi, aşağıda örneklediğimiz çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi beş ve üzeri ilaç kullanımı olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızın katılımcılarında %53,5 oranında polifarmasi görülmektedir. Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde en çok görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%75,5), kalp-damar hastalıkları (%41,9), diyabet (%41,3)'tir. Pesen'in (77) dahiliye polikliniğinde aynı yaş grubunda polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili uyumsuzlukları araştırdığı çalışmasında polifarmasi oranı %49,4 ve en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%65,5), diyabet (%36,2), dislipidemi (%26,1). Balkaya'nın (78) geriatric polikliniğinde yaptığı çalışmasında polifarmasi oranı %40,8

olarak bulunmuştur. Bu çalışmada en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%72,2), diyabet (%34,8), osteoporoz (%31,9) şeklindedir. Kızmaz ve arkadaşlarının (79) aile hekimliği polikliniğinde 65 yaş üstü yaşlı bireylere yapmış olduğu polimarfası çalışmasında polifarmasi oranı %38,75 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda %96,1 birey en az bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bu oranın yüksek olmasının polifarmasi oranını etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca en sık görülen hastalığın hipertansiyon olması beklenen bir durumdur. En sık görülen hastalık sıralaması ve polifarmasi oranı çalışmadaki kadın ve erkek oranı, çalışmanın yapıldığı poliklinik ve döneme göre farklılık gösterebilir.

Çalışmamızda Katz GYA ölçeğine göre düşük puan alan günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olan katılımcıların daha yaşlı ve eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, komorbidite sayılarının daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızla uyumlu olarak Bozkurt ve arkadaşlarının (80) yaşlı bireylerde günlük aktivite ve düşme riskini incelediği çalışmasında ileri yaş ve düşük eğitim düzeyine sahip katılımcılarda GYA'ni yerine getirirken daha bağımlı oldukları bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalar da çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (81, 82). Bu durum artan yaşla birlikte yaşlı bireylerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının artmasından ve emeklilikle beraber sosyal hayata katılımın azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Lawton ve Brody EGYA ölçeğine göre düşük puan alan günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olan katılımcıların daha yaşlı ve komorbidite sayılarının daha fazla olduğu saptandı. Doğan ve Ünsar'ın (83) 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde yaptığı çalışmada yaş ve kronik hastalık sayısı arttıkça EGYA'daki bağımlılık düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Özellikle 75 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin daha erken yaştakilere göre günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (84, 85). Yaşlılığın olağan süreci gereği yaşlı bireyler aktivitelerde bağımlı duruma gelmektedir. Kronik hastalıkların yanı sıra bu hastalıklar için kullanılan ilaçların yan etkisinin de artan bağımlılık üzerine etkisinin olduğu düşünülmektedir.

5.2. KATILIMCILARIN AKTİF YAŞLANMA DÜZEYLERİ

Çalışmamızda kullanılan AYÖ alt ölçeklerinin ortalama puanı; “*Amaçlar*” 38,01, “*Fonksiyonel kapasite*” 46,77, “*Fırsatlar*” 31,79, “*Aktivite*” 23,69 şeklindedir. AYÖ toplam puan ortalaması ise 140,25 olarak saptandı. 2022 yılında aynı ölçek kullanılarak 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin katıldığı çalışmalar mevcuttur. Bunlardan Erbil’in (74) Ankara ilinde yapmış olduğu çalışmada yaşlı bireylerin AYÖ alt ölçeklerinin ortalama puanı; “*Amaçlar*” 49,49, “*Fonksiyonel kapasite*” 51,18, “*Fırsatlar*” 38,81, “*Aktivite*” 37,46; AYÖ toplam puan ortalaması ise 176,93’tür. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması Erbil’in (74) çalışmasında 70,9 yıl iken yaptığımız çalışmada 76,5 yıldır. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının daha yüksek olması AYÖ toplam puanının daha düşük olmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Uysal’ın (75) Edirne ilinde yapmış olduğu çalışmada ise yaşlı bireylerin AYÖ alt ölçeklerinin ortalama puanı; “*Amaçlar*” 40,07, “*Fonksiyonel kapasite*” 47,74, “*Fırsatlar*” 36,54, “*Aktivite*” 29,84; AYÖ toplam puan ortalaması ise 154,21’dir. Erbil’in çalışmasında ve Uysal’ın çalışmasında da AYÖ alt ölçek ortalama puanlarının sıralaması çoktan aza doğru “*Fonksiyonel kapasite*”, “*Amaçlar*”, “*Fırsatlar*”, “*Aktivite*” olup çalışmamız ile uyumludur. Bu durum yaşlı bireylerin aktif yaşlanabilmek için gerekli aktiviteleri yapmaya istekli olduklarını ve yeterli fonksiyonel kapasiteye sahip olduklarını ancak bu aktiviteleri gerçekleştirmek için fırsatlarının az olduğu ve aktiviteleri daha az gerçekleştirdiklerini düşündürmektedir. Ülkemizde yaşlı bireylerin egzersiz yapma, sanatsal faaliyetlere katılma, toplumsal olayları destekleme, gönüllü etkinliklerde yer alma vb. aktiviteleri daha fazla gerçekleştirebilmesi için yeterince fırsat verilmemesi ve teşvik edilmemesi bireylerin daha az aktivite yapmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

AYÖ’ni geliştiren Rantanen ve arkadaşlarının (86) yaptığı çalışmada AYÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda 204,1, kontrol grubunda 207,9 ve alt ölçek ortalama puanları “*Amaçlar*” 48,3, “*Fonksiyonel kapasite*” 61,5, “*Fırsatlar*” 55,5, “*Aktivite*” 45,9’dur. AYÖ alt ölçek ortalama puanları sıralaması çoktan aza doğru “*Fonksiyonel kapasite*”, “*Fırsatlar*”, “*Amaçlar*” ve “*Aktivite*” şeklindedir. “*Fırsatlar*” alt ölçek puanı, “*Amaçlar*” ve “*Aktivite*” alt ölçek puanlarından

yüksektir. Hem “*Fırsatlar*” ve “*Aktivite*” alt ölçek puanlarının hem de AYÖ toplam puan ortalamasının çalışmamızdan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun oluşmasında ülkeler arasındaki ekonomik ve sosyokültürel farklılıkların rol alabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hem Erbil’in (74) çalışması, hem Uysal’ın (75) çalışması hem de çalışmamız covid-19 salgın dönemi sonrasında yapılmıştır. Salgın süresince hastalığın yayılımını önlemek amacıyla yapılan öneriler doğrultusunda bireyler daha çok evde kaldıkları için aktiviteleri gerçekleştirecek fırsatları azalmıştır. Bu durum “*Fırsatlar*” alt ölçek puanının daha düşük gelmesini açıklamaktadır. Rantanen ve arkadaşlarının (87) 2020 yılında covid-19 salgını döneminde yapmış oldukları çalışmada da aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi puanlarında anlamlı düşüş yaşandığı görülmektedir.

Çalışmamızda aktif yaşlanma düzeyi 70 yaş ve altı grupta, 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Uysal’ın (75) yaptığı çalışma da çalışmamızla uyumlu bir şekilde yaştan aktif yaşlanma üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda 70 yaş ve altı grubun “*Fonksiyonel kapasite*” alt ölçek puanı hem 71-80 yaş arası grup hem de 81 yaş ve üzeri gruptan anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Buradan yaşla beraber bireylerin faaliyetleri yapabilme yeteneğinin, yapma isteği, yapma fırsatı ve yapma sıklığına göre daha fazla düşüş gösterdiği düşünülmektedir. Artan yaşla bireylerde kronik ve dejeneratif hastalıkların artması, işlevselliğin azalması aktif yaşlanmayı kötü etkilemektedir.

Çalışmamızda aktif yaşlanma düzeyi erkek bireylerde kadın bireylere göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Erbil’in (74) çalışmasında ve Uysal’ın (75) çalışmasında da erkek bireylerin aktif yaşlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Türkiye’de erkeklerin kadınlara göre daha aktif yaşlandığını düşündürmektedir. Rantanen ve arkadaşlarının (88) fiziksel işlev ile aktif yaşlanmanın ilişkisini 75 yaşındaki yaşlı bireylerde araştırdıkları çalışmada kadın bireylerin aktif yaşlanma düzeyi erkek bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yaşlı bireylerin bağımsız yaşama, sosyal faaliyetlere katılım düzeyleri, ücretli istihdam ile aktif bir şekilde yaşlanma potansiyelleri aktif yaşlanma endeksi ile ölçülmektedir. Bu endeks ülke karşılaştırmaları yaparak politika üreticilerine geliştirilebilir alanlar konusunda yol göstermektedir (89). 2015 yılında raporlanan Avrupa Aktif Yaşlanma çalışmasında, aktif yaşlanma endeksi 28 ülkeden Finlandiya, Estonya ve Letonya

hariç diğer ülkelerde erkek bireylerde daha yüksek bulunmuştur (3). Bu sonuçlardan yola çıktığımızda aktif yaşlanma düzeyinin cinsiyetlere göre değerlendirilmesi ülkeler arasında farklı sonuçlanabilmektedir. Ülkemizin ataerkil yapısından dolayı kadına biçilen rol gereği kadınların erkekler kadar aktif olamadıkları düşünülmektedir. Ancak günümüzde kadınların çalışma hayatı, sosyal hayat, sanatsal ve sportif faaliyetlere daha çok katılım göstermesi ile aktif yaşlanma düzeylerinin ilerleyen süreçte artış göstereceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda 8 yıldan fazla eğitim görenlerin aktif yaşlanma düzeyi anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Erbil'in (74) çalışmasında en yüksek aktif yaşlanma toplam puanı 8 yıl ve üzeri eğitim görenler tarafından alınmış olup çalışmamızla uyumludur. DSÖ'ne (13) göre eğitim ve yaşam boyu öğrenme, aktif yaşlanmanın sosyal çevreyle ilgili belirleyicilerindendir. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda aktif yaşlanma düzeyinin de yüksek olması beklenen bir durumdur. Yaşam boyu öğrenme de yaşlı bireylerin değişen, gelişen dünyaya uyum sağlayarak bağımsız ve özgüvenli bir şekilde yaşayabilmeleri için elzemdir. Bu nedenle yaşlı bireyler için yaşam boyu öğrenme fırsatları oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda yalnız yaşayan ve yalnız yaşamayan gruplar arasında aktif yaşlanma düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Uysal'ın (75) çalışmasında aktif yaşlanma düzeyi açısından farklılık bulunmazken “Fırsatlar” alt ölçek puanı yalnız yaşayanlarda, iki kişi yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Çalışmamızda yalnız yaşamak aktif yaşlanmayı etkilemiyor gibi görünse de daha çok katılımcı ile yapılacak çalışmalarda bu etki görülebilir. Yaşlı bireylerin kendini güvende hissetmeleri, sosyal kalabilmeleri, psikolojik açıdan iyi hissetmeleri için aileleri ve çevreleri ile iletişimin korunması, sosyal izolasyonun önlenmesi, yaşlı bireylerin sık sık ziyaret edilmesi, gerekli desteğin gösterilmesi çok önemlidir.

Çalışmamızda komorbidite sayısı üçten fazla olan yaşlı bireylerde AYÖ toplam puan ortalaması ve “Fonksiyonel kapasite”, “Fırsatlar”, “Aktivite” alt ölçek puanları anlamlı derecede daha düşük saptandı. Erbil'in (74) çalışmasında kronik hastalık varlığı ile aktif yaşlanma arasında anlamlı fark görülmezken Uysal'ın (75) çalışmasında da çalışmamızla uyumlu olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu nedenle kronik hastalıkların önüne geçebilmek için genç yaşlardan itibaren düzenli egzersiz,

zararlı alışkanlıklardan uzaklaşma gibi sağlıklı yaşam davranışları geliştirmelidir. Böylece bireyler yaşlılık dönemini sağlıklı ve aktif kalarak geçirebilirler.

Çalışmamızda polifarmasi olan veya olmayan gruplar arasında aktif yaşlanma düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. “*Fonksiyonel kapasite*” alt ölçek puanı polifarmasi olmayanlarda anlamlı derecede daha yüksektir. Polifarmasi olmayan grupta fonksiyonel kapasite yüksek saptanırken aktif yaşlanma düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamasının nedeninin toplumsal aktivitelere katılım için yeterli fırsatın sağlanamaması olabileceğini düşünüyoruz.

5.3. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Çalışmamızda kullanılan TSOY-32 ölçeğinin genel indeks puan ortalaması 25,07 olarak saptandı. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı oranları %48,4’ü yetersiz, %26,5’i sorunlu-sınırlı, %12,9’u yeterli, %12,3’ü ise mükemmel olarak bulundu. Okyay ve Abacıgil’in (66) TSOY-32 ölçeğini geliştirirken 2016 yılında yaptıkları çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması 29,5 iken 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde bu oran 23,3 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %64,1’i yetersiz, %26,4’ü ise sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur. Ertem ve arkadaşlarının (90) 2021 yılında TSOY-32 ölçeğini kullanarak geriatrik hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirdiği çalışmada sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması 27,92 olarak bulunmuştur. Bozkurt ve Demirci’nin (91) 2017 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU) kullanılarak Türkiye’deki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmada %44,6’sı yetersiz, %40,5’i ise sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur. Dünya genelinde de 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin yarısı temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığına sahiptir (57).

Yaptığımız çalışmada ve bahsettiğimiz çalışmalardan yola çıktığımızda Türkiye’deki yaşlı bireylerin çoğunluğunun yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı görülmektedir. Bireylerin sağlıklı kalması, sağlığını koruyup geliştirmesi için öncelikle temel sağlık bilgilerini anlaması, yorumlaması ve uygun davranış göstermesi gerekir. Bunun için sağlık okuryazarlığı konusuna gereken önem

verilmelidir. Ancak bu şekilde toplum sağığı geliştirilerek sağık hizmetlerinden en yüksek düzeyde ve doğıru bir şekilde yararlanılması sağılanabilir.

Katılımcılara yapılan TSOY-32 ölçeğinin “*Tedavi ve Hizmette Sağılıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*” ve “*Hastalıklardan Korunma Sağığın Geliştirilmesinde Sağılıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*” bileşenleri en düşük ortalama puana sahip bileşenlerdir. “*Hastalıklardan Korunma Sağığın Geliştirilmesinde Sağılıkla İlgili Bilgiyi Anlama*” bileşeni de en yüksek ortalama puana sahip bileşendir. Okyay ve Abacıgil’in (66) yaptığı çalışmada, “*Sağılıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*” boyutu en yüksek “*Sağılıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme*” boyutu ise en düşük oranlara sahiptir. Bu çalışmada yaş ortalaması 41 iken yaptığımız çalışmada katılan bireyler 65 yaş ve üstü olup yaş ortalaması daha yüksektir.

Günümüzde doğıru bilgiye ulaşmak için gerekli araştırmalar yapmak, internet kaynakları üzerinden akıllı telefon, tablet, bilgisayar vb. araçların kullanılması ile gerçekleştirilmektedir. Yaşlı bireylerde bu kaynakların kullanımı genç bireylere kıyasla daha azdır. Çalışmamızda “*Sağılıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*” boyutunun en düşük puana sahip olması; sağılıkla ilgili herhangi bir şikayeti olduğunda bunun bir hastalığa bağılı olup olmadığını, hangi doktora başvurması gerektiğini, başvuruyu nasıl yapacağını, hastalıkların tedavileriyle ilgili bilgileri nasıl araştırıp bulacağını konusunda yaşlı bireylerin zorluk yaşadığını göstermektedir. Bu durum yaşlı bireylerdeki düşük sağık okuryazarlığının beklenen bir sonucudur. Yaşlı bireylerin çağı ayak uydurabilmeleri, teknolojiyi takip ederek kullanabilmeleri için genç bireylerden destek alarak, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek pozisyonda olmaları gerekir.

Çalışmamızda sağık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde kadınlara göre tek değışkenli analizlerde daha yüksek saptandı ancak çok değışkenli regresyon analizinde bu fark kayboldu. Bu farkın, erkeklerde eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Mut’un (92) 2017 yılında İzmir’de Aile Hekimliği polikliniğinde yaptığı çalışmasında ve Kepenek’in (93) 2022 yılında Ankara’da Aile Sağığı Merkezinde yaptığı çalışmasında sağık okuryazarlığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde cinsiyet ile sağık okuryazarlığı arasında farklı sonuçların olduğu çalışmalar mevcuttur. Zengin’in (94)

2022 yılında Samsun’da Aile Sağlığı Merkezinde yaptığı çalışmasında kadınların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunurken Okyay ve Abacıgil’in (66) çalışmasında ise cinsiyetler arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu durum örneklem büyüklüğü, yaş ortalaması, kadın erkek oranı ve bölgesel farklılıklardan dolayı cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinin farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda tek değişkenli analizlerde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı, ayrıca sağlık okuryazarlığı dört grup şeklinde sınıflandırıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların en yaşlı grup olduğu görülmektedir. Tanrıöver ve arkadaşlarının (61) çalışmasında ve Özdemir’in (95) çalışmasında da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu durumun yaşla beraber ilgi ve dikkatte azalma, bilişsel işlevdeki azalmalar, sosyal çevrenin, uyaranların ve teknoloji kullanımının azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sequeira ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylerde 1 yıllık süreçte yürütücü işlevler ölçüldüğünde, mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylere göre daha hızlı bir düşüş olduğu görülmüş. Bu nedenle sınırlı sağlık okuryazarlığı gibi yüksek risk altındaki popülasyonların belirlenerek erken ve hedefe yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekir (96).

Çalışmamızda eğitim süresinin sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediği saptandı. 8 yıl üzerinde eğitim görenler ile 8 yıl ve altında eğitim görenler arasında sağlık okuryazarlığı yönünden anlamlı fark bulunmaktadır. Ertem ve arkadaşlarının (90) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerde yüksek eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir. Eğitim, genel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı birbiriyle ilişkilidir. Genç yaşlardan itibaren alınan örgün ve yaygın eğitim, bireyin genel okuryazarlığını şekillendirmektedir. Bu da bireylerin sağlıkla ilgili bilgilerine ve sağlık sistemini anlaması için gerekli bilgi ve becerilerine katkı sağlar. Bireyin kendi sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda kendi kararını verme ve harekete geçme yeteneğini şekillendirir. Bu nedenle eğitim, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için önemli bir parçadır (97).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin evli olması ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip grubun büyük çoğunluğunu medeni durumu evli olan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Temel ve Çimen'in (98) kronik hastalıkları olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını araştırdıkları çalışmada evli bireylerin bekar olanlara göre sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum eşlerin birbirine olan desteği ve bilgi paylaşımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda komorbidite sayısı üç ve daha fazla olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük saptandı. Mut'un (92) çalışmasında da çalışmamızla benzer sonuç elde edilmiştir. Heijmans ve arkadaşlarının (99) kronik hastalık ve sağlık okuryazarlığını araştırdığı çalışmasında kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının düştüğü görülmektedir.

Çalışmamızda serebrovasküler hastalığa sahip olan bireylerin büyük çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görüldü. Daha fazla katılımcıyla yapılacak çalışmalarla serebrovasküler hastalığın sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi araştırılmalıdır. Böylece sağlık okuryazarlığı açısından riskli gruptaki bireylere daha kolay ulaşılarak, bu bireylerin sağlık hizmetlerinden daha doğru şekilde faydalanması sağlanabilir.

Çalışmamızda gazete ve kitap okuma ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip grubun büyük çoğunluğunu gazete ve/veya kitap okuyan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. 2017'de TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi araştırmasında son bir yıl içerisinde en az bir kitap okuyanlar ile hiç okumayanlar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur (62). Gazete ve kitap okumanın sağlık okuryazarlığına olumlu etkisi beklenen bir durumdur. Yaşlı bireyin okuduklarını anlayarak yorumlaması, güncel toplumsal olayları takip etmesi, eleştirel bakış açısı kazanması için gazete ve kitap okumaya teşvik edilmeleri gerekir.

5.4. KATILIMCILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ

Çalışmamızda yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile aktif yaşlanma arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında aktif yaşlanma açısından anlamlı fark olduğu bulundu. Buna göre sağlık okuryazarlığı yüksek olan yaşlı bireylerin aktif yaşlanma düzeyi de yüksektir. Aynı şekilde sağlık okuryazarlığı düşük olan yaşlıların aktif yaşlanma düzeyi de düşük olacaktır. Aktif yaşlanmadaki değişimin %63,7'si sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuç aktif yaşlanma için sağlık okuryazarlığının ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermektedir.

Eronen ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı “*Sağlık okuryazarlığı aktif yaşlanmayı destekler*” isimli çalışmasında Jyväskylä Üniversitesi Aktif Yaşlanma Ölçeği (UJACAS) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın (HLS-EU-Q16) kısa versiyonu kullanılmıştır. Çalışma kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile aktif yaşlanma arasındaki ilişkiyi incelemek için 949 katılımcı ile Finlandiya'da yapılmıştır. Katılımcıların %47'si yetersiz ve sorunlu-sınırlı, %53'ü ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olarak bulunmuştur. Çalışmada daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerinin komorbiditeye sahip yaşlı bireyler de dahil olmak üzere daha yüksek düzeyde aktif yaşlanmayı sürdürmelerini sağladığı saptanmıştır. Yüksek sağlık okuryazarlığının, kronik hastalıkların olumsuz sonuçlarına karşı koruyucu olduğu görülmektedir (100).

Aktif yaşlanma, sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif etkilemektedir. Buna göre AYÖ puanı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Ayrıca AYÖ'nin “*Aktivite*” alt ölçeğinin, sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif yönde etkilediği ve “*Aktivite*” alt ölçek puanı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı saptandı. Bu durum yaşlı bireylerin aktif yaşlanma belirleyicisi olan sosyal, sanatsal, fiziksel, bilişsel, toplumsal, kamusal ve ekonomik alanlardaki birtakım faaliyetleri yapma sıklığının artmasının yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda Geriatri Kliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri katılımcıların sosyodemografik özellikleri, komorbiditeleri, çoklu ilaç kullanımı, Katz GYA

Ölçeği, Lawton ve Brody EGYA Ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ve aktif yaşlanma ölçekleri beraber değerlendirilerek araştırılmıştır. Literatürde bu kavramların ve ölçeklerin bir arada değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bilime hizmet eden özđün bir çalışma olması çalışmamızın güçlü yanlarındanır.

5.5. ÇALIşMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın tek merkezde yapılmış olması ve örneklem boyutunun küçük olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Mevcut veriler birden çok merkezde yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışmamızda katılımcılara yöneltilen anketlere verilen sözel yanıtlara dayalı olarak Katz GYA, Lawton-Brody EGYA, sağlık okuryazarlığı ve aktif yaşlanma ölçekleri puanlanmıştır. Katılımcıların yaşadığı ortamda aktiviteleri yapabilirlik düzeylerinin izlenmemiş olması, katılımcıların beyanına dayalı olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızda çıkar atışması yoktur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Yaşlı bireylerin aktif yaşlanma ölçeği puan ortalaması $140,25 \pm 48,62$ 'dir. Aktif yaşlanma alt ölçek ortalama puanları; “*Amaçlar (yapma isteği)*” 38,01, “*Fonksiyonel kapasite (yapabilme)*” 46,77, “*Fırsatlar (yapma fırsatı)*” 31,79, “*Aktivite (yapma sıklığı)*” 23,69 şeklindedir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin aktif yaşlanabilmek için gerekli aktiviteleri yapmaya istekli oldukları ve yeterli fonksiyonel kapasiteye sahip oldukları ancak bu aktiviteleri gerçekleştirmek için fırsatlarının az olduğu ve aktiviteleri daha az gerçekleştirdikleri görülmektedir.

Aktif yaşlanması ölçeği puan ortalaması düşük olan katılımcıların daha yaşlı, kadın cinsiyete sahip, eğitim düzeylerinin daha düşük, daha fazla komorbiditeye sahip olduğu saptandı.

Yaşlı bireylerin aktif yaşlanma ölçeği puan ortalaması açısından yalnız yaşama ve polifarmasi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmadı.

Aktif yaşlanma ölçeği puan ortalaması ile Katz GYA ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ve Lawton-Brody EGYA Ölçeği ile arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki saptandı.

Yaşlı bireylerin TSOY-32 ölçeğinin genel indeks puan ortalaması $25,0725,07 \pm 12,99$ 'dur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı oranları %48,4'ü yetersiz, %26,5'i sorunlu-sınırlı, %12,9'u yeterli, %12,3'ü ise mükemmel olarak saptandı.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan katılımcıların daha yaşlı, kadın cinsiyete sahip, eğitim düzeylerinin daha düşük, daha fazla komorbiditeye sahip olduğu saptandı.

Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından yalnız yaşama durumu, polifarmasi, bakıcının eğitim durumu, ev sahibi olması, yaşadığı yer, ailede sağlık çalışanı olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmadı.

Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile aktif yaşlanma arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olan gruplar arasında aktif yaşlanma açısından anlamlı fark olduğu bulundu. Aktif yaşlanmadaki değişimin %63,7'si sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Aktif yaşlanmanın 65 yaşından sonra değil de doğumla beraber başladığı ve özellikle genç yaşlardan itibaren edinilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğrenilmesi, fiziksel aktivite, hobi edinme, kendini tanıyarak sorunları çözebilme becerici kazanması vb. yeterliliklerin yaşlılık döneminde çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızın sonuçlarında da gördüğümüz üzere aktif yaşlanma için sağlık okuryazarlığı olmazsa olmazdır. Ancak yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde değildir. Yaşlılık dönemi öncesinde verilecek eğitimlerle bireylerin yaşlılık döneminde yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına ulaşması sağlanmalıdır. Bu nedenle yaşam boyu öğrenme desteklenmeli ve eğitim için yapılan yatırımlar artırılmalıdır.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı yalnızca bireyi değil tüm toplumu ilgilendiren bir sorundur. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesi için önemlidir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için aile eğitimi seminerleri düzenlenmesi önerilebilir.

Kadınlar hem ailesel hem de toplumsal yapıda üstlendiği görev ve beklenen yaşam süresinin daha uzun olması dolayısıyla yaşın getirdiği sorunlarla daha çok karşılaşmaktadır. Cinsiyet eşitliğinin sağlanabilmesi, kadınların da çalışma hayatı, sosyal hayat, sanatsal, sportif faaliyetlere daha çok katılım gösterebilmesi için destekleyici çalışmaların yapılması önerilmektedir. Okuma yazma bilmeyen birey kalmaması için ilgili bakanlıklar ile yerel yönetimler, valilikler ve belediyeler arasında iş birliği ve eşgüdüm sağlanarak verilen eğitim desteklerinin yaygınlaştırılması ve artırılması gerekir.

Yaşlı bireylerin bu süreçte edindikleri tecrübeleri genç nüfusa aktarabilmesi, kuşaklar arası iletişimin korunması, aynı zamanda yaşlı bireylerin birbirleri arasında etkileşim içerisinde olabilecekleri faaliyetler, kurslar yaygınlaştırılmalıdır.

Yaşlı bireylerin fiziksel aktivitelerinin artırılabilmesi için belediyeler tarafından halka açık spor alanları düzenlenerek yaşlı bireylere uygun ve erişilebilir hale getirilmesi önerilebilir.

Medyada sağlık okuryazarlığı ve aktif yaşlanma konularında kamu spotları hazırlanarak halkın bu konularda bilinçlenmesi sağlanmalıdır. Bu konuda toplumsal farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmaların desteklenmesi değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Fakat ülkeler arası sosyal, ekonomik, kültürel farklılıklar nedeniyle Türk toplum yapısına uygun ölçeklerin geliştirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Şimşek EE, Hacıağaoğlu N. Aktif yaşlanma ve yaşam sonu dönem. Enginyurt Ö, editör. Aile Hekimliğinde Yaşam Sonu Umutlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.41-6.
2. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. Human vaccines & immunotherapeutics. 2018;14(2):478-88.
3. Özmete E, Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması [internet], Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2016 (Erişim tarihi 03.12.2021). <http://yasam.ankara.edu.tr/wpcontent/uploads/sites/259/2019/05/T%C3%9CRK%C4%B0YE-AKT%C4%B0F-VESA%C4%9ELIKLI-YA%C5%9ELANMA-ARA%C5%9ETIRMASI-kitap.pdf>
4. BÖLÜKTAŞ, Rukiye Pınar, Temel gerontoloji, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2019.
5. Ceylan H, Yaşlılık ve Refah Devleti, Açılım Kitap, İstanbul, 2015.
6. World Health Organization, The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
7. Değer, Tahsin Barış, Yaşlılık ve yaşlanma, Nobel Yayınevi, 2021.
8. Umutlu S, Epik M. T. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Ve Sosyal Politika Uygulamaları. Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi, 2019, 11(1), 29-43.
9. Baran, A.G. (2007). Sosyolojik açıdan yaşlanma. Hacettepe Üniversitesi, Geriatrik Bilimler Araştırma Merkez Yayını-GEBAM, Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Fersa Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara
10. DUVAN, Emine Kokaçya; DAVRAN, Müge KANTAR. TARİHSEL SÜREÇTE YAŞLININ TOPLUMSAL STATÜSÜ THE SOCIAL STATUS OF THE ELDERLY IN THE HISTORICAL PROCESS.
11. Çuhadar, S. G. ve Lordoğlu, K. (2016). “*Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma Ve Sorunlar*”, İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, (54), 63-80
12. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;1(1): 53-62
13. World Health Organization, Active Ageing: A Policy Framework (No. WHO/NMH/ NPH/02.8) (World Health Organization, Geneva, 2002).
14. Sınmaz, S. ve Erbey, S. (2019). Aktif Yaşlanma Sürecinin Yerel Ekonomi İle Etkileşimi: Balıkesir Üzerine Bir Araştırma ve Sistem Önerisi. Megaron. 14 (4). 567-578.

15. United Nations, World Population Ageing 2019 [cited 2022 Dec 6]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.
16. World Health Organization, Ageing and Health 2022 [cited 2022 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
17. United Nations, World Population Prospects 2022 [cited 2022 Dec 14. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
18. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2021 [Erişim tarihi 14.12.2022]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>.
19. World Health Organization, World Health Statistics 2019 [cited 14.12.2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>.
20. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2021 [Erişim tarihi 14.12.2022]. Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusu%2084%20milyon%20680%20bin%20273%20ki%C5%9Fi%20oldu&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfusu%20Kay%C4%B1t%20Sistemi%20\(ADNKS\)%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na%20g%C3%B6re%20%C3%BClkemizde,%20C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusu%2084%20milyon%20680%20bin%20273%20ki%C5%9Fi%20oldu&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfusu%20Kay%C4%B1t%20Sistemi%20(ADNKS)%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na%20g%C3%B6re%20%C3%BClkemizde,%20C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu)
21. DILAY, T. E. K. E.; YENİHAN, Bora. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL POLİTİKALAR: AKTİF YAŞLANMA YAKLAŞIMININ COVID-19 PANDEMİSİ EKSENİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ. Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6.1: 27-64.
22. BEĞER, Tanju. Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. 2003.
23. Lee S.H, Yim S.J, Kim H.C. (2016). Aging of the respiratory system. Kosin Medical Journal, 31(1), 11- 18.
24. Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2), 19-23.
25. Fleg, J.L.; Strait, J. Age-associated changes in cardiovascular structure and function: A fertile milieu for future disease. Heart Fail. Rev. 2012, 17, 545–554.
26. Ozerkan Cakan F. [Changes in cardiovascular physiology in the elderly]. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi. 2017;45(Suppl 5):5-8
27. Lovat LB. Age related changes in gut physiology and nutritional status. Gut. 1996;38(3):306–9.

28. An, R.; Wilms, E.; Masclee, A.A.M.; Smidt, H.; Zoetendal, E.G.; Jonkers, D. Age-dependent changes in GI physiology and microbiota: Time to reconsider? *Gut* 2018, 67, 2213–2222.
29. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, TIBBİ BESLENME ve EGZERSİZ METABOLİZMASI KILAVUZU. 2020;1:95.
30. Saber A, Bayumi E. Age - Related Gastric Changes. *Journal of Surgery*. 2016;4:20-6.
31. Faulkner JA, Larkin LM, Claflin DR, Brooks SV. Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clinical and experimental pharmacology & physiology*. 2007;34(11):1091-6.
32. Williams GN, Higgins MJ, Lewek MD. Aging skeletal muscle: physiologic changes and the effects of training. *Physical therapy*. 2002 Jan;82(1):628.
33. Keskin A, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar D. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar/aging and senility related neurologic diseases. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 75-82.
34. TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI VE UYGULAMA PROGRAMI 2022 [Erişim tarihi 17.12.2022. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf.
35. Aslan S. (2019). Yaşlanmada Meydana Gelen Fizyolojik Psikolojik ve Sosyolojik Değişiklikler. R. Aylaz İçinde, Yaşlı Sağlığı ve Hemşirelik Bakımı, s. 65-84. Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınları.
36. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbirak G, editör. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı. Türkiye Klinikleri. 2019;1-15
37. Tran Ba Huy P. Age-Related Decline of Vision, Hearing, and Balance: Pathophysiology and Midlife Prevention. In: Michel J-P, editor. *Prevention of Chronic Diseases and Age-Related Disability*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 129-36.
38. Nadol JB, Jr. Schuknecht: "Presbycusis." (*Laryngoscope*. 1955;65:402-419). *The Laryngoscope*. 1996;106(11):1327-9.
39. Karadakovan A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. s. 279-344.
40. ACTIVE AGEING: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution 2015 [cited 18.12.2022. Available from: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ActiveAgeingPolicyFramework_2015.pdf.

41. Hijas-Gómez AI, Ayala A, Rodríguez-García MP, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, et al. The WHO active ageing pillars and its association with survival: Findings from a population-based study in Spain. Archives of gerontology and geriatrics. 2020;90:104114.
42. Karakaya H. Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında İŞKUR'un Rolü ve Alınması Gereken Önlemler [Uzmanlık Tezi]. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü; 2020. [Internet] <https://media.iskur.gov.tr/42502/halime-karakaya.pdf>
43. Resmî Gazete (2019a). “On Birinci Kalkınma Planının (2019-2023) Onaylandığına İlişkin Karar”. T.C. Resmî Gazete (30840, 23.07.2019)
44. Yıldırım, A. (2021). Sosyal politika kapsamında Türkiye’de yaşlanmaya ilişkin ulusal düzeydeki düzenlemeler. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10(3), 1889-1909.
45. World Health Organization, Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020), 2016.
46. World Health Organization, Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations decade of healthy ageing (2021–2030), 2022.
47. Balçık, P. Y., Taşkaya, S., Şah60n, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. TAF Prev Med Bull,13(4): 321-326.
48. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int 2009;24:285-96
49. Yılmaz, M., & Tiryaki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9 (4), 142-147
50. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Erişim tarihi: 24 Aralık 2022. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>
51. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Özkan S, editör. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019; 16-21.
52. Yılmazel G, Çetinkaya F, (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 (1), 69-74.
53. Nutbeam DJHpi. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. 2000;15(3):259-67.
54. Sezgin D. (2014) Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 3: 73-92.

55. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. 2012;12(1):1-13.
56. Taş TA, Akış N. Sağlık okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2016; 25(3): 119-24.
57. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. 2004.
58. Tözün, M. ve Sözmen M.K. (2015). "Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy with Perspective of Public Health)". Smyrna Tıp Dergisi, 2, 48-54.
59. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2015;25(6):1053-8.
60. Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2013-2017. Sağlık Bakanlığı Yayınları. (01.01.2023). <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>
61. Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., and Akalın, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, 17-21.
62. Özkan, S., Baran Aksakal, F. N., Çalışkan, D., Dikmen, A. U., & Tüzün, H. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı.
63. Arık 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 and geriatrics. 2015;61(3):344-50.
64. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
65. Güzel, Aysun Et Al. "Lawton Ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği." (2019). 3.International 21.National Public Health Congress, 3.International 21.National Public Health Congress
66. Abacıgil, F., Turan, S. G., Adana, F., Okyay, P., & Demirci, B. (2019). Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. Meandros Medical and Dental Journal, 20(1), 64.
67. Demir Erbil, D. & Hazer, O. (2019). University of Jyväskylä Active Aging Scale: The study of validity and reliability. International Journal of Eurasia Social Science, 10 (38), 1157-1175.
68. Moors JAJTAS. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. 1986;40(4):283-4
69. Hopkins KD, Weeks DLJE, measurement p. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. 1990;50(4):717-29.

70. DeCarlo LTJPM. On the meaning and use of kurtosis. 1997;2(3):292
71. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring Skewness and Kurtosis. Journal of the Royal Statistical Society Series D (The Statistician). 1984;33(4):391-9.
72. Sözen F. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi örneği: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
73. Sarı E. Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda yaşam kalitesi: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
74. DEMİR ERBİL, Didem. Yaşlıların Aktif Yaşlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 2022.
75. SERHAT UYSAL M. Edirne İl Merkezinde Yaşlı Bireylerin Aktif Yaşlanma Düzeylerinin Değerlendirilmesi T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ; 2022
76. AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, Yaşlı Nüfus İstatistikleri Bülteni 2020 [updated 04.02.2023. Available from: https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf.
77. Pesen E. Genel dahiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastalarda polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzlukların irdelenmesi: Bursa Uludag University (Turkey); 2013.
78. Balkaya G. SARC-F testi ile değerlendirilen 65 yaş ve üzeri popülasyonda sarkopeni ile polifarmasi ve komorbidite ilişkisi.
79. KIZMAZ, Muhammet, et al. KIRSALDA İLÇE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA POLİFARMASI PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ INVESTIGATION OF POLYPHARMACY PREVALENCE AND. Ankara Medical Journal, 2020, 20.1: 123-134.
80. Bozkurt C, Karalar BC, Hoşaf S, Karadakovan AJSTED. Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Düşme Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.31(3):219-29.
81. Rasheedy D, Abou-Hashem RMJAog, geriatrics. Overestimated functional dependency in older patients: Can we blame gender difference, unneeded assistance or assessment tools? 2020;88:104018.
82. Nunes JD, Saes MdO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. 2017;26:295-304.
83. Doğan DM, Ünsar S. Hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4:204-214.

84. Konno K, Katsumata Y, Arai A, Tamashiro HJAoG, Geriatrics. Functional status and active life expectancy among senior citizens in a small town in Japan. 2004;38(2):153-66.
85. ÇİVİ, Selma; TANRIKULU, M. Zeki. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Geriatri, 2000, 3.3: 85-90.
86. Rantanen T, Hassandra M, Pynnönen K, Siltanen S, Kokko K, Karavirta L, et al. The effect of individualized, theory-based counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). 2020;32:2081-90.
87. Rantanen T, Eronen J, Kauppinen M, Kokko K, Sanaslahti S, Kajan N, et al. Life-space mobility and active aging as factors underlying quality of life among older people before and during COVID-19 lockdown in Finland—a longitudinal study. 2021;76(3):e60-e7.
88. Rantanen T, Siltanen S, Karavirta L, Saajanaho M, Rantakokko M, Portegijs EJiA. HAND GRIP STRENGTH, LOWER EXTREMITY PERFORMANCE AND ACTIVE AGING AMONG 75-YEAR-OLD PEOPLE. 2018;2(Suppl 1):312.
89. Çuhadar SG, editor Yaşlanan nüfusa çözüm önerisi olarak aktif yaşlanma yaklaşımı: eleştiriler ve olası endeks için Türkiye önerileri. Journal of Social Policy Conferences; 2020.
90. Uğur Ertem Fİ, Nafiye Göktaş. GERİATRİ YAŞ GRUBUNDAKİ HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ. 2021.
91. Bozkurt H, Demirci HJTAM. Health literacy among older persons in Turkey. 2019;22(4):272-7.
92. MUT, H. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğt. ve Arş. Hast., Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2017.
93. Kepenek S. BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN BEKLENEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ. : T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, 2021
94. ZENGİN Ö. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ; 2022.
95. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research. 2010;25(3):464-77.

96. Sequeira SS, Eggermont LH, Silliman RA, Bickmore TW, Henault LE, Winter MR, et al. Limited health literacy and decline in executive function in older adults. 2013;18(sup1):143-57.
97. Safety ACo, paper QiHCJC. Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. 2013.
98. TEMEL, Ayla BAYIK; ÇİMEN, Zühal. KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017, 33.3: 105-125.
99. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken MJPe, counseling. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. 2015;98(1):41-8.
100. Eronen J, Paakkari L, Portegijs E, Saajanaho M, Rantanen TJPM. Health literacy supports active aging. 2021;143:106330.

8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

Sayı : E.Kurul –E2-22-2971 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılması planlanan; Doç. Dr. Güneş ARIK’ın sorumlu araştırmacısı olduğu “Bir Geriatri Kliniğine Başvuran Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Aktif Yaşlanma Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

07/12/2022

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili:721197--721198 K.Çetindağ

EK 2: ANKET FORMU

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ GERİATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKTİF YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç.Dr.Güneş Arık

Doç.Dr.İsmail Kasım

Dr.Gizem Güneş

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Ankara Şehir Hastanesi Geriatri Kliniğine başvuran yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının aktif yaşlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstedığınız anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Lütfen çalışmaya katılımınız durumunda anket formundaki sorulara gerçeğe uygun şekilde cevap veriniz.

Anket no:

A. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın
2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuryazar
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

4. Mesleğiniz nedir?

1. Ev hanımı
2. İşçi
3. Emekli
4. Memur
5. Esnaf
6. Serbest çalışan
7. Çiftçi
8. Diğer (belirtiniz) ...

5. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekar
3. Eşi vefat etmiş

4. Ayrılmış/boşanmış
- 6. Kiminle yaşıyorsunuz?**
 1. Yalnız
 2. Eşi ile
 3. Çocukları veya akrabası ile
 4. Eşi ve çocukları ile
 5. Bakıcı ile
 6. Huzurevinde
 7. Diğer (belirtiniz) ...
- 7. Bakımı ile ilgilenen kişi kimdir?**
 1. Yok
 2. Eşi
 3. Çocukları
 4. Bakıcı
 5. Sağlık personeli
- 8. Bakım verenin eğitim durumu nedir? (Bakım veren varsa cevaplayınız.)**
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite ve üzeri
- 9. Aylık gelir düzeyiniz nedir?**
 1. <2500 TL
 2. 2500-5000 TL arası
 3. 5000-10000 TL arası
 4. 10000-15000 TL arası
 5. 15000-20000 TL arası
 6. >20000 TL
- 10. Oturduğunuz ev kendinize veya ailenize mi ait?**
 1. Evet
 2. Hayır
- 11. Nerede yaşıyorsunuz?**
 1. İl merkezi
 2. İlçe
 3. Köy
- 12. Kronik hastalıklarınız nelerdir?**
 1. Hipertansiyon
 2. Diyabet
 3. Kalp-damar hastalığı
 4. Hiperlipidemi
 5. Serebrovasküler Olay
 6. Böbrek Yetmezliği
 7. Demans-Alzheimer
 8. Parkinson
 9. KOAH
 10. Astım
 11. Psikiyatrik hastalık
 12. Kanser
 13. Diğer (belirtiniz):

13. Kullandığınız ilaç sayısı kaçtır?
 14. Haftada kaç gün gazete okursunuz?
 15. Bir yılda kaç kitap okursunuz?
 16. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?
 1. Yok
 2. Var (yakınlık derecesi:.....)
 17. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?
 1. Hayır
 2. Evet
 18. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı: ...
 19. Lawton Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı: ...
 (Anketin son üç sayfasında 18 ve 19. Soruların ölçeklerine yer verilmiştir.)

B. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

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

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1.	Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2.	Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3.	Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8.	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9.	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10.	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11.	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13.	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14.	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15.	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					

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

C. AKTİF YAŞLANMA ÖLÇEĞİ	1. AMAÇLAR (Yapma İsteği)	2. FONKSİYONEL KAPASİTE (Yapabilme)	3. FIRSATLAR (Yapma Fırsatı)	4. AKTİVİTE (Yapma Sıklığı)
Açıklama: Lütfen aşağıda yer alan 14 farklı aktiviteyi dört farklı bakış açısıyla değerlendiriniz. (Soruları cevaplarken, yaşamınızdaki son bir ayı dikkate alınız.)	Son bir ayda aşağıda yer alan faaliyetleri yapmayı ne kadar istediniz? Çok Kuvvetli: 4 Kuvvetli: 3 Bir Dereceye Kadar: 2 Biraz: 1 Hiç: 0	Sağlık durumunuzu ve yapabileceğiniz kapasitenizi göz önünde bulundurduğunuzda, son bir ayda aşağıda yer alan faaliyetleri yaparken zorlandınız mı? Hiç zorlanmadım: 4 Biraz zorlandım: 3 Çok zorlandım: 2 Birinden yardım almadan yapamadım: 1 Birden yardım alsam bile yapamadım: 0	Hayatınıza genel olarak baktığınızda, son bir ayda aşağıda yer alan ifadeleri ne derece yapabileceğinizi buldunuz? Çok fazla: 4 Oldukça: 3 Orta: 2 Kısmen: 1 Hiç: 0	Son bir ayda aşağıda yer alan ifadeleri içerisinde ne sıklıkla yaptınız? Her gün ya da neredeyse her gün: 4 Haftada 2-4 defa: 3 Yaklaşık haftada bir: 2 Haftada birden daha az: 1 Hiç: 0
1. El işçiliği, tadilat, tamirat gibi becerisi gerektiren işler				
2. Resim, müzik ya da müzik aleti çalmak veya yazmak ve diğer sanatsal meşguliyetler				
3. Çalışarak ya da kulüpler veya dernekler aracılığıyla çeşitli etkinliklerde ve aktivitelerde yer alma				
4. Dışarı çıkma ve doğanın keyfini çıkartma				
5. Fiziksel olarak formda kalmak için spor yapma				
6. Aklını ya da hafızasını çalıştırmak için gayret gösterme				

7. Bilgisayar ya da tablet kullanma					
8. Bana yakın olan veya diğer insanlara yardım etme veya destek olma					
9. Sosyal ilişkilerimi sürdürmek için bir şeyler yapma					
10. Yeni kişilerle tanışmak için harekete geçme					
11. Kendi hayatımla ilgili ileriye yönelik işler için sorumluluk alma					
12. Toplumsal ya da kamusal olayları desteklemek için sorumluluk alma					
13. Günlüğümü daha ilginç ve zevkli hale getirmek için bir şeyler yapma					
14. Evimin huzuru artırma ve ya sürdürme					
15. Dış görünüşüme dikkat etme					
16. Mali işlerimin düzenli olmasını sağlama					
17. İnançım ve dünya görüşüme göre ileride olabilecek sorunlara karşı harekete geçme					

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1)	Bağımlı (0)
Banyo.Yapma		Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme		Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma		Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer		Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi Veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans		Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut.
Beslenme		Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor. (Yemeği başkası hazırlayabilir)	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç.

Lawton Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

a. Telefon Kullanma	
1. Tek başına telefon kullanabilir	1
2. İyi bildiği birkaç telefon numarasını arayabilir	1
3. Telefona yanıt verebilir ama arama yapamaz	1
4. Telefon kullanamaz	0
b. Alışveriş yapma	
1. Tüm alışverişini kendi yapar	1
2. Ufak tefek alışveriş yapabilir	0
3. Alışveriş sırasında yardıma ihtiyaç duyar	0
4. Hiç alışveriş yapamaz	0
c. Yemek hazırlama	
1. Yemeğini kendi yapıp servis edebilir	1
2. Malzemeler sağlandığı zaman yemeği kendi yapabilir	0
3. Hazır yemeği ısıtabilir	0
4. Yeme başkası tarafından hazırlanıp servis edilir	0
d. Ev temizliği	
1. Temizliği kendi yapar veya çok az yardıma ihtiyaç duyar	1
2. Bulaşık, yatak yapma gibi basit işleri kendi yapar	1
3. Basit işleri yapar ama yeterli düzeyde yapamaz	1
4. Bütün ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyar	1
5. Ev işi yapamaz	0
e. Çamaşır	
1. Kendi çamaşırını kendi yıkar	1
2. Ufak tefek birkaç parçayı yıkar	1
3. Bütün çamaşırını başkası yıkar	0
f. Ulaşım	
1. Araba kullanıyor veya toplu taşıma ile seyahat ediyor	1
2. Taksi tutabilir ama toplu taşımayı kullanamaz	1
3. Yardımla toplu taşıma kullanır	1

4. Yardım ile taksi veya araba ile seyahat edebilir	0
5. Seyahat etmez	0
g. Mali işler	
1. Parayla ilgili işleri kendi halleder	1
2. Az miktardaki para işlerini halleder veya banka ile ilgili işlerde yardıma ihtiyaç duyar	1
3. Parayla ilgili işleri halledemez	0
h. İlaç kullanımı	
1. İlaçlarını doğru zamanda doğru dozda kendi alıyor	1
2. Eğer önceden hazırlanırsa ilaçlarını kendi alabilir	0
3. İlaçlarını kendi alamıyor	0
Toplam Puan	