



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN KRONİK
HASTALIĞI OLAN 65 YAŞ ÜZERİ YAŞLILARDA SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI VE
YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ**

Dr. Fatih OĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA 2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN KRONİK
HASTALIĞI OLAN 65 YAŞ ÜZERİ YAŞLILARDA SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI VE
YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ**

Dr. Fatih OĞUR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kenan TOPAL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ADANA 2023

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği asistanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca sabır ve ilgi göstererek desteğini, hoşgörüsünü, bilgisini hiç esirgemeyen, biyopsikososyal bakış açısı ve hümanistliğiyle örnek aldığımız saygıdeğer hocamız ve tez danışmanım Doç. Dr. Kenan TOPAL’a,

Bilgi ve deneyimleriyle kliniğimize değerli katkılar sunan, asistanlık eğitimimin başından itibaren her ihtiyacımدا desteğini ve yardımını gördüğüm Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY’a,

Hekimlik mesleğine verdiği kıymet, gösterdiği özen ve engin bilgisiyle bizlere rol model olan değerli hocamız Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA’ya ve başasistanımız Uzm. Dr. Merthan TUNAY’a,

Asistanlık eğitimim süresinde tanıdığım başta Dr. Yunus DENİZ olmak üzere bölümümdeki tüm asistan arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım branşlarda asistanlık eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, uzmanlarıma, rotasyonlar esnasında birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Aile sağlığı merkezlerinde hasta toplamama yardımcı olan ve içten desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Kayhan Süreyya İŞGÜZAR ve Uzm. Dr. Hilal BATTAL’a ve tüm çalışma ekibine, çalışmama gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara,

Hayatım boyunca her zaman bana destek çıkan ve bu günlere gelmeme vesile olan başımın tacı Anne ve Babam’a,

Sevgisi, ilgisi ve desteğiyle hep yanımda olan, can yoldaşım, hayat arkadaşım, sevgili Eşim’e ve biricik Oğlum’a

En kalbi duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. YAŞLILığA GENEL BAKIŞ	4
2.1.1. Yaşlılığın Tanımı	4
2.1.2. Küresel Yaşlanma	6
2.1.3. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler ve Sağlığa Etkisi.....	7
2.1.3.1. Ciltteki Değişiklikler	8
2.1.3.2. Solunum Sistemindeki Değişiklikler	8
2.1.3.3. Kardiyasküler Sistemdeki Değişiklikler	9
2.1.3.4. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler.....	9
2.1.3.5. Endokrin Sistemdeki Değişiklikler	10
2.1.3.6. Üriner Sistemdeki Değişiklikler.....	11
2.1.3.7. İmmün Sistemdeki Değişiklikler.....	11
2.1.3.8. Kas ve İskelet Sistemindeki Değişiklikler	12
2.1.3.9. Sinir Sistemindeki Değişiklikler	12
2.1.3.10. Duyulardaki Değişiklikler.....	13
2.2. YAŞLILIK VE KRONİK HASTALIKLAR	14
2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	16
2.3.1. Sağlık Sorumluluğu.....	17
2.3.2. Fiziksel Aktivite	17
2.3.3. Beslenme	18
2.3.4. Manevi Gelişim.....	18
2.3.5. Kişilerarası İlişkiler.....	18
2.3.6. Stres Yönetimi.....	19
2.4. YAŞAM KALİTESİ	19
2.4.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	20

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	25
3.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	25
3.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)	26
3.1.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği	26
3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	112
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	130
7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	135
8. KAYNAKLAR	136
9. EKLER.....	143
EK-1: Etik Kurul Onay Formu.....	143
EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	144
EK-3 Veri Toplama Formu	145
ÖZGEÇMİŞ	151

KISALTMALAR LİSTESİ

BM	: Birleşmiş Milletler
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
KH	: Kronik Hastalıklar
NCHS	: National Center for Health Statistics
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQOL-OLD	: World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların Yaşlarına Göre Sınıfları	28
Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 3. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları.....	29
Tablo 4. Sigara kullananların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Sınıflaması	30
Tablo 5. Katılımcıların antropometrik verileri ve kan basıncı değerleri	31
Tablo 6. Katılımcıların VKİ'ye göre sınıfları	31
Tablo 7. Kadın katılımcıların bel çevresine göre sınıfları.....	32
Tablo 8. Erkek katılımcıların bel çevresine göre sınıfları.....	32
Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalık sayıları (n:244)	32
Tablo 10. Katılımcıların kronik hastalık durum verileri	33
Tablo 11. Katılımcıların kullandığı ilaç sayılarına göre sınıflaması.....	33
Tablo 12. Katılımcıların bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili verileri	35
Tablo 13. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri	36
Tablo 14. Katılımcıların sağlık durumu verileri	36
Tablo 15. Katılımcıların SYBD-II ölçeği puanları	37
Tablo 16. Katılımcıların WHOQOL-OLD ölçeği puanları.....	37
Tablo 17. Katılımcıların yaş sınıfına göre kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması	38
Tablo 18. Katılımcıların yaş sınıfına göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması	38
Tablo 19. Katılımcıların yaş sınıfına göre sigara ve alkol kullanım durumlarının karşılaştırılması... ..	39
Tablo 20. Katılımcıların yaş sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	40
Tablo 21. Katılımcıların yaş sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	40
Tablo 22. Katılımcıların yaş sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması... ..	41
Tablo 23. Katılımcıların yaş sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
Tablo 24. Katılımcıların cinsiyete göre yaşlarının, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması	42
Tablo 25. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması	42
Tablo 26. Katılımcıların cinsiyete göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	43
Tablo 27. Katılımcıların cinsiyete göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	44
Tablo 28. Katılımcıların cinsiyete göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 29. Katılımcıların cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	45
Tablo 30. Katılımcıların medeni durumuna göre yaşlarının, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 31. Katılımcıların medeni duruma göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması	46
Tablo 32. Katılımcıların medeni duruma göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	46

Tablo 33. Katılımcıların medeni duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	47
Tablo 34. Katılımcıların medeni duruma göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
Tablo 35. Katılımcıların medeni duruma göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
Tablo 36. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması	50
Tablo 37. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması.....	50
Tablo 38. Katılımcıların eğitim duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	52
Tablo 39. Katılımcıların eğitim duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması.....	52
Tablo 40. Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
Tablo 41. Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	55
Tablo 42. Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	58
Tablo 43. Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	58
Tablo 44. Katılımcıların çalışma durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	60
Tablo 45. Katılımcıların çalışma durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	60
Tablo 46. Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	61
Tablo 47. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	61
Tablo 48. Katılımcıların gelir düzeyine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	63
Tablo 49. Katılımcıların gelir düzeyine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	64
Tablo 50. Katılımcıların gelir düzeyine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	66
Tablo 51. Katılımcıların gelir düzeyine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	68
Tablo 52. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması.....	69
Tablo 53. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	70
Tablo 54. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	70
Tablo 55. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	71
Tablo 56. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması.....	72
Tablo 57. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması.....	72
Tablo 58. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	73

Tablo 59. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 60. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	74
Tablo 61. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	75
Tablo 62. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	76
Tablo 63. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	76
Tablo 64. Katılımcıların engel durumu göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	77
Tablo 65. Katılımcıların engel durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	78
Tablo 66. Katılımcıların engel durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	78
Tablo 67. Katılımcıların engel durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	79
Tablo 68. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	80
Tablo 69. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	80
Tablo 70. Katılımcıların sigara kullanım durumuna SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	81
Tablo 71. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	82
Tablo 72. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	82
Tablo 73. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	83
Tablo 74. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	83
Tablo 75. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	84
Tablo 76. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması	85
Tablo 77. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması	86
Tablo 78. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	86
Tablo 79. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	87
Tablo 80. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	88
Tablo 81. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	88
Tablo 82. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	89
Tablo 83. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	90
Tablo 84. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	90

Tablo 85. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	91
Tablo 86. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması	91
Tablo 87. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	92
Tablo 88. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	92
Tablo 89. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	93
Tablo 90. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması	94
Tablo 91. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması.....	94
Tablo 92. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	96
Tablo 93. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması.....	96
Tablo 94. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	98
Tablo 95. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	98
Tablo 96. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	99
Tablo 97. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	100
Tablo 98. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması	101
Tablo 99. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması.....	102
Tablo 100. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması	103
Tablo 101. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması.....	103
Tablo 102. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	105
Tablo 103. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması.....	105
Tablo 104. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	107
Tablo 105. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	107
Tablo 106. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin korelasyon analizi	108
Tablo 107. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir durumu, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayıları ile hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumlarının korelasyon analizi... ..	109
Tablo 108. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla SYBD-II Ölçeği korelasyon analizi	110
Tablo 109. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla WHOQOL-OLD Ölçeği korelasyon analizi.....	111

ÖZET

Birinci Basamakta Takip Edilen Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üzeri Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarının Araştırılması ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Amaç: Yaşadığımız yüzyılda dünya üzerinde ortaya çıkan en önemli olgulardan birisi nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanmasıdır. Artık insanlar daha uzun süre yaşamakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Yaşanan bu demografik dönüşüm yaşlanma kavramını daha önemli bir durum haline getirmektedir. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Bu durum kronik hastalığı olan yaşlıların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden etkilemektedir. Toplumda daha sağlıklı, aktif, üretken yaşlı bireylerin var olabilmesi ve yaşlılarda hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini arttırmak için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu araştırmanın amacı birinci basamakta takip edilen kronik hastalığı olan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırılması ve yaşam kalitesinin ölçülmesidir. Ayrıca belirlenen düzeylerin demografik değişkenlere göre farklılıklarını tespit etmek ve araştırma sonuçlarına göre aile, kurum ve kuruluşlara geçerli önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma 01 Temmuz 2022-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Adana ili Makbule Yusuf Televi ve 100. Yıl Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 244 yaşlı birey ile yüzyüze görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu kişilere sosyodemografik veriler, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık durumları, kullandığı ilaç sayıları, sosyal ve bazı günlük yaşam aktiviteleri ve hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan yapılandırılmış bir anket formu uygulandıktan sonra tüm katılımcılara Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği ve sigara kullananlara da Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %55,3 ü erkekti, %76,6'sı 65-74 yaş aralığında, %20,9'u 75-84 yaş aralığında, %2,5'u 85 yaş ve üzerindeki yaşlılardan oluşmaktaydı. Katılımcıların %80,7 sinin en az bir tane kronik hastalığı olduğu, %35,2 sinin 5 tane ve üzerinde ilaç kullandığı saptandı. Kronik hastalıklar arasında %62,7 ile en fazla hipertansiyon ardından %32,4 ile kardiyak hastalıklar ve %32 ile diyabet önemli bir oranı oluşturmaktaydı. SYBD-II ölçeği puan ortalaması $158,8 \pm 17,6$ idi. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında $30,0 \pm 4,0$ ile en yüksek puan kişiler arası ilişkiler, en düşük puan ise $16,3 \pm 4,2$ ile fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu görüldü. WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalaması $80,8 \pm 8,5$ idi. Ölçeğin alt boyut puanlarına bakıldığında $17,4 \pm 2,5$ ile en yüksek puan yakınlık alt boyutundayken, $9,2 \pm 1,9$ ile en düşük puanın duyuşal işlevlerde olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan yaşlıların eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık sayısı ve kullandığı ilaç sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; yaşı, eğitim durumu ve gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği tespit edildi ($p < 0,05$).

Sonuç: Yaşlılarda eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi artmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça da kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı azalmaktadır. Yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak, onların yaşam kalitesini arttırmak ve onları kronik hastalıklardan korumak için yaşlılara yönelik eğitim programları düzenlenmeli, bireyler erken yaştan itibaren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili bilgilendirilmeli, yaşam boyu yaşlılığa hazırlayan programlar oluşturulmalı ve ekonomik anlamda daha iyi imkanlar sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Kronik Hastalık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors and Measuring Quality of Life in Elderly People Over 65 Years of Age with Chronic Disease Followed in Primary Care

Aim: One of the most important phenomena that have emerged in the world in the century we live in is the rapid aging of the population. People are living longer and the elderly population is increasing rapidly. This demographic transformation makes the concept of aging more important. The incidence of chronic diseases increases with aging. This situation affects the lives of the elderly with chronic diseases in physical, mental and social aspects. There is need to develop healthy lifestyle habits in order to have healthier, active, productive elderly individuals in the society, to prevent diseases and improve the quality of life in the elderly. The aim of this study is to investigate healthy lifestyle behaviors and measure the quality of life in elderly people aged 65 years and over who are suffering from chronic diseases followed in primary care. In addition, it was aimed to determine the differences of the determined levels according to demographic variables and to make valid recommendation to families, institutions and organizations according to the results of the research.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted by face-to-face interviews with 244 elderly individuals who applied to Adana Makbule Yusuf Televi and 100. Yıl Family Health Centers between July 1, 2022 and September 30, 2022 and who agreed to participate in the study. After a structured questionnaire form was administered to these individuals inquiring about their sociodemographic data, smoking and alcohol use, chronic disease status, number of medications used, social and some activities daily living and their knowledge about their diseases, all participants were given the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), WHOQOL-OLD Quality of Life Scale and agerström Test for Nicotine Dependence were applied to smokers.

Results: 55.3% of the participants were male, 76.6% were in the 65-74 age range, 20.9% were aged 75-84 years, 2.5% were 85 years and over. It was found that 80.7% of the participants had at least one chronic disease, and 35.2% were taking 5 or more medications. Among the chronic diseases, hypertension was the most common with 62.7%, followed by cardiac diseases with 32.4% and diabetes with 32%. The mean score of the HPLP-II scale was 158.8 ± 17.6 . When the subscales of the HPLP-II were analyzed, the highest score was interpersonal relationships with 30.0 ± 4.0 and the lowest score was physical activity with 16.3 ± 4.2 . The mean score of the WHOQOL-OLD scale was 80.8 ± 8.5 . When the sub-dimension scores of the scale were analyzed, it was determined that the highest score was in the closeness subscale with 17.4 ± 2.5 , while the lowest score was in sensory functions with 9.2 ± 1.9 . It was determined that the educational status, income level, number of chronic diseases and the number of medications used by the elderly participants in the study affected healthy lifestyle behaviours, while age, educational status and income level affected quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion: As long as the education and income level of the elderly increase, healthy lifestyle behaviors and quality of life increase as well and the number of chronic diseases and the number of medications used decreases as healthy lifestyle behaviors increase. In order to provide healthy lifestyle behaviors to the elderly, to improve their quality of life and to protect them from chronic diseases, educational programs should be organized for the elderly. Also individuals should be informed about healthy lifestyle behaviors from an early age, programs that prepare them for lifelong old age and better economic opportunities should be provided.

Keywords: Old Age, Chronic Disease, Healthy Lifestyle Behaviors, Quality of Life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin giriş kapısıdır(1). Birinci basamağın giriş kapısı olma özelliği; sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen kişinin herhangi bir sağlık problemi sebebiyle oluşan her yeni bakım ihtiyacında sağlık sistemine başvurdıkları ilk yer olması olarak tanımlanır(2). Her yaştaki hastaya, hastalık varlığı veya başvuru şikayetinin tipinden bağımsız olarak genel manada kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunar(3). Nitekim, yaşlanan nüfusla birlikte ilgi çekmeye başlayan yaşlı bakımı, verilecek hizmetler içerisinde ele alınan önemli konulardan biri olmuştur(4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün datalarına göre doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılında 66,8 yıl iken, 2019'da 73,3 yıla; doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi ise 58,3 yıldan 63,7 yıla yükselmiştir(1). Yine DSÖ tarafından yayımlanan raporda, 2000 yılında 600 milyon civarında olduğu tahmin edilen 60 yaş ve üzeri kişi sayısının 2025'te 1,2 milyara ve 2050'de ise 2 milyarın üzerine çıkması öngörülmektedir. Bu veriler, toplumdaki yaşlı fertlerin sayısının arttığını göstermiş ve günden güne artacağına işaret etmektedir(5). Türkiye de yaşlanmanın hızla yükseldiği ülkeler arasındadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2021 yılı yaşlılar istatistiklerinde; 65 yaş üzeri nüfusun 2016 yılında toplam nüfus içindeki oranı %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldiği bildirildi. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11'e, 2030 yılında %12,9'a, 2040 yılında %16,3'e, 2060 yılında %22,6'ya ve 2080 yılında ise %25,6'ya yükseleceği öngörülmektedir(6). Yaşlı yetişkinler, nihayetinde bağımsızlıklarını kısıtlayabilecek ve diğer zorluklara uyum sağlama yeteneğini engelleyebilecek çok çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalırlar(7). Yaşlılarda görülen bu sağlık sorunlarının çoğu, uzun dönem bakım ve tedavi gerektirecek olan kronik hastalıklar (KH)'dır(8). Dünya nüfusunda yaşlı popülasyonun artması ile birlikte KH'ı olan birey sayısı ve yaşlı hastaların KH'la birlikte geçirdikleri zaman artmaktadır. KH vücut sistemlerinin bozulması, bağımlılık oranının ve sağlık maliyetlerinin artması, yaşam kalitesinin azalması ve erken yaşta ölüm gibi olumsuz sağlık sonuçlarına sebep olmaktadır(9). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da tanımlanan KH, DSÖ'nün verilerine göre her yıl 41 milyon insanı öldürmekte, bu da dünyadaki tüm ölümlerin %74'üne tekabül etmektedir. KH içerisinde kardiyovasküler hastalıklar bu ölümlerin çoğundan, yılda

17,9 milyon kişinin ölümünden, sorumludur. Bunu 9,3 milyon ölüm ile kanserler, 4,1 milyon ölüm ile kronik solunum yolu hastalıkları ve 2 milyon ölüm ile diyabet takip etmektedir. Her yıl 70 yaşından önce ölen 17 milyon insan yine, BOH'dan ölmektedir. Bu dört hastalık grubu, tüm BOH sebebiyle erken yaşta ölümlerin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır(10). Türkiye BOH açısından riskli olan ülkeler arasında yer alır(11). Ülkemizde 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu belirtilmektedir(12). TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2019 yılında 435 bin 941 kişi öldü, DSÖ'nün raporuna göre bu ölümlerin 389 bin 121'i BOH sebebiyle meydana geldi. Ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer aldı. Bu ölüm nedenini %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları izledi(11,13). Herhangi bir müdahale olmaksızın, yalnızca düşük ve orta gelirli ülkelerdeki BOH'nın toplam sağlık bakım maliyetlerinin önümüzdeki 20 yıl için 7 trilyon doların üzerinde olması beklenmektedir(14). Ortalama yaşam süresinin artması sonucu yaşlı nüfusunda ve buna paralel olarak KH'da meydana gelen artış, nitelikli ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır(8). KH'ın ele alınmasında, atılan küresel adımlardan “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Eylem Planı (2008-2013)” amaçlarından biri; BOH için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan tütün kullanımı, sağlıksız beslenmeyi, fiziksel inaktiviteyi ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleleri teşvik etmektir(15). KH'lara katkıda bulunan ana risk faktörleri sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve alkolün kötüye kullanımını içerir. Bu nedenle, bu hastalıkların çoğu, yaşam tarzı yönlerinden dolayı erken yaşamda ilerlediği için önlenabilir niteliktedir(16). Yaşlanma ve daha özgül olarak uzun yaşam ve sağlıklı yaşlanma, genetik mirastan ziyade bireysel yaşam tarzı tercihleriyle şekillenir(17). Yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimseyen kişilerin, kronik hastalık sıklığında azalma olduğunu, sağlığıyla ilgili daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu ve sağlıklı yaşam tarzının düşük mortalite ve daha uzun yaşam beklentisine katkı sağladığını göstermiştir(18,19). Sağlıksız davranışların da birçok kronik hastalık, sakatlık ve yüksek mortaliteyle ilişkili olduğu bildirilmiştir(20). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanmak çok ileri yaşlarda bile, daha iyi algılanan sağlık, hastaneye yatış, ölüm oranında azalma gibi sağlık sonuçlarını

etkilemektedir(21). Sağlıklı yaşamak, günümüzde yaygın olarak kullandığı “kaliteli yaşam” terimi ile özleştirilmektedir. Çünkü sağlık durumu yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerin başında gelir. Her biri ayrı ayrı ele alındığında sağlıklı olmak ve onu korumak, doğru beslenmek, fiziksel aktiviteler yapmak, insanlarla iyi ilişkiler kurmak ve pozitif düşünmek yaşam kalitesini oluşturan olmazsa olmazlardır(22,23). Yaşlılık dönemi, yaşam kalitesinin gerilediği dönemlerden biridir. Sağlığın bütüncül tanımı içerisinde beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin artırılması kavramını da ele almak gerekir(24).

“Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Eylem Planı (2008-2013)” diğer bir amacı BOH’ın önlenmesi ve kontrolü için araştırma yapılmasını teşvik etmektir. Biyopsikososyal modeli benimseyip uygulayan birinci basamak sağlık hizmetleri; akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisine ek olarak sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasında kilit rol üstlenir. Biz de bu çalışmada toplumda daha sağlıklı, aktif, üretken yaşlı bireylerin var olabilmesi ve yaşlılarda hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini arttırmak, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesine katkı sağlamak için birinci basamakta takip edilen 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırmayı, yaşam kalitesini ölçülmeyi ve bu konularda daha fazla veri elde etmeyi amaçladık. Ayrıca belirlenen düzeylerin demografik değişkenlere göre farklılıklarını tespit etmek ve araştırma sonuçlarına göre aile, kurum ve kuruluşlara geçerli önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIĞA GENEL BAKIŞ

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ‘yaş’ın lisan tanımı “doğuştan beri geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman” ‘yaşlı’ terimi “yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar (kimse) ve uzun yılları geride bırakmış” olarak ifade edilmektedir (25,26). Yaşlanma, fertlerin anne rahmindeki döneminden başlayıp ölümüne kadar olan süre zarfında, fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişim dönemlerinden geçerek yaşamını etkileyen geri dönülmez ve kaçınılmaz bir süreçtir. Bu süreç, kişinin bulunduğu kültüre ve yaşam biçimine göre olumlu ya da olumsuz şekilde gelişebilir(27).

Yaşlılık ise genel olarak kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve toplumsal yaşlanma olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Ancak en fazla kullandığı tanım kronolojik yaşlanma, yani takvim yaşına göre yapılan yaşlanma tanımıdır. DSÖ 65 yaş ve üzerini yaşı olarak kabul etmektedir(28).

Kronolojik Yaşlanma; İnsanın doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen, yıllara bağlı değişimleri anlatır (29). Bir yıllık zaman dilimleriyle ölçülen süreye göre yapılan yaşlılık tanımı kronolojik yaşlılıktır. Kronolojik yaşlanma sadece doğum tarihiyle açıklanır. Yaşlı bireyin sağlığı, statüsü ya da herhangi bir şeyiyle ilgili değildir(32). Yaşlılık kronolojik olarak ilk kez DSÖ tarafından 1963 yılında sınıflandırılmış; bu sınıflamaya göre 60 yaşın üzerindeki kişiler yaşı olarak kabul edilmiştir. Daha sonra geçen yıllarda, başta doğuştan beklenen yaşam süresinin artması olmak üzere, sağlıkta ve teknolojiye olumlu değişimlerin sonucu olarak insan ömrü uzamıştır. Bu nedenle DSÖ ilk tanımından 35 yıl sonra, 1998 yılında yaşlılık sınıflamasını revize etmiş ve 65 yaş ve üzerini yaşı olarak kabul etmiştir (33). Yaşlı popülasyonu artmaya ve ileri yaşlara kadar yaşayan insan sayısı çoğalmaya başlayınca yaşlılar grubunu bazı alt gruplara ayırma ihtiyacı ortaya çıktı. Bu amaçla DSÖ 65 ve üzeri yaşlardaki grubu; 65-74 yaşları “genç yaşlılar”, 75-84 yaşları “orta yaşlılar” ve 85 ve üzeri yaşları “ileri yaşlılar” olmak üzere üç alt gruba ayırdı (30,31).

Biyolojik Yaşlanma; Zamana bağlı olarak bireylerin anatomi ve fizyolojisindeki değişimleri ifade eder. Anne karnında başlayan insan hayatı zaman akışı içinde gelişir ve değişir. Orta yaş sonunda görülen saçların ağarması, derinin

kırışması, kas gücünde ve kemiklerde zayıflama, boyun kısalması, görme ve işitme problemleri gibi birtakım değişim biyolojik yaşlanmanın belirtilerindendir. DSÖ'ye göre biyolojik yaşlanma, hücrel ve moleküler hasarın zamanla birikmesi sonucunda fizyolojik yedek kapasitede ve genel olarak bireysel kapasitede azalma ile birlikte birçok hastalığın ortaya çıktığı ve mortalitenin arttığı durum olarak tanımlanmış fakat bu değişimlerin yaşanılan yer, beslenme alışkanlıkları, meşgul olunan iş, sosyal çevre gibi pek çok faktörden etkilendiği için kişisel farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir (31,32).

Psikolojik Yaşlanma; Fertlerin yaşamlarının yaşlılık evresinde geçirdikleri uyum, davranış ve mental yetilerindeki değişiklikleri içerir(33). Mental fonksiyonlardaki gerilemelerin biyolojik veya psikolojik temelli olup olmadığı da yaşlılık döneminin tanımlanmasına temel oluşturmaktadır. Yaşlı fertlerin yaşlılık dönemleri için hazırlık yapmamaları sebebiyle anksiyete, başkalarına yük olma korkusu, yetersizlik hissi, istenmediğini düşünme, bir işe yarayamadığı fikri gibi durumlar oluşabilmektedir. Bu değişim ve durumlar onları olumsuz yönde etkilemektedir. Örnek olarak zihinsel alıştırma yöntemlerinden biri olan bulmaca çözme hobisi alışkanlığı olan yaşlı bireyler hafızalarını sürekli aktif tuttukları için mental fonksiyonlarındaki olumsuz değişimleri en aza indirdikleri bilinmektedir(27).

Sosyolojik/Sosyal Yaşlanma; Bireylerin, toplumun sosyal yaşantısı içindeki rollerinin, ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesi olarak tanımlanabilir. Bir toplumda sosyal yaşamda yaşlılığa yükledikleri anlama göre onlardan beklenen davranışlar ve toplumun onlara verdiği değerlerle şekillenir. Yaşlıların bazı beceri ve yetilerini kaybetmeleriyle birlikte toplumdan uzak durup yalnızlaşması ilerleyen zamanlarda sürekli tükenmişlik sendromu yaşamalarına ve ruhsal yapılarında hasara neden olmaktadır (33,34).

Toplumsal Yaşlanma; Biyopsikososyal bir birey olarak insan yaşamını idame ettirdiği toplum ile varlığını sürdürür. Bireyler toplum içinde belirledikleri ortak değer yargıları, davranış biçimleri ve belli kurallara yaşarlar. Toplumsal yaşlanma da yaşlının içinde bulunduğu o toplumun kültür yapısı tarafından belirlenir. Yaşlanmaya bağlı fiziksel olarak insanın günlük hayatının etkilenmeye başlaması ve toplumsal

rollerini beklendiği şekilde yerine getirememesi vb sebeplerle toplum tarafından kişiye atfedilen yaşlılık, çevresindeki insanlardan yaşlandığıyla alakalı bildirimler almasıdır.

Toplumlar hakkında da yaşlılık tanımları yapılmakta, bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfusun toplamdaki payı %4'ten azsa genç nüfus, %4-6.9 ise olgun/erişkin nüfus, %7-10 ise yaşlı nüfus, %10'dan fazla ise çok yaşlı nüfustan söz edilir (28,35).

Ayrıca kişinin yapmış olduğu işten ayrılıp emekli olmasıyla başlayan evreye de “Ekonomik Yaşlanma” denir. Bireyin aktif çalışma hayatını sonlandırıp emekliye ayrılmasıyla beraber sosyal hayattan uzaklaşması, önceki sosyal çevre ve ilişkilerini geride bırakıp soyutlanması ve yalnızlaşması problemleri de baş göstermektedir (36,37)

2.1.2. Küresel Yaşlanma

Dünya demografik bir dönüşüm geçiriyor. Günümüzde çoğu insan için altmışlı yaşlarından sonraki yaşam beklentisi arttı. Dünya çapında insanlar daha uzun yaşamaya başladı. Dünyadaki her ülke, yaşlı nüfusunda ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranında artış yaşıyor.

Dünyada 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 2000 yılında tahmini 420 milyon olup, 1999 yılına kıyasla 9,5 milyon kadar artmıştır. Dünyada 2000-2030 yılları arasında 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 550 milyondan 973 milyona çıkacağı ve Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının %6,9'dan %12,0' a yükselmesi öngörülmektedir. 2030 yılına kadar dünyada her altı kişiden birinin altmış yaş üzerinde olması, 2050 yılına kadar ise dünyadaki altmış yaş ve üzeri nüfusun iki katına çıkacağı ve 2020 ile 2050 yılları arasında seksen yaş ve üzeri kişi sayısının üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir. Bir ülkenin yaş dağılımında ileri yaşlara doğru kaymadaki bu değişim nüfus yaşlanması olarak bilinir. Yüksek gelirli ülkelerde durum böyleyken (örneğin Japonya'da nüfusun %30 u zaten 60 yaş üzerindedir) şimdi en büyük değişim düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. 2050 yılına kadar altmış yaş üstü dünya nüfusunun üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (31,38).

Dünyada yaşlı popülasyonun artmasında iki temel sebep vardır. İlki genel olarak dünyanın dört bir yanındaki insanların daha uzun yaşıyor olmasıdır. Uzayan yaşam süreleri, toplumda yaşlı nüfustaki sağ kalımı yansıttığı gibi daha çok genç

yaşlarda daha iyi bir hayatta kalma oranını göstermektedir. Bunda son 50 yılda küresel olarak gerçekleşen sosyoekonomik kalkınmanın tesiri büyüktür. Ülkeler geliştikçe daha iyi bir halk sağlığı, daha fazla insanın çocukluk döneminde hayatta kalması ve ölüm modellerinin insanların yetişkin olarak ölme olasılığının daha yüksek olduğu bir modele dönüşmesi imkanı artar. Yüksek gelirli ortamlarda ölüm şekli daha çok yaşlılığa kayar, bu nedenle ölümlerin çoğu 70 yaşından büyük kişilerde meydana gelir. Ülkeler ekonomik olarak geliştikçe, daha fazla insanın yetişkinliğe kadar yaşadığı ve dolayısıyla doğumda beklenen yaşam süresinin arttığı görülür.

Nüfusun yaşlanmasının ikinci nedeni ise düşen doğum oranlarıdır. Toplumsal cinsiyet normlarının değişmesi ve doğum kontrol yöntemlerine ulaşımın kolaylaşp artması neticesinde doğum oranları azalmıştır. Küresel sosyoekonomik gelişmelerden önce dünyada birçok ülkede doğurganlık oranları kadın başına 5 ila 7 doğum arasında değişiyordu ve bu çocukların tamamı yetişkinliğe ulaşamıyordu. 2015 yılında bu oranlar nüfusu mevcut boyutlarında tutmak için gereken seviyeye düştü. Doğurganlık oranındaki bu dramatik düşüşlerin en önemli istisnası daha yavaş bir düşüşün gözlemlendiği ve doğurganlık oranlarının genellikle 4 doğumdan fazla olduğu Afrika'dır. Bunun dışında doğurganlık oranı Orta Doğu'da da dünyanın diğer bölgelerine göre daha az düşmüştür. Doğurganlıktaki düşüş genellikle çocuk ölümlerindeki düşüşün gerisinde kaldığından bu durum daha genç yaşlarda nüfus artışına neden olmuştur.

Geliri orta ve düşük olan ülkelerde yaşlı popülasyonun artması, doğumda, çocukluk çağında ve genç yaşta ölüm oranlarındaki düşüş ve bulaşıcı hastalıklar sebebiyle ölümlerin azalması neticesindedir. Geliri yüksek ülkelerde yaşlı nüfusun artmasındaki temel sebep ise yaşlı mortalitesinin azalması, beklenen yaşam süresinin uzamasıdır (31).

2.1.3. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler ve Sağlığa Etkisi

Yaşlanmayla birlikte organizmada birçok sistemde değişimler meydana gelmektedir. Zamana bağlı olarak ortaya çıkan bu fizyolojik değişiklikler normal şartlarda işlev kaybına sebep olmaz. Ancak bunlardan bazıları yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerini engelleyebilmekte ve bazı kronik hastalıklara yatkınlığı

artırabilmektedir. Yaşlılıkta görülen bu fizyolojik değişikliklerin ayırt edilmesi yanlış tanı konmasını engellemek açısından önemlidir(39).

2.1.3.1. Ciltteki Değişiklikler

Cilt, kırışıklıklar, kuruluk, atrofi, elastikiyet azalması ve pigmentli yaşlılık lekeleri gibi yaşlılık belirtileriyle yaşlılığı en belirgin şekilde gösteren dokudur. Ciltteki kırışıklıkların, elastikliğin azalmasının, sarkmaların ve kuruluğun sebebi, elastinin yapısının bozulması kollejen üretiminin ve hiyalüronik asitin azalmasıdır. Yaşlanan deride dermisin incilmesi ve damar yapılarının bozulması dekübitis ülserlerinin gelişimini kolaylaştırmakta ve yaraların iyileşmesini geciktirmektedir. Kan damarlarının daha kırılğan hale gelmesi sebebiyle minör travmalar subkutan kanamalara neden olabilmektedir. Yine yaşlanmayla birlikte cilt altı sinir sonlanım sayılarındaki azalma ağrı ve dokunma duyularında azalmaya böylece fark edilmeyen yaralanmalara sebep olmaktadır. Ayrıca D vitamini sentezi azaldığı için D vitamini eksikliği görülebilmektedir. Melanosit sayısı azaldığı için derinin ultraviyole ışığına karşı korunması azalmakta, bu durum derinin güneşe maruz kalan bölgelerinde kırışıklıklara, kuruluğa, pigment değişikliklerine, benign ve malign neoplazmlarının gelişimine yol açabilmektedir(40,41).

2.1.3.2. Solunum Sistemindeki Değişiklikler

Akciğerin fizyolojik yaşlanması, bronşiollerdeki elastik liflerin oranının azalması, alveollerin dilatasyonu, hava boşluklarının genişlemesi, değişim yüzey alanındaki azalma, siliaların azalması ve periferik hava yolları için destekleyici doku kaybı ile ilişkilidir. Küçük hava yolları, çevresindeki destek dokunun azalmasıyla kollapsa eğilimli olur. Normal şartlarda yüzey alanındaki kayıp, tek başına, işlevsel açıdan anlamlı değildir. Ancak, solunum rezervinin azalmasıyla ve yaşla ilişkili diğer tüm değişikliklerle birlikte, kalp yetmezliği veya zatürre gibi durumlar geliştiğinde veya egzersiz esnasında, hipoksinin meydana gelme olasılığı artmaktadır. Yapısal değişikliklerin en önemlisi göğüs duvarının kompliyansının azalmasıdır. Diyafragma ve diğer solunum kaslarındaki zayıflama solunum sıkıntısına, egzersiz intoleransına sebep olmaktadır. Solunum sistemindeki bu değişiklikler yaşlı popülasyonda akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının insidans ve prevelansını arttırmaktadır(42).

2.1.3.3. Kardiyasküler Sistemdeki Değişiklikler

Yaşlanma ile ilişkili olarak kalpteki en önemli değişiklik, sol ventrikülün duvar kalınlığının ve kalbin kütlesinin artmasıdır. Ayrıca sol atriyum hacmi artar, aortun genişleyebilme yetisi ve koroner arterlerin esnekliği azalır. Diyastolik basıncın ve diyastolik doluşun azalması, sistolik basıncın artması, sol ventrikul diyastol sonu basıncının artması, miyokardın kontraksiyon ve relaksasyon fazlarında uzama ve buna bağlı ventrikul relaksasyon fazında uzama beta adrenerjik uyarıya yanıtın azalması fonksiyonel değişikliklerdendir. Yaşın ilerlemesiyle egzersiz esnasındaki maksimum kalp hızı azalır. Koroner arterlerde ateroskleroza bağlı sertlik artar. Aort başta olmak üzere mitral ve triküspit kapaklarda kalsiyum depolanması kapakların sertleşmesine neden olur.

Yaşlanmayla birlikte arterlerin intima tabakasında kalınlaşma, düz kaslarında hipertrofi, duvarındaki kollajende miktarında artma, elastinde azalma görülür. Bunlara binaen kalsifikasyonun da eklenmesiyle damarın elastikliğinin azalması kardiyovasküler olay riskinde artışa yol açar. Büyük arterlerin esnekliğinin azalması sistolik kan basıncını (SKB) artırırken diyastolik kan basıncını (DKB) düşürmektedir. Bu değişiklikler aynı zamanda yaşlılarda izole sistolik hipertansiyonla birlikte ortostatik hipotansiyon gelişiminde temel mekanizmalardır. Yaşlanmayla görülen ortostatik hipotansiyonun diğer nedeni baroreseptor duyarlılığının azalması ve buna bağlı olarak kan basıncının baroreseptorlerle düzenlenmesinde yetersizlik ortaya çıkmasıdır.

Yaşlılarda koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon, hipertansiyon çok sık tanı konulan hastalıklardandır. Bu sorunlar sebebiyle efektif dolaşım bozulmakta, hipoksi, halsizlik, yorgunluk, ödem gibi problemler yaşlılarda yaygın olarak görülmektedir(43,44).

2.1.3.4. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler

Yaşlılıkta tükürük salgısı azalır, diş sağlığı bozulur. Bu dönemde dişlerde çürüme, diş kayıpları, takma diş kullanımı, koku ve tat duyusunda azalma gibi değişiklikler yaşlılarda beslenmeyi zorlaştırmaktadır. Bu durum yaşlılarda yemekten kaçınmaya veya gıda alımını azaltmaya yol açarak malnütrisyonu sebep olabilmektedir. Özefagusun alt kısmında nöromusküler bileşkedeki bozulmayla,

sfinter basıncı azalmakta ve reflü semptomları görülmektedir. Yaşlanmayla mide motilitesi ve mukus salınımı azalır, gastrik atrofi gelişir. Midede koruyucu mekanizmaların zayıflaması, kanlanmanın azalması, mukus onarımında yetersizlik ve devam eden asit salınımı nedeniyle peptik ülser gibi hastalıkların görülme ihtimali artmaktadır. Atrofik gastrite bağlı olarak da B12 vitamini emiliminin bozulması ve yaşlılarda demansla karışabilecek B12 vitamin eksikliği semptomlarına yol açabilmektedir. Yaşlanmadan en çok etkilenen sindirim sistemi organı kolondur. Mukozadaki değişiklikler, kas yapısında zayıflama, motilitede azalma sebebiyle feçesin geçiş zamanı uzar buna bağlı yaşlı bireylerde uzun süren ve tekrarlayan kabızlık sıkça görülür. Ayrıca divertikül ve fekal inkontinans da yaşlılarda daha sık görülmektedir.

Yaşlılıkta karaciğer kütlesi azalır ancak rezervin yeterli olması sebebiyle işlevsel bir bozulma olmaz. Bazı ilaçların metabolizması azalabilir bu sebeple birden fazla ilaç kullanan yaşlı hastalarda ilaç etkileşimleri dikkate alınmalıdır. Yaşlanmayla karaciğerin rejenerasyon kapasitesi azalır, viral veya toksik ajanlara maruziyet durumunda iyileşme yeterli düzeyde olmayabilir. Safra kesesi motilitesinde azalma olabilir ve kolesistit ve kolanjit gelişme insidansı yükselir(45).

2.1.3.5. Endokrin Sistemdeki Değişiklikler

Hormon üreten organların büyük kısmı yaşlılık döneminden etkilenmektedir. Tiroid dokusunda fibrozis artışı, folikül sayısında azalma ve atrofi olabilmekte, tiroid stimulan hormon (TSH) salınımı ve kandaki düzeyi artarken, serbest T3 düzeyi azalmaktadır. Serbest T4 düzeyi ise yaşlanmayla değişmez. Tiroid hastalıklarının sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Plazma paratiroid hormon konsantrasyonu bir miktar artmaktadır.

Yaşla birlikte hipofiz hormonlarından büyüme hormonu, follikül stimülizan hormon (FSH), lüteinleştirici hormon (LH) salınımı azalmakta, prolaktin ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) düzeyi değişmemektedir. Büyüme hormonunun dokularda işlev göstermesinde temel rol alan IGF-1 düzeyleri de azalır.

Kadınlarda önemli değişikliklere sebep olan östrojen sekresyonu azalır, foliküler aktivitenin sona ermesiyle FSH sekresyonu artar. Östrojenin azalmasıyla östrojen hassas dokularda atrofi olur, kemik rezorpsiyonu hızlanır, kalp damar hastalık riski

artar. Hipogonadizm erkeklerde kadınlardaki gibi ani gelişmez, daha yavaş seyreder. Yaşın ilerlemesiyle erkeklerde plazma testosteron düzeyi düşme eğilimi gösterir, çok yaşlılarda ise FSH düzeyleri artar.

Adrenal bezlerin aktivitesi yaşla birlikte artar ancak aldosteron salınımı renin sentezinde azalma sebebiyle azalır. Bu durum yaşlılarda hiponatremiye sebep olabilmektedir. Adrenal bezlerin bazal aktivitelerindeki artış steroid hormonların rezervini azaltmaktadır. Kortizolün sekresyonu yaşlanmayla azalır ancak metabolik yıkımının azalmasıyla bu karşılanır.

Yaşın ilerlemesiyle insülin salınımı artar ancak insülin duyarlılığı azalır, pankreasta adacık hücre sayısı azalır ve insüline karşı direnç gelişir. Bu durum yaşlıların diyabete meylini arttırır(46,47).

2.1.3.6. Üriner Sistemdeki Değişiklikler

Yaşın ilerlemesi böbreklerin yapısında ve işlevlerinde birtakım değişikliklere yol açar. Yapısal değişikliklerden en önemlisi böbrek kütesinin ve glomerül miktarının azalmasıdır. Böbrek kütesi dördüncü dekatta 400 gr iken, dokuzuncu dekatta 300 gr'ın altına düşmektedir. Bu kayıp böbrek medüllasından ziyade kortekste meydana gelmektedir. Böbrek tübüllerinin yaşlanmasıyla işleyişi bozulmakta, su-elektrolit dengesini korumada güçlük yaşamaktadır. Bu sebeple yaşlılarda kolaylıkla hipopotasemi, hipokalsemi ve asidoz gelişebilmektedir. Böbrek kan akımı, kırklı yaşlara kadar yaklaşık 600 mL/dk iken her 10 yılda yaklaşık %10 azalmaktadır. Glomeruler filtrasyon hızı dördüncü dekatta yaklaşık 140 ml/dk/1.73 m²'dir. Kırk yaşından sonra her 10 yılda bir 8 ml/dk/1.73m² azalmaktadır. Yaşlı bireylerde kas kütesi ve kreatin klirensi azalır böylece günlük idrar kreatinin atılımında azalma olur.

Yaşlılıkta erkeklerde prostat büyümesi, kadınlarda perine bölgesindeki kaslarda gevşeme olmaktadır. Ayrıca mesane kapasitesi, idrar tutma kabiliyeti ve mesanedeki idrarın doluluğu hissi yaşla birlikte azalır. Bunların sonucunda yaşlılarda idrara sık çıkma ve idrar kaçırma problemleri artmaktadır(48).

2.1.3.7. İmmün Sistemdeki Değişiklikler

Yaşlılık sürecinde lenfoid dokularda kayıp buna immün fonksiyonlarda bozulma görülür. Yaşlılıkta timusun atrofiye uğramasıyla T lenfositlerin sayısı azalır,

hücrel immünite baskılanır, antijenlere karşı antikor cevabı bozulur. Bunların sonucunda yaşlı bireylerde otoimmün hastalıklar, kanserler ve enfeksiyonlara duyarlılık artar(49).

2.1.3.8. Kas ve İskelet Sistemindeki Değişiklikler

Yaşlılık dönemi kas kütlesi ve gücünde azalmanın görüldüğü bir süreçtir. Kas liflerinin boyut, sayı veya her ikisinde birlikte görülen azalma patolojik boyutlara ulaştığında sarkopeni olarak isimlendirilir. Bu durum yaşlılarda kırılabilirliğin ve yaşam kalitesindeki azalmanın en önemli sebeplerindendir. Eğer fiziksel olarak aktif bir yaşam stili benimsenmezse, ileri yaşlarda kas kütlesi ve güç kaybı artmaktadır.

Yaşlanmanın değiştirdiği bir diğer doku kemiklerdir. Yaşlanmayla birlikte kemik kütlesi, mineral yoğunluğu ve iyileşme kabiliyeti azalır, kırılma riskinde artış görülür. Yaşlanmayla kalsitonin-parathormon üretimindeki ve kemiğin hormonlara yanıtındaki bozulma sebebiyle kalsiyum ve fosfor depoları azalmaktadır. İlerleyen yaşla osteoblastların sayısı azalırken osteoklastların sayısı artmaktadır. Bu durum kemik dengesinin bozulup, rezorpsiyonunun artmasına, osteopeni ve osteoporoz gibi hastalıkların gelişimine yol açmaktadır. Ayrıca yaşlılıkta gonadal fonksiyonların kaybı, hareketsizlik, D vitamini eksikliği gibi etmenler osteoporoz gelişimine katkı yapar.

Yaş ilerledikçe eklem kıkırdaklarında hücre sayısı, yoğunluğu ve kondrositlerin tamir yeteneği azalır, eklem kıkırdağı dejenere olur. Dolayısıyla yaşlılıkta osteoartrit gibi dejeneratif eklem hastalıklarının görülme sıklığı artar. Yaşlılıkta kas, kemik ve eklemlerdeki değişiklikler ve özellikle vertebralar arası disklerdeki dejenerasyon postür bozukluklarına ve boyda kısalmaya yol açmaktadır(50,51).

2.1.3.9. Sinir Sistemindeki Değişiklikler

Beynin hacmi ve/veya ağırlığı dördüncü dekattan sonra her dekatta yaklaşık %5 oranında azalır ve özellikle yedinci dekattan sonra bu oran artar. Beyindeki değişikliklerin paterni oldukça heterojendir ve en büyük değişiklikler frontal ve temporal kortekste en az değişiklik ise oksipital kortekste görülür. Kortikal fonksiyonlardaki değişikliklerden nöron sayısı ve sinapsların azalması sorumludur. Ak

madde de yaşlanmaktan etkilenir, zamanla azalır ve dördüncü dekattan sonra miyelin kılıfı bozulur. Mikroglialar en küçük bir uyarana bile aşırı reaksiyon gösterip nöron hasarına ve ölümüne sebep olabilir.

Yaşlılık sürecinde dopamin, serotonin, glutamat gibi nörotransmitterler de etkilenmektedir. Bununla ilişkili olarak yaşlılarda anksiyete, depresyon, bellek kaybı, uykusuzluk, Parkinson hastalığı gibi sorunlara sıkça rastlanır. Ayrıca yaşla birlikte artan nörofibriler yumak birikimi ve amiloid plaklar sebebiyle Alzheimer hastalığı da yaşlılarda sıkça görülür.

Yaşlılarda bilişsel işlev geriler ve sıklıkla bozulur. Bellek, öğrenme, anlama, yargılama, dikkat, akıl yürütme yeteneğinde azalma ileri yaşta sıkça ortaya çıkan problemlerdir. Unutkanlık yaşlılarda bir başka sık görülen sorun olan demansın belirtilerindendir, özellikle günlük yaşamı da etkileyen düzeye ulaşmış ise demans açısından değerlendirilmelidir.

Otonom sinir sistemi de yaşlılıktan etkilenir. Kan basıncı, kalp hızı, sıcaklık değişimlerinde verilen cevaplarda bozulmalar görülür(52,53).

2.1.3.10. Duyulardaki Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle lens saydamlığını kaybeder, adaptasyon, akomodasyon yeteneği, kornea refleksi azalır. Lens esnekliğinin azalmasından dolayı görme netliği azalır ve net görmek için daha fazla ışığa ihtiyaç duyulur. Renk ayrımı düşer ve görme problemleri ortaya çıkar. Ayrıca göz yaşı azalır ve göz enfeksiyonu riski artar.

Yaşlanma iletim ve sensöryal işitme kayıplarına sebep olur. En sık görülen işitme kaybı presbiakuzidir. Yüksek frekanslı sesler daha zor duyulur ve konuşulanları anlayamazlar.

Tat alma duyusunu kaybetmek yaşlılar arasında yaygın bir problemdir. Tat tomurcuklarının yoğunluğundaki azalma sebebiyle tat alma fonksiyonu azalır. Yaşlanmayla tükürük bezleride etkilenir, tükürüğün hacmi ve kalitesi azalır. Diş kaybı ve takma diş kullanımıyla ilişkili çiğneme sorunları da tat duyusunu etkiler ve tükürük üretiminde azalmaya neden olur. Tüm bu değişiklikler birleşince yaşlılarda yeme isteğinde azalma ve beslenme problemleri görülür.

Koku reseptörlerinde yaşlanmayla birlikte önemli derecede azalma olmaktadır. Yaş ilerledikçe koku alma duyusu azalır ve bu durum kokuları ayırt etme yeteneğini

etkiler. Azalmış koku duyusu, tat alma bozukluğu ve yemekten alınan zevkin kaybı da dahil olmak üzere yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulmasına yol açabilir.

Yaşlandıkça derinin incilmesi ve yenileme hızının azalması, ciltteki duyu reseptörlerine giden kan akımının azalması sebebiyle dokunma duyusu azalır. Dokunma duyusundaki gerilemeyle, basit motor becerileri, el kavrama gücü ve denge etkilenir(54).

2.2. YAŞLILIK VE KRONİK HASTALIKLAR

Kronik hastalıklar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention-CDC) bünyesinde yer alan Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics-NCHS) tarafından üç ay veya daha uzun süren sağlık sorunları, DSÖ tarafından ise uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalıklar şeklinde tanımlanmıştır. Dünyada ortalama ve beklenen yaşam süresinin artması ile yaşlı nüfusun pozitif korelasyonu, KH'ın sıklığındaki artışın en önemli nedenini oluşturmaktadır(55).

Yaş dünya çapında morbidite, hastaneye yatış, sağlık maliyetleri ve mortalitenin çoğundan sorumlu olan kronik hastalıkların çoğu için önde gelen belirleyici faktördür. Bu hastalıklar arasında Alzheimer hastalığı ve diğer nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerin büyük bir kısmı yer alır. Kronolojik yaş, aynı zamanda, cerrahi, kalça kırığı ve pnömoni gibi stres faktörlerinden geç veya eksik iyileşme ile kendini gösteren, kırılabilirlik ve hareketsizlik ile azalmış fiziksel dayanıklılık dahil olmak üzere geriatrik sendromlar için ana risk faktörüdür. Bu sorunların prevalansı yalnızca yaşla birlikte artmakla kalmaz, aynı zamanda bu koşullar yaşlı bireylerde kümelenme eğilimi göstererek multimorbiditeye yol açar(56).

Yaşlanma süreçleri genel olarak şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1) Kronik, fibrozis ile birlikte düşük dereceli steril inflamasyon (bilinen patojenlerin yokluğunda meydana gelen)
- 2) Makromolekül ve hücre organel disfonksiyonu (DNA hasarı, disfonksiyonel telomerler, protein agregasyonu ve yanlış katlanması, hasarlı proteinlerin uzaklaştırılmaması veya mitokondriyal disfonksiyon gibi)

3) Kök hücrelerde ve progenitörlerde, dokuları onarma veya değiştirme kapasitesinin azalmasına yol açan değişiklikler

4) Hücresel yaşlanma

Bu yaşlanma süreçleri KH'ın etiyolojik bölgelerinde, örneğin Alzheimer hastalarının beyinlerinde veya tip 2 diyabetli hastaların yağ dokusunda sıklıkla belirgindir. Herhangi basit bir yaşlanma sürecinin aktivasyonu diğerlerini de etkileme eğilimindedir(56).

Türkiye’de herhangi bir kronik hastalığı olanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak %37.2’dir. Yapılan kohort tipi bir araştırmada bir kronik hastalığı olanlar %21.4, iki hastalığı olanlar %10.6, üç hastalığı olanlar %3.7 ve 4 hastalığı olanlar %0.46’dır. Yaşlıların ise %80’inde en az bir, %50’sinde en az iki kronik hastalık görülmektedir(55,57).

DSÖ küresel eylem planlarında, dünya nüfusunun yaşlanması ile kadın, erkek her iki cinste kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser, kronik akciğer hastalıkları, demans ve bu hastalıklardan dolayı ölüm oranlarında artışlar olduğu, BOH oranında yaşanan bu artışın ve özellikle gelişmekte olan ülkelere ciddi ekonomik yük oluşturduğu, ivedilikle bu hastalıkların altta yatan belirleyicilerinin çok iyi anlaşılması, önlenmesi ve kontrolü üzerinde çok sektörlü ulusal programların gerçekleştirilmesi gerektiği bildirilmiştir(58,59).

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu’nda kabul edilen “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Hükümet ve Devlet Başkanları Siyasi Bildirisi” ile BOH’ın önlenmesi, kontrolü ve etkisinin azaltılmasına yönelik ulusal çalışmaların desteklenmesi gayesiyle, DSÖ önderliğinde diğer tüm BM kuruluşları ve uluslararası mali kuruluşların iş birliği içerisinde olacağı belirtilmektedir. Bu kapsamda DSÖ, uluslararası ortaklar ve üye ülkeler tarafından, 2013-2020 Küresel BOH Eylem Planı, 2013 yılında yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz açısından da BOH konusu ele alınmış ve “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025)” hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur(60,61). Bu küresel müzakerelerde görüşlerin çoğu tütün ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite, kilo, beslenme ve diş sağlığı bakımı gibi KH’nın risk faktörleri ve sağlıklı yaşam tarzıyla ilgilidir ve BOH’ın risk faktörlerini yönetmek için bireysel sorumluluğun rolüne odaklanır(16).

2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Kavramsal olarak sağlık ve hastalık, tıbbi gelişmelere, farklı bakış açıları sebebiyle toplumdan topluma göre geçmişten günümüze farklı şekilde tanımlanmış ve tanımlar değişime uğramıştır. Hastalıktan ziyade artık sağlık, sağlıklı olmak, sağlıklı yaşamak günümüzün ilgi odağı konuları haline gelmiştir. DSÖ sağlığı bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ele almış, sağlıklı yaşam biçimini ise ciddi şekilde hasta olma ve genç yaşta ölüm ile ilgili risk faktörlerinin azalmasını sağlayan bir yaşam biçimi olarak tanımlamıştır(62,63).

Yapılan tanımlar farklı açılardan yorumlanmış ve sağlıklı yaşam ile ilgili birçok yaklaşım ortaya çıkmıştır. Tanımlar ve yaklaşımlar farklı olsa da değinilen pek çok unsur ortak özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar:

- Bedensel, zihinsel, manevi ve sosyal boyutları içeren sağlıklı yaşam kavramının çok boyutlu olması.
- Sağlıklı yaşamın sadece bedensel sağlıktan ibaret olmayıp insanın refahını da içine alan daha geniş bir kavram, sadece fiziksel hastalığın olmaması değil, insan bedenini, aklını ve ruhunu tüm yönleriyle ele alan bütünsel bir yaklaşım olması.
- Sağlıklı yaşamın insanın hayatı boyunca sağlık durumunu en iyi noktada tutması, sürekliliğinin olması.
- Sağlıklı yaşamın kişinin davranış ve uygulamalarına bağlı olarak bireysel olması ancak içinde yaşadığı çevreden de etkileniyor olması
- Kişinin hastalıklardan korunmak, hastalık oluşumunu önlemek ve daha iyi bir sağlık durumuna erişmesi için gereken şeylerin yapılmasının kendi öz sorumluluğunda olmasıdır(62).

Yaşam tarzından köken alan hastalıkların ve bunlara bağlı ölümleri engellemek için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması gerekmektedir. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazanılması bireyin kendisi ve hastalığı ile ilgili bilgi düzeyini arttırmasının yanında, KH'ın önlenmesinde, KH da yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük önem taşımaktadır(22).

Yaşlı insanların sağlığındaki bazı varyasyonlar genetik olsa da, çoğu, insanların cinsiyet, etnik köken veya sosyoekonomik statü gibi kişisel özelliklerinin yanı sıra evleri, mahalleleri ve toplulukları da dahil olmak üzere fiziksel ve sosyal çevrelerinden kaynaklanmaktadır. Fiziksel ve sosyal çevreler, sağlığı doğrudan veya

fırsatları, kararları ve sağlık davranışlarını etkileyen engeller veya teşvikler yoluyla etkileyebilir. Yaşam boyunca sağlıklı davranışları sŸrdŸrmek, özellikle dengeli beslenmek, dŸzenli fiziksel aktivite yapmak ve tŸtŸn kullanımından kaçınmak, bulaşıcı olmayan hastalık riskinin azaltılmasına, fiziksel ve zihinsel kapasitenin geliştirilmesine ve bakıma bağımlılığın geciktirilmesine katkıda bulunur(38).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlık sorumluluğuna sahip olmayı, dŸzenli fiziksel aktivite yapmayı, doğru beslenmeyi, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri, stres yönetimi olarak altı ana başlığı kapsar(64).

2.3.1. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin kendi sağlığına verdiği önemin göstergesi olarak sağlık sorumluluğu, kişinin sağlık durumunun iyilik halini koruyan, mevcut sağlığını geliştiren davranışları sergileyebilmesi ve sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekirse davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne dŸzeyde katıldığını belirler. Kişinin kendi sağlığını takip etmesi, iyiliğini hissetmesi, sağlığıyla ilgili değişiklik olduğuunda bir sağlık kuruluşuna başvurması, yaptırması gereken tıbbi kontrollerini dŸzenli olarak yaptırması, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlığını korumak için riskli davranışlardan uzak durup, gerekli önlemleri alması örnek olarak gösterilebilir(65).

2.3.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kasları kullanılarak yapılan, vŸcudumuzda artan enerji tŸketimiyle sonuçlanan istemli bedensel hareketler olarak tanımlanır. GŸnlŸk yaşamda yapılan ulaşım amacıyla yŸrŸmek veya bisiklet kullanmak, bahçe ve ev işleriyle uğraşmak gibi aktiviteler, spor ve egzersizler fiziksel aktivite olarak kabul edilir. Fiziksel aktivite gŸnlŸk yaşamın bir parçası olarak aktif yaşamayı, hafif, orta veya şiddetli egzersizleri planlı olarak uygulamayı kapsar. DŸzenli olarak fiziksel aktivite yapmak, fonksiyonel kapasiteyi, psikolojik iyi olma durumunu ve yaşam kalitesini etkin bir şekilde arttırır(66).

2.3.3. Beslenme

Beslenme, vücut fonksiyonlarını yerine getirebilmek, yaşamsal faaliyetlerimizi sürdürebilmek ve yaşam kalitemizi arttırabilmek için besinlerin vücuda alınmasıdır. Kişinin yaşı, cinsiyeti, fizyolojik ortamı, bedenin büyümesi, dokuların yenilenmesi ve işlevselliğinin devamı için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli besleme olarak açıklanmaktadır. Sağlıklı ve doğru beslenebilmek için sağlığa zararlı besinleri tüketmekten kaçınılmalı, vücudun ihtiyacı olan her besin türünden yeterli miktarda alınmalı, tek tip beslenme yerine çeşitli gıdalarla beslenmeli ve vücudun ihtiyaç duyduğu miktarda besin tüketilmelidir. Doğru beslenme, sağlıklı yaşamın ve metabolik hastalıklardan korunmanın ön koşullarından biridir(65).

2.3.4. Manevi Gelişim

Sağlığın manevi boyutu, bireyin hayat amacını, yaşamına anlam vermesini, yaşama umudu gereksinimini, ölümü kabul etmesini ve dini faaliyetlere yönelimini vurgular. Ağrı ve anksiyeteyi azaltır, mental, fizyolojik ve psikolojik rahatlığı arttırarak iletişimi olumlu etkiler. Manevi boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır(22,67).

2.3.5. Kişilerarası İlişkiler

İnsan ilişkilerinin büyük çoğunluğu ikili ilişkiler yoluyla sürdürülmekte ve değişmektedir. Eşler arası etkileşim, çocuğun ebeveynleriyle olan etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler kişiler arası ilişkilerin birer örneğidir. İnsanlar arası ilişkiler hayat boyu başarı, verimlilik ve mutlulukta büyük rol oynamaktadır. Kişiler arası ilişkiler toplumda kişinin kendini ruhsal yönden iyi hissetmesini sağlar. Aile ortamı ve ilişkileri, arkadaş ilişkileri özellikle yaşlılıkta yaşam doyumunu doğrudan etkilemektedir(68,69).

2.3.6. Stres Yönetimi

Stres, iç veya dış uyaranlar ya da durumlar sebebiyle organizmada meydana gelen zorlanmalar ve vücudun bunlara tepki olarak verdiği psikolojik, fizyolojik ve davranış reaksiyonları olarak ifade edilebilir. Stres durumunda kalp hızı artar, kan basıncı yükselir, kaslarda gerilmeler meydana gelir. Aşırı stres sebebiyle kalp hastalıkları, hipertansiyon, miyalji, diyabet, mide ülseri, cinsel problemler, bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi günlük yaşamı olumsuz etkileyen pek çok rahatsızlık ortaya çıkabilir. Stresi yönetmek, gerilimi azaltmak veya kontrol altına almak için; beden egzersizleri, gevşeme teknikleri, sosyal faaliyetlere katılma, gerilime sebep olan durumlardan uzak durma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve ibadet yapmak etkili yöntemler arasında sayılabilir(65,70).

2.4. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi terimi 1960'larda tıp literatürüne girmesinden bu yana, son yıllarda giderek daha popüler hale geldi. Aslında yaşam kalitesi kavramının kökü, 1947 yılında DSÖ'nün sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasına kadar uzanır. Sağlığın bu tanımında mana olarak refahın işaret edilmesi, sağlığın ve yaşam kalitesinin ne olduğu konusundaki kavramsal kafa karışıklığına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Bu sebeple yaşam kalitesini ifade eden pek çok tanımlama yapılmıştır(71). Nitekim 1990'larda DSÖ yaşam kalitesini, bireyin içinde yaşadığı kültür bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlamıştır(72). Bu nedenle yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve zihinsel durum, kişisel inançlar, özgüven düzeyi, toplumsal iletişim ve çevre ile yakından ilişkilidir.

Yaşam kalitesi, değerler, bakış açıları, memnuniyet, yaşam koşulları, başarılar, işlevsellik, kültürel bağlamlar ve maneviyat olarak anlaşılabilir. Yaşam kalitesinin çok boyutlu karmaşıklığının bir nedeni, bireyin yaşamının farklı yönlerini içermesidir. Diğer bir sebep ise her bireyin kendine has özellikleri olması ve iyi ya da kötü yaşam kalitesi algısının o kişiye özgü olmasıdır(73,74). Burada önemli olan nokta dışarıdan bir müdahale olmadan kişinin yaşamını tümüyle kendisinin analiz edip yaşam kalitesini değerlendirmesidir. Yapılan tanımlar genelde kişinin yaşamı ile ilgili

öznel algısı etrafında dönse de yaşam kalitesi nesnel açıdan da incelenmektedir. Yaşam kalitesi göstergeleri olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu, sağlık, hissedilen sosyal destek, yaşanan konut ve özellikleri, iş hayatı, boş zaman faaliyetleri sayılabilir(75). Yaşam kalitesini anlamak semptomların giderilmesini, hastaların bakımını ve rehabilitasyonunu iyileştirmek için önemlidir. Hastaların kendileri tarafından bildirilen yaşam kalitesi ile ortaya çıkan sorunlar, tedavi ve bakımda değişikliklere ve iyileşmelere yol açabilir veya bazı terapilerin çok az fayda sağladığını gösterebilir. Yaşam kalitesi, hastaları etkileyebilecek çeşitli sorunları belirlemek için de kullanılır. Bu tür bilgiler gelecekteki hastalara, hastalıklarının ve tedavisinin sonuçlarını tahmin etmelerine ve anlamalarına yardımcı olmak için iletebilir. Tedavi alıp iyileşen hastalar ve uzun süredir hayatta kalanlar, tedavileri tamamlandıktan çok sonra da devam eden problemlere sahip olabilirler. Bu geç sorunlar yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılmadan gözden kaçabilir. Yaşam kalitesi tıbbi karar verme için de önemlidir, çünkü yaşam kalitesi tedavi başarısının bir göstergesidir ve bu nedenle prognostik öneme sahiptir. Böylece yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili yönlerine atıfta bulunan bir alt başlık olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi terimi ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi, çeşitli disiplinler içinde ve arasında çeşitli şekillerde yorumlanan ve tanımlanan karmaşık bir kavramdır. Sonuç olarak, artık yaşam kalitesini değerlendirmek için birçok farklı araç kullanılmaktadır. Bu araçlar, temel olarak deneysel değerlendirmelere dayalı olarak geliştirilmiştir(76).

2.4.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Bir insanın ömrü iki majör bileşenle ilişkilidir, yaşam süresi ve yaşam kalitesi. Yaşam süresi doğumdan ölüme kadar geçen yılların sayısıdır. Yaşam kalitesi ise doğum ve ölüm arasındaki zamanın her noktasındaki kalitedir(77). Doğumda beklenen yaşam süresi arttı, artık insanlar daha uzun yaşamakta ve yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre, 2000 yılında dünyada 60 yaş üstü 600 milyon kişi varken, 2025 yılında bunun iki katına çıkması, 2050 yılında ise 60 yaş üstü nüfusun 2 milyarı bulacağı tahmin edilmektedir. Daha uzun yaşam beraberinde birtakım zorluklar ortaya çıkarır. İnsan yaşlandıkça fiziksel ve mental becerileri azalır, çeşitli sağlık sorunları baş gösterir, bağımlılık artar, eş, aile bireyleri veya arkadaş kaybı sonucu yalnızlaşır ve sosyal temas azalır(5,78).

Dünyada yaşlı popülasyonun artması ve yaşlanmanın getirdiği zorluklar dikkate alındığında yaşlılar üzerinde yapılan araştırmalar önem kazanmış bununla birlikte yaşlılarda yaşam kalitesi ve başarılı yaşlanma gibi konular öne çıkmıştır(78).

BM tarafından Madrid’de gerçekleştirilen 2. Dünya Yaşlılık Asamblesi’nde yaşlıların sorunları ve çözüm yolları görüşülmüş oluşturulan ‘Uluslararası Eylem Planı’ çerçevesinde yaşlı popülasyonun sağlıklı yaşamını koruması ve sağlıklı yaşamaya devam ettirilmesi, yaşam kalitesini arttırması, topluma entegrasyonu, aktif ve başarılı bir yaşlanma sağlamak için politikalar oluşturmak ve çalışmalar yapmak hedeflenmiştir(79). Böylece yaşlılara sunulan hizmetler, bu bireylerin mümkün olduğunca bağımsız hareket etmelerini, bilişsel ve entelektüel düzeylerinin yüksek olmasını, aktif yaşamlarını sürdürmelerini ve yaşamlarından memnun olmalarını (iyi bir yaşam kalitesini) amaçlamıştır.

Yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerini saptamak için yaşam kalitesini ölçmek anahtar rolü üstlenir. Yaşlılarda kronik hastalıkların yüksek oranda görülmesi ve yaşamın geri kalanını olumsuz etkilemesi nedeniyle yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi uygun bir şekilde değerlendirilmelidir. Araştırmalar ve klinik pratikte ölçek kullanırken seçilen popülasyon ve ortam için ölçek özelliklerinin ve öge içeriğinin uygunluğu dikkate alınmalıdır. Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yaşlılar ve geriatric çalışmalar için önemli olduğu bilinmesine rağmen bu ölçeklerin nasıl uygulanıp değerlendirildiği hakkında görüş birliğine varılamamıştır(80–82).

Mevcut durumda yaşam kalitesi ölçeklerinden yalnızca birkaçının yaşam kalitesini değerlendirebilecek, kapsamlı kavramsal bir yapısı vardır. Bunların içinden ileri yaş grubu için kullanılabilecek ölçeklerin sayısı da oldukça azdır. Çalışmamızda kullandığımız, DSÖ tarafından ülkemizin de içinde bulunduğu uluslararası 22 merkezin katılımıyla geliştirilmiş olan World Health Organization Quality of Life-OLD ölçeği WHOQOL-100’ün yaşlı özgül versiyonudur ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır(83). Bu ölçek duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık olmak üzere altı alt boyutu içermektedir.

Duyusal işlevler boyutu duyusal işleyişi değerlendirir. Yaşlılıkla birlikte duyusal işlevlerde kayıplar olur. Duyu bozuklukları günlük hayatı, sosyal hayatı ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkiler.

Özerklik, bağımsızlığın ifadesidir. İleri yaştaki bireyin kendi kararlarını verme özgürlüğünü, istediği şeyleri kendi başına yapabilme kabiliyetini gösterir. Bireye kontrolünün kendinde olduğu hissini verir.

Geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri boyutu hayatta kazanılan başarılarından elde edilen doyum ve başarmaya devam etme fırsatlarından memnun olarak geleceğe bakışı gösterir.

Sosyal katılım, her gün yapılacak aktiviteleri zamanı kullanma biçiminden memnun, yeterli düzeyde olacak şekilde toplum içinde yapabilmeyi anlatır.

Ölüm ve ölmek alt boyutu ölümün nasıl olacağı konusundaki endişeler, ölüm zamanının belirsizliğinden, ölümden ve ölmeden önce acı çekmekten korkmak hakkındadır.

Yakınlık boyutu ise hayatta arkadaşlık, sevgi ve aşk duygusunu, kişisel ve özel ilişkiler kurabilme yeteneğini değerlendirir(83,84).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu çalışma, 01 Temmuz 2022-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Adana ili Makbule Yusuf Televi ve 100. Yıl Aile Sağlığı Merkezlerin'e başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 244 birey ile gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2022 tarihli, 107 sayılı toplantısında onay alınmıştır ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı ve çalışmamızda kullanılan formlar hakkında bilgi verilerek katılımcıların onamları alınmıştır. Çalışma evreni Adana ili Makbule Yusuf Televi ve 100. Yıl Aile Sağlığı Merkezlerinde takipli 65 yaş ve üzeri olan 2532 kişiden oluşmaktadır. Epi info program ile yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü 244 kişidir. Güç %80, hata payı %5, güven aralığı %90 dır.

Buna göre, araştırma süresince Makbule Yusuf Televi ve 100. Yıl Aile Sağlığı Merkezlerin'e herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerle yüzyüze görüşme yapıldı, çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilerek 244 katılımcıyla görüşme sağlandı. Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri saklı tutulmuş ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

Araştırmaya 65 yaş ve üzeri yaşta ve son altı ayda en az bir kronik hastalık tanısı konulmuş olan, gönüllü ve sorulara tam eksiksiz cevap veren kişiler kabul edilmiş, katılmayı reddeden, ileri bilişsel bozukluğu olan ve iletişim kurulamayan kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Bu kişilere sosyodemografik veriler, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık durumları, kullandığı ilaç sayıları, sosyal ve bazı günlük yaşam aktiviteleri ve hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan yapılandırılmış bir anket formu uygulandıktan sonra tüm katılımcılara Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği ve sigara kullananlara da Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır.

Hazırlanan veri formunda A bölümünde sosyodemografik veriler kısmında katılımcıların, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yer, konut mülkiyeti ve konut tipi,

sağlık kurulundan alınmış engelli raporu varlığı, sigara ve alkol kullanım durumları sorgulandı.

Katılımcılar yaşlarına göre genç yaşlılar (65-74 yaş grubu) ve orta (75-84 yaş grubu) ve ileri (85 yaş ve üzeri) yaşlılar olarak iki gruba ayrıldı. Medeni durumuna göre evli ve eşi olanlar, eşi olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Eğitim durumuna göre okur-yazar olmayanlar düşük eğitimli, ilkokul mezunu olanlar orta eğitimli, ortaokul ve üstü okullardan mezun olanlar yüksek eğitimli olarak 3 gruba ayrıldı. Çalışma durumuna göre çalışmıyor ve çalışıyor olarak 2 gruba ayrıldı. Gelir düzeyine göre aylık geliri 3500 tl den az olanlar düşük gelirli, 3500 tl ile 6000 tl arasında olanlar orta gelirli, 6000 tl den fazla olanlar yüksek gelirli olarak 3 gruba ayrıldı. Hayatının en uzun bölümünü yere göre köy ve kasabada geçirenler ve şehir merkezinde geçirenler olarak 2 gruba ayrıldı. Yaşadıkları konutun mülkiyetine göre kendine ait ve kiracı olarak 2 gruba ayrıldı. Yaşadıkları konutun tipine göre müstakil evde yaşayanlar ve apartman dairesinde yaşayanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Engel durumu raporu var ve yok olarak 2 gruba ayrıldı. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı sorgulandı. Sigara kullanan bireylere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı, test puanları hesaplanarak belirtildi ve bağımlılık düzeyleri kaydedildi.

Veri toplama formu B bölümünde antropometrik ölçümler kısmında katılımcıların boy, kilo, bel çevresi ve kan basınçları ölçüldü. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplanarak kaydedildi. Boy ölçümleri katılımcı ayakkabısız olarak ayakta dik durur vaziyetteyken dik duvara yerleştirilmiş mezura yardımıyla ölçüldü. Vücut ağırlıkları, katılımcı üzerinde hafif giyeceklerle ve yalın ayak iken elektronik tartı aleti kullanılarak tartıldı. Bel çevresi, katılımcı ayakta iken krista iliyaka ile 12. kosta arasındaki orta noktadan yere paralel olarak geçip bele sarılan elastik olmayan bir mezür yardımıyla ölçüldü. Kadın katılımcıların bel çevresi 88,9 cm'den küçük olanlar normal, 89 cm ve üstü olanlar bel çevresi fazla; erkek katılımcıların ise bel çevresi 101,9 cm'den küçük olanlar normal 102 cm ve üstü olanlar bel çevresi fazla olarak sınıflandırıldı. Katılımcılar kan basıncı ölçümünden yarım saat önce egzersiz yapmaması, çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekler ve sigara içmemesi konusunda bilgilendirildi. Katılımcıların arteriyel kan basıncı ölçümleri doğru ölçüm kurallarına özen gösterilerek gürültüsüz, sıcaklığı uygun ortamda ve gerektiğinde ölçüm yapmak için hasta yarım saat bekletildikten sonra yapıldı. VKİ; vücut ağırlığı metre biriminden

boyun karesine bölünerek (kg/m^2) hesaplandı. Çalışmada VKİ değeri 18,5-24,9 kg/m^2 olan bireyler normal kilolu, 25-29,9 kg/m^2 arası olan bireyler fazla kilolu, 30-39,9 kg/m^2 arası olan bireyler obez, VKİ 40 kg/m^2 üzeri olan bireyler morbid obez olarak sınıflandırıldı.

Veri toplama formu C bölümünde katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklar ve kullandıkları ilaçlar sorgulanarak kaydedildi.

Veri toplama formu D bölümünde katılımcıların bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri 5'li Likert skala kullanılarak sorgulandı. Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı bilgileri kaydedildi.

Veri toplama formu E bölümünde katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyleri ve sağlık durumları 5'li Likert skala kullanılarak sorgulandı. Hastalıklarıyla ilgili aile hekiminden edinilen bilgi, hastalıklarıyla ilgili branş doktorundan edinilen bilgi, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, sağlık durumu verileri kaydedildi. Ardından katılımcılara veri toplama formu F bölümündeki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ve G bölümündeki WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçekleri uygulandı. Çalışmamızın veri toplama formu toplamda 114 sorudan oluşuyordu ve her bir birey için veri toplama süresi ortalama 30 dakika kadar süre aldı. Anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 hastadan oluşan örneklem üzerinde pilot çalışma yapıldı ve öneriler doğrultusunda ankete son şekli verildi.

3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Çalışmada Walker ve ark. Tarafından 1987 yılından geliştirilen ve 1996 yılında revize edilen 52 maddeden oluşan, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2008 yılında Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak bireysel olarak sağlığını geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek 6 alt

boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51. maddeler), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46. maddeler), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50. sorular), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52. maddeler), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49. maddeler) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47. maddeler). Ölçek 4'lü likert tipinde (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)) geliştirilmiş olup katılımcıların alabileceği en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir(85). Araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin değerlendirilmesi için her bir ifadenin aritmetik ortalaması alınmış, ardından ölçeği oluşturan ifadelerin aldığı puanlar toplanarak her bir alt boyutun elde ettiği puan hesaplanmıştır.

3.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)

Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği 1998 yılında, WHOQOL grubu tarafından geliştirilmiştir (The WHOQOL Group 1998). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Kullanılan WHOQOL-OLD ölçeği 24 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu altı boyut şunlardır: “duyusal işlevler” (1,2, 10 ve 20 numaralı sorular), “Özerklik” (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), “Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri”(12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), “Sosyal katılım” (14,16, 17 ve 18 numaralı sorular), “Ölüm ve ölmek” (6, 7,8 ve 9 numaralı sorular) ve “Yakınlık” (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular). Ölçekte 5'li likert derecelendirmesi kullanılmıştır. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla“toplam puan” da hesaplanabilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 iken; en yüksek puan 120'dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir(83).

3.1.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sigaraya fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacı ile Fagerström tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. (2004) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,56 olarak hesaplanmıştır. Ölçek her biri farklı puanlar alan 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-10 puan arasında olmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puana göre (0-3 puan) hafif nikotin bağımlılığını, (4-6 puan) orta nikotin bağımlılığını, (7-10 puan) ise şiddetli nikotin bağımlılığın ifade eder(86).

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Veriler SPSS 25.0 programında analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri, antropometrik ölçümleri, kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayıları, bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri, hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumları ve ölçeklerden aldıkları puanlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda One Way Anova ve Post-hoc Tukey testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. P değeri<0,05 olduğu durumlarda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Kesitsel tipteki bu araştırma 01 Temmuz 2022-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Adana ili Makbule Yusuf Televi ve 100. Yıl 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üzerindeki 244 gönüllü katılımcı ile yürütüldü. Katılımcıların toplam yaş ortalamaları $70,8 \pm 5,6$ yıl (en küçüğü 65 ve en büyüğü 90 yıl) idi. Araştırmaya katılan genç yaşlılar (65-74 yaş grubu) 187 kişi (%76,6), orta yaşlılar (75-84 yaş grubu) 51 kişi (%20,9) ve ileri yaşlılar (85 yaş ve üzeri) ise 6 kişi (%2,5) idi. Katılımcılar genç yaşlılar 187 kişi (%76,6), orta ve ileri yaşlılar 57 kişi (%23,4) olarak gruplandırıldı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Yaşlarına Göre Sınıfları (n=244)

Yaş Sınıfı	n	%
Genç Yaşlılar	187	%76,6
Orta ve İleri Yaşlılar	57	%23,4

Çalışmaya katılan bireylerin 109'u (%44,7) kadın, 135'i (%55,3) erkekti. Katılımcıların 176'sı (%72,1) evli eşi olanlardan, 68'i (%27,9) eşi olmayanlardan (7 kişi boşanmış, 57 kişi eşini kaybetmiş, 4 kişi bekar) oluşuyordu.

Katılımcılardan 65'i (%26,6) düşük eğitimli, 120'si (%49,2) orta eğitimli, 59'u (%24,2) yüksek eğitimli idi. Çalışma durumlarına bakıldığında 226'sı (%92,6) çalışmadığını, 18'i (%7,4) çalışıyor olduğunu belirtmiştir. Aylık gelir dağılımına göre 96'sı (%39,3) düşük gelirli (geliri 3500 TL'den az), 121'i (%49,6) orta gelirli (geliri 3500-6000 TL arası), 27'si (%11,1) yüksek gelirli (geliri 6000 TL'den fazla) kabul edildi.

Katılımcılara hayatlarının en uzun bölümünü nerede geçirdikleri sorulduğunda, 27'si (%11,1) köy ve kasabada, 217'si (%88,9) şehir merkezinde olduğunu belirtti. Katılımcıların 209'u (%85,7) yaşadığı evin kendine ait olduğunu 35'i (%14,5) kiracı olduğunu bildirdi. Katılımcılardan 184'ü (%75,4) müstakil evde, 60'ı (%24,6) apartman dairesinde yaşıyordu. Katılımcıların engel durumu sorulduğunda 15 kişinin (%6,1) engelli raporu olduğu, rapor oranlarının ortalama değerinin $69,1 \pm 22,2$ (en küçük değerin 40 en büyük değerin 98) olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler (n=244)		n	%
Cinsiyet	Erkek	135	55,3
	Kadın	109	44,7
Medeni Durum	Evli ve eşi olanlar	176	72,1
	Eşi olmayanlar	68	27,9
Eğitim Durumu	Düşük eğitilmiş	65	26,6
	Orta eğitilmiş	120	49,2
	Yüksek eğitilmiş	59	24,2
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	226	92,6
	Çalışıyor	18	7,4
Gelir Düzeyi	Düşük gelirli	96	39,3
	Orta gelirli	121	49,6
	Yüksek gelirli	27	11,1
Hayatının en uzun bölümünü geçirdiği yer	Köy ve kasaba	27	11,1
	Şehir merkezi	217	88,9
Yaşadığı Konut	Kendine ait	209	85,7
	Kiracı	35	14,3
Konut Tipi	Müstakil ev	184	75,4
	Apartman daresi	60	24,6
Engelli rapor	Var	15	6,1
	Yok	229	93,9

Katılımcılara sigara kullanımı sorulduğunda, 40 kişi (%16,4) evet, 204 kişi (%83,6) hayır cevabını verdi, alkol kullanımı sorulduğunda ise 16 kişi (%6,6) evet, 228 kişi (%93,4) hayır cevabını verdi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları

n=244		n	%
Sigara	Evet	40	16,4
	Hayır	204	83,6
Alkol	Evet	16	6,6
	Hayır	228	93,4

Sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarına göre 25 kişi (%10,2) hafif nikotin bağımlısı, 8 kişi (%3,3) orta nikotin bağımlısı, 7 kişi (%2,9) şiddetli nikotin bağımlısı olarak değerlendirildi (Tablo 4).

Tablo 4. Sigara kullananların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Sınıflaması

n=40	n	%
Hafif nikotin bağımlısı	25	10,2
Orta nikotin bağımlısı	8	3,3
Şiddetli nikotin bağımlısı	7	2,9

Ağırlık ortalaması katılımcıların tamamında $78,0 \pm 14,8$ kg (en küçük 44 kg, en büyük 128 kg) iken kadın ve erkek katılımcıların ağırlık ortalamaları sırasıyla; $75,4 \pm 15,8$ kg (en küçük 44 kg, en büyük 128 kg), $80,2 \pm 13,6$ kg (en küçük 47 kg, en büyük 120 kg) idi. Katılımcıların toplam boy ortalamaları $163,2 \pm 0,9$ cm (en küçük 141 cm en büyük 187 cm) iken kadın ve erkek katılımcıların boy ortalamaları sırasıyla; $156,5 \pm 0,7$ cm (en küçük 141 cm, en büyük 175 cm), $168,7 \pm 0,7$ cm (en küçük 150 cm, en büyük 187 cm) idi. Katılımcıların toplam VKİ değeri ortalaması $29,4 \pm 5,7$ (en küçük 19,1, en büyük 53,0) iken kadın ve erkek katılımcıların VKİ değeri ortalaması sırasıyla; $30,8 \pm 6,4$ (en küçük 19,3, en büyük 53,0), $28,2 \pm 4,7$ (en küçük 19,1, en büyük 43,1) idi. Bel çevresi ortalamaları katılımcıların tamamında $100,6 \pm 12,5$ cm (en küçük 63 cm en büyük 143 cm) iken kadınlarda $99,6 \pm 13,9$ cm (en küçük 63 cm, en büyük 143 cm), erkeklerde $101,4 \pm 11,2$ cm (en küçük 72 cm, en büyük 129 cm) idi. Katılımcıların toplam sistolik KB ortalaması $138,6 \pm 19,1$ mmHg (en küçük 90 mmHg, en büyük 189 mmHg) iken kadınlarda sistolik KB ortalaması $138,4 \pm 19,5$ mmHg (en küçük 90 mmHg, en büyük 189 mmHg), erkeklerde sistolik KB ortalaması $138,8 \pm 18,8$ mmHg (en küçük 94 mmHg, en büyük 183 mmHg) ve katılımcıların tamamında diyastolik KB ortalaması $79,9 \pm 10,5$ mmHg (en küçük 50 mmHg, en büyük 111 mmHg) iken kadınlarda diyastolik KB ortalaması $79,9 \pm 11,0$ mmHg (en küçük 50 mmHg, en büyük 111 mmHg), erkeklerde diyastolik KB $79,9 \pm 10,1$ mmHg (en küçük 50 mmHg, en büyük 107 mmHg) idi (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların antropometrik verileri ve kan basıncı değerleri

n=244		Ort±SS*	En Küçük	En Büyük
Ağırlık (kg)	Kadın	75,4±15,8	44	128
	Erkek	80,2±13,6	47	120
	Toplam	78,0±14,8	44	128
Boy (cm)	Kadın	156,5±0,7	141	175
	Erkek	168,7±0,7	150	187
	Toplam	163,2±0,9	141	187
VKİ (kg/m2)	Kadın	30,8±6,4	19,3	53,0
	Erkek	28,2±4,7	19,1	43,1
	Toplam	29,4±5,7	19,1	53,0
Bel Çevresi (cm)	Kadın	99,6±13,9	63	143
	Erkek	101,4±11,2	72	129
	Toplam	100,6±12,5	63	143
Sistolik KB (mmHg)	Kadın	138,4±19,5	90	189
	Erkek	138,8±18,8	94	183
	Toplam	138,6±19,1	90	189
Diastolik KB (mmHg)	Kadın	79,9±11,0	50	111
	Erkek	79,9±10,1	50	107
	Toplam	79,9±10,5	50	111

Ort±SS*: Ortalama ± standart sapma

Katılımcılar VKİ'ye göre 59 kişi (%24,2) normal (VKİ değeri 18,5-24,9), 73 kişi (%29,9) fazla kilolu (VKİ değeri 25-29,9), 112 kişi (%45,9) obez ve morbid obez (VKİ değeri 30-39,9 olan obez, 40'tan büyük olan morbid obez) olarak sınıflandırıldı (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların VKİ'ye göre sınıfları

n=244	n	%
Normal	59	24,2
Fazla Kilolu	73	29,9
Obez ve Morbid Obez	112	45,9

Çalışmaya katılan kadın katılımcılardan 22'si (%20,2) bel çevresi ölçümüne göre bel çevresi normal (bel çevresi 88,9 cm'den küçük olanlar) ve 87'si (%79,8) bel çevresi fazla (bel çevresi 89 cm ve üstü olanlar) olarak sınıflandırıldı (Tablo 7).

Tablo 7. Kadın katılımcıların bel çevresine göre sınıfları

n=109	n	%
Bel Çevresi Normal	22	20,2
Bel Çevresi Fazla	87	79,8

Çalışmaya katılan erkek katılımcılardan 71'i (%52,6) bel çevresi ölçümüne göre bel çevresi normal (bel çevresi 101,9 cm'den küçük olanlar) ve 64'ü (%47,4) bel çevresi fazla (bel çevresi 102 cm ve üstü olanlar) olarak sınıflandırıldı (Tablo 8).

Tablo 8. Erkek katılımcıların bel çevresine göre sınıfları

n=135	n	%
Bel Çevresi Normal	71	52,6
Bel Çevresi Fazla	64	47,4

Katılımcılara kronik hastalık sayıları sorulduğunda 47 kişi (%19,3) hiç kronik hastalığı olmadığını, 106 kişi (%43,4) 1 ve 2 tane kronik hastalığı olduğunu, 91 kişi (%37,3) 3 tane ve daha fazla kronik hastalığı olduğunu beyan etti. Tüm katılımcıların kronik hastalık sayı ortalaması $2,0 \pm 1,5$ (en az 0, en fazla 6 tane) idi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalık sayıları (n:244)

Kronik Hastalık Sayısı	n	%
Kronik hastalığı yok	47	19,3
1-2 tane	106	43,4
3 tane ve üzeri	91	37,3

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların 153'ünde (%62,7) hipertansiyon, 79'unda (%32,4) kardiyak hastalık, 78'inde (%32) diabetes mellitus, 41'inde (%16,8) solunumsal hastalık, 39'unda (%16) prostat hastalığı, 28'inde (%11,5) romatolojik

hastalık, 24'ünde (%9,8) tiroid hastalığı, 16'sında (%6,6) serebrovasküler hastalık, 10'unda (%4,1) kanser, 23'ünde (9,4) diğer hastalıkların tanısı mevcuttu (Tablo10).

Tablo 10. Katılımcıların kronik hastalık durum verileri

Kronik Hastalıklar	n	%
Hipertansiyon	153	62,7
Kardiyak Hastalık	79	32,4
Diabetes Mellitus	78	32
Solunumsal Hastalık	41	16,8
Prostat Hastalığı	39	16
Romatolojik Hastalık	28	11,5
Tiroid Hastalığı	24	9,8
Serebrovasküler Hastalık	16	6,6
Kanser	10	4,1
Diğer Hastalıklar	23	9,4

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısı ortalama $3,7 \pm 3,4$ (en az 0, en fazla 16) tane idi. Hiçbir ilaç kullanmayan 45 kişi (%18,4), 1-4 tane ve arası ilaç kullanan 113 kişi (%46,3), 5 ve üzeri ilaç kullanan 86 kişi (%35,3) vardı (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların kullandığı ilaç sayılarına göre sınıflaması

Kullandığı ilaç sayısı	n	%
0	45	18,4
1-4 ilaç	113	46,3
5 ve üzeri ilaç	86	35,3

Katılımcıların bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinden arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, hobilerle vakit geçirme sıklığı beşli Likert (1; hiç, 2; biraz, 3; orta, 4; çok, 5; çok fazla) sistemiyle sorgulandığında;

arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $3,1 \pm 0,8$ idi ve test değeri olarak alınan 3,0'a göre istatistiksel olarak anlamlı farkı yoktu ($t=1,483$, $p=0,139$). İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti cevaplarının ortalama puanı $3,7 \pm 0,7$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=17,271$, $p=0,000$). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ile ilgili verilen cevapların ortalama puanı $2,6 \pm 0,8$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-7,549$, $p=0,000$). Kahvehanede vakit geçirme sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $1,3 \pm 0,7$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-37,496$, $p=0,000$). Parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı ile ilgili verilen cevapların ortalama puanı $1,14 \pm 0,5$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-57,423$, $p=0,000$). Camiye gitme sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $1,6 \pm 0,8$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-26,161$, $p=0,000$). Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $2,7 \pm 0,8$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-5,639$, $p=0,000$). Televizyon izleme sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $2,8 \pm 0,9$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-2,922$, $p=0,004$). Kitap, gazete, dergi okuma sıklığı için verilen cevapların ortalama puanı $1,6 \pm 0,9$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-24,845$, $p=0,000$). Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı ile ilgili verilen cevapların ortalama puanı $3,4 \pm 0,9$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=6,072$, $p=0,000$). Hobilerle vakit geçirme sıklığı ile ilgili verilen cevapların ortalama puanı $1,7 \pm 0,9$ olup test değeri olarak alınan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-23,672$, $p=0,000$), (Tablo 12).

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri beşli Likert puanlamaya göre (1; hiç, 2; biraz, 3; orta, 4; çok, 5; çok fazla) sorgulandı. Bulunan ortalama puanlara test değeri 3,0 alınarak tek örneklemli t testi uygulandı. Buna göre 'Hastalıklarınız hakkında aile hekiminizin verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?' sorusuna verilen cevap için ortalama puan ($4,3 \pm 0,7$) test değeri 3,0'a göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=30,346$, $p=0,000$). 'Hastalıklarınız hakkında hastanedeki uzman doktorunuzun verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?' sorusuna verilen cevap için ortalama puan ($3,7 \pm 0,7$) test değeri 3,0'a göre anlamlı olarak yüksek bulundu

($t=16,219$, $p=0,000$). ‘Hastalıklarınız ile ilgili verilen ilaçları nasıl kullanacağınızı ne kadar biliyorsunuz?’ sorusuna verilen cevap için ortalama puan ($3,9\pm0,5$) test değeri 3,0’a göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=27,923$, $p=0,000$). ‘Hastalıklarınızın düzelmesine yönelik olumlu davranışlar hakkında yeterli bilginiz var mı?’ sorusuna verilen cevap için ortalama puan ($3,7\pm0,5$) test değeri 3,0’a göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=21,399$, $p=0,000$), (Tablo 13).

Tablo 12. Katılımcıların bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili verileri

Sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri	Ort. $\pm$ SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1 $\pm$ 0,8	1,483	0,139
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7 $\pm$ 0,7	17,271	0,000**
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,6 $\pm$ 0,8	-7,549	0,000**
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,3 $\pm$ 0,7	-37,496	0,000**
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,14 $\pm$ 0,5	-57,423	0,000**
Camiye gitme sıklığı	1,6 $\pm$ 0,8	-26,161	0,000**
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,7 $\pm$ 0,8	-5,639	0,000**
Televizyon izleme sıklığı	2,8 $\pm$ 0,9	-2,922	0,004*
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,6 $\pm$ 0,9	-24,845	0,000**
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4 $\pm$ 0,9	6,072	0,000**
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7 $\pm$ 0,9	-23,672	0,000**

*1; hiç, 2; biraz, 3; orta, 4; çok, 5; çok fazla **Tek örneklemlili t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. * $p<0,01$, ** $p<0,001$.

Tablo 13. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri

Hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri	Ort [*] ±SS	Test Değeri 3,0	
		t ^{**}	p
Hastalıklarınız hakkında aile hekiminizin verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?	4,3±0,7	30,346	0,000 [*]
Hastalıklarınız hakkında hastanedeki uzman doktorunuzun verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?	3,7±0,7	16,219	0,000 [*]
Hastalıklarınız ile ilgili verilen ilaçları nasıl kullanacağınızı ne kadar biliyorsunuz?	3,9±0,5	27,923	0,000 [*]
Hastalıklarınızın düzelmesine yönelik olumlu davranışlar hakkında yeterli bilginiz var mı?	3,7±0,5	21,399	0,000 [*]

*1; hiç, 2; biraz, 3; orta, 4; çok, 5; çok fazla **Tek örneklemli t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. ^{*}p<0,001.

Katılımcıların sağlık durumu beşli Likert puanlamaya göre (1; çok kötü, 2; kötü, 3; orta, 4; iyi, 5; çok iyi) sorgulandı. Bulunan ortalama puanlara test değeri 3,0 alınarak tek örneklemli t testi uygulandı. Buna göre ‘Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen cevap için ortalama puan (3,7±0,3) test değeri 3,0’a göre anlamlı olarak düşük bulundu (t=17,056, p=0,000), (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların sağlık durumu verileri

Sağlık durumu	Ort [*] ±SS	Test Değeri 3,0	
		t ^{**}	p
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	3,7±0,3	17,056	0,000 [*]

*1; çok kötü, 2; kötü, 3; orta, 4; iyi, 5; çok iyi **Tek örneklemli t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. ^{*}p<0,001.

Katılımcıların SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu ortalama puanı 28,1±3,5, fiziksel aktivite alt boyutu ortalama puanı 16,3±4,2, beslenme alt boyutu ortalama puanı 30,0±3,4, manevi gelişim alt boyutu ortalama puanı 29,1±3,4, kişiler arası ilişkiler alt boyutu ortalama puanı 30,0±4,0, stres yönetimi alt boyutu ortalama puanı 25,2±3,5, genel puanı ortalama 158,8±17,6 idi (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların SYBD-II ölçeği puanları

n=244	Ölçeğin Alt-Üst Değeri	Ort.±SS*
Sağlık Sorumluluğu	9-36	28,1±3,5
Fiziksel Aktivite	8-32	16,3±4,2
Beslenme	9-36	30,0±3,4
Manevi Gelişim	9-36	29,1±3,4
Kişiler Arası İlişkiler	9-36	30,0±4,0
Stres Yönetimi	8-32	25,2±3,5
SYBD-II Genel Puan	52-208	158,8±17,6

*SS: Standart sapma

Katılımcıların WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler alt boyutu ortalama puanı 9,2±1,9, özerklik alt boyutu ortalama puanı 15,8±2,2 geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutu ortalama puanı 14,1±2,6, sosyal katılım alt boyutu ortalama puanı 13,8±2,6, ölüm ve ölmek alt boyutu ortalama puanı 10,4±3,0, yakınlık alt boyutu ortalama puanı 17,4±2,5, genel puanı ortalama 80,8±8,5 idi (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların WHOQOL-OLD ölçeği puanları

n=244	Ölçeğin Alt-Üst Değeri	Ort.±SS*
Duyuşal İşlevler	4-20	9,2±1,9
Özerklik	4-20	15,8±2,2
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	4-20	14,1±2,6
Sosyal Katılım	4-20	13,8±2,6
Ölüm ve Ölmek	4-20	10,4±3,0
Yakınlık	4-20	17,4±2,5
WHOQOL-OLD Genel Puan	24-120	80,8±8,5

*SS: Standart sapma

Katılımcıların yaşa göre kronik hastalık sayısı ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-0,258$, $p=0,299$).

Katılımcıların yaşa göre kullandığı ilaç sayılarının ortalaması genç yaşlılarda (3,6±3,2) orta ve ileri yaşlılara göre (4,3±4,0) anlamlı olarak düşük saptandı ($t=1,271$, $p=0,043$), (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların yaş sınıfına göre kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Kronik hastalık sayısı	2,0±1,5	2,1±1,6	-0,258	0,299
Kullanılan ilaç sayısı	3,6±3,2	4,3±4,0	-1,271	0,043 *

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05

Katılımcıların yaşa göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin ortalamaları karşılaştırıldığında kilo ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=2,427 p=0,447). Katılımcıların yaşa göre boy ortalamaları genç yaşlılarda (163,3±9,9) orta ve ileri yaşlılara göre (163,2±8,1) anlamlı olarak yüksek saptandı (t=0,016, p=0,040). Katılımcıların yaşa göre VKİ ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=2,550 p=0,946). Katılımcıların yaşa göre bel çevresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=1,425 p=0,578). Katılımcıların yaşa göre sistolik kan basınçları ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=-0,774 p=0,848). Katılımcıların yaşa göre diyastolik kan basınçları ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=-0,024 p=0,363), (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların yaş sınıfına göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Kilo (kg)	79,3±14,6	74,0±14,8	2,427	0,447
Boy (cm)	163,3±9,9	163,2±8,1	0,016	0,040*
VKİ (kg/m2)	29,9±5,8	27,7±5,1	2,550	0,946
Bel çevresi (cm)	101,2±12,3	98,5±13,0	1,425	0,578
Sistolik KB (mmHg)	138,1±19,0	140,3±19,3	-0,774	0,848
Diyastolik KB (mmHg)	79,9±10,3	80,0±11,0	-0,024	0,363

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0.05

Katılımcıların yaşa göre sigara ve alkol kullanım durumları karşılaştırıldığında sigara kullanımı puan ortalamaları genç yaşlılarda ($1,8 \pm 0,4$) orta ve ileri yaşlılara göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-1,780$ $p=0,000$). Katılımcıların yaşa göre alkol kullanım durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=0,769$ $p=0,130$), (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların yaş sınıfına göre sigara ve alkol kullanım durumlarının karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Sigara Kullanımı	1,8±0,4	1,9±0,3	-1,780	0,000 *
Alkol kullanımı	1,9±0,2	1,9±0,3	0,769	0,130

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0.001$

Katılımcıların yaşa göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları genç yaşlılarda ($1,2 \pm 0,7$) orta ve ileri yaşlılara göre ($1,4 \pm 0,8$) göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-1,125$ $p=0,028$). Parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı ortalamaları genç yaşlılarda ($1,2 \pm 0,7$) orta ve ileri yaşlılara göre ($1,1 \pm 0,3$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=1,253$ $p=0,010$), (Tablo 20).

Katılımcıların yaşa göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, kullanılan ilaçların kullanım bilgisi, sağlık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları genç yaşlılarda ($3,8 \pm 0,5$) orta ve ileri yaşlılara göre ($3,6 \pm 0,5$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=2,518$, $p=0,015$), (Tablo 21).

Tablo 20. Katılımcıların yaş sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	3,0±0,8	0,818	0,125
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,7	3,7±0,6	-0,150	0,509
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,6±0,8	2,5±0,8	0,982	0,136
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,2±0,7	1,4±0,8	-1,125	0,028*
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,7	1,1±0,3	1,253	0,010*
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,8	1,7±0,9	-1,183	0,128
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,7±0,8	2,7±0,7	0,268	0,615
Televizyon izleme sıklığı	2,8±0,9	2,8±1,0	0,407	0,294
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,9	1,5±0,8	1,006	0,303
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,5±0,8	-0,793	0,135
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,8	1,6±0,9	0,961	0,833

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05

Tablo 21. Katılımcıların yaş sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,8	4,3±0,6	0,150	0,272
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,8±0,6	3,7±0,8	-0,141	0,559
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,8±0,6	4,0±0,5	0,880	0,530
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,5	3,8±0,5	2,518	0,015*
Sağlık durumu	3,6±0,8	3,9±0,6	0,633	0,473

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, *p<0.05

Katılımcıların yaşa göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05),(Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların yaş sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,2±3,5	27,9±3,5	0,672	0,951
Fiziksel Aktivite	16,5±4,3	15,8±4,0	1,099	0,940
Beslenme	30,0±3,4	29,9±3,3	0,277	0,631
Manevi Gelişim	29,3±3,4	28,6±3,6	1,345	0,543
Kişiler Arası İlişkiler	30,0±4,0	30,0±4,1	0,139	0,930
Stres Yönetimi	25,1±3,6	25,5±3,1	-0,694	0,098
SYBD-II Ölçeği Toplam	159,2±17,9	157,6±16,8	0,454	0,601

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşa göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). (WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları genç yaşlılarda ($80,6\pm9,0$) orta ve ileri yaşlılara göre ($81,8\pm6,6$) düşük saptandı. ($t=-0,971$, $p=0,018$), (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların yaş sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Yaş Sınıfı		t*	p
	Genç Yaşlılar (n=187) Ort.±SS	Orta ve İleri Yaşlılar (n=57) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,0±1,8	9,8±2,3	-2,606	0,146
Özerklik	15,7±2,3	16,1±1,9	-1,189	0,223
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,0±2,6	14,5±2,4	-1,178	0,157
Sosyal Katılım	13,9±2,6	13,6±2,5	0,719	0,787
Ölüm ve Ölmek	10,5±3,1	10,3±2,9	0,362	0,287
Yakınlık	17,5±2,5	17,5±2,3	-0,206	0,124
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	80,6±9,0	81,8±6,6	-0,971	0,018*

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$

Katılımcıların cinsiyete göre yaşları, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayıları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların cinsiyete göre yaşlarının, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Yaş	70,2±5,5	71,4±5,6	1,624	0,674
Kronik hastalık sayısı	2,1±1,5	1,9±1,5	-1,402	0,536
Kullanılan ilaç sayısı	3,8±3,1	3,7±3,7	-0,231	0,167

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. $p<0,05$

Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin ortalamaları karşılaştırıldığında kilo, boy, bel çevresi, SKB ve DKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyete göre VKİ ortalamaları kadınlarda ($30,8\pm6,4$) erkeklere göre ($28,2\pm4,7$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-3,706$ $p=0,008$), (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Kilo (kg)	75,5±15,8	80,2±13,6	2,513	0,170
Boy (cm)	156,5±7,2	168,7±7,6	12,831	0,668
VKİ (kg/m ²)	30,8±6,4	28,2±4,7	-3,706	0,008*
Bel çevresi (cm)	99,6±13,9	101,4±11,2	1,084	0,092
Sistolik KB (mmHg)	138,4±19,5	138,8±18,8	0,166	0,768
Diastolik KB (mmHg)	80,0±11,0	79,9±10,0	-0,097	0,673

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,01$

Katılımcıların cinsiyete göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı

hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları kadınlarda ($2,3\pm0,6$) erkeklere göre ($2,9\pm0,9$) anlamlı olarak düşük saptandı ($t=6,161$ $p=0,000$). Kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları kadınlarda ($1,0\pm0,1$) erkeklere göre ($1,5\pm0,9$) göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=5,375$ $p=0,000$). Parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı ortalamaları kadınlarda ($1,1\pm0,4$) erkeklere göre ($1,2\pm0,6$) kadınlara göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,219$ $p=0,000$). Camiye gitme sıklığı ortalamaları kadınlarda ($1,2\pm0,4$) erkeklere göre ($1,9\pm0,9$) anlamlı olarak düşük saptandı ($t=8,250$ $p=0,000$), (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların cinsiyete göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	3,1±0,9	0,394	0,251
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,6	3,8±0,7	0,995	0,634
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,3±0,6	2,9±0,9	6,161	0,000*
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,0±0,1	1,5±0,9	5,375	0,000*
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,4	1,2±0,6	2,219	0,000*
Camiye gitme sıklığı	1,2±0,4	1,9±0,9	8,250	0,000*
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,6±0,7	-2,206	0,656
Televizyon izleme sıklığı	2,7±0,9	2,9±0,9	1,536	0,297
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,5±0,9	1,7±0,9	2,156	0,642
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,31±1,0	3,4±0,9	0,842	0,932
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,9	1,8±0,9	0,950	0,826

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,001$

Katılımcıların cinsiyete göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları kadınlarda ($3,8\pm0,6$) erkeklere göre ($4,0\pm0,5$) anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,094$,

p=0,013). Sağlık durumu ortalamaları kadınlarda ($3,6 \pm 0,8$) erkeklere göre ($3,9 \pm 0,6$) daha düşük saptandı ($t=3,523$, $p=0,000$) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların cinsiyete göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,8	4,3±0,6	0,378	0,056
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,8±0,6	3,7±0,8	-1,094	0,051
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,8±0,6	4,0±0,5	2,094	0,013*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,5	3,8±0,5	1,437	0,319
Sağlık durumu	3,6±0,8	3,9±0,6	3,523	0,000**

*İki örneklemli t testi kullanılmıştır. * $p<0,01$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların cinsiyete göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$),(Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların cinsiyete göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,9±3,7	28,3±3,3	0,895	0,191
Fiziksel Aktivite	15,3±3,9	17,1±4,3	3,494	0,073
Beslenme	29,9±3,4	30,1±3,3	0,506	0,929
Manevi Gelişim	28,5±3,4	29,6±3,4	2,438	0,742
Kişiler Arası İlişkiler	29,5±4,2	3,5±3,9	1,908	0,643
Stres Yönetimi	24,3±3,7	26,0±3,2	3,809	0,196
SYBD-II Ölçeği Toplam	155,4±17,8	161,6±17,1	2,761	0,920

*İki örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$),(Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların cinsiyete göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=109) Ort.±SS	Erkek (n=135) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,0±1,2	9,4±2,0	1,153	0,844
Özerklik	15,1±2,3	16,3±1,2	4,290	0,076
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,4±2,6	14,7±2,4	3,832	0,221
Sosyal Katılım	13,6±2,6	14,0±2,5	1,123	0,562
Ölüm ve Ölmek	10,9±3,3	10,0±2,8	-2,239	0,095
Yakınlık	17,4±2,5	17,6±2,5	0,496	0,975
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	79,5±8,9	81,9±8,0	2,162	0,366

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni duruma göre yaşları, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayıları karşılaştırıldığında, katılımcıların yaşlarının ortalaması evli, eşi olanlarda (70,2±5,1) eşi olmayanlara göre (72,4±6,4) anlamlı olarak düşük saptandı (t=-2,770, p=0,005). Katılımcıların medeni duruma göre kronik hastalık sayı ve kullandığı ilaç sayı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05),(Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların medeni durumuna göre yaşlarının, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayılarının karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Yaş	70,2±5,1	72,4±6,4	-2,770	0,005*
Kronik hastalık sayısı	2,0±1,5	2,2±1,5	-1,006	0,958
Kullanılan ilaç sayısı	3,5±3,3	4,3±3,6	-1,529	0,728

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0.01

Katılımcıların medeni duruma göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı, (p>0,05),(Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların medeni duruma göre antropometrik ve kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Kilo (kg)	78,9±14,3	76,0±16,0	1,380	0,299
Boy (cm)	165,1±9,3	158,4±8,4	5,182	0,228
VKİ (kg/m²)	29,0±5,3	30,3±6,4	-1,651	0,092
Bel çevresi (cm)	100,4±11,9	101,2±14,1	-0,443	0,338
Sistolik KB (mmHg)	138,0±18,7	140,3±20,0	-0,846	0,635
Diyastolik KB (mmHg)	80,3±9,8	79,0±12,2	0,946	0,083

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni duruma göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları evli, eşi olanlarda ($2,7\pm0,8$) eşi olmayanlara göre ($2,4\pm0,7$) daha yüksek saptandı ($t=2,449$, $p=0,013$). Parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı ortalamaları evli, eşi olanlarda ($1,2\pm0,6$) eşi olmayanlara göre ($1,1\pm0,3$) daha yüksek saptandı ($t=1,632$, $p=0,001$). Camiye gitme sıklığı ortalamaları evli, eşi olanlarda ($1,7\pm0,9$) eşi olmayanlara göre ($1,3\pm0,5$) daha yüksek saptandı ($t=3,431$, $p=0,000$), (Tablo 32).

Katılımcıların medeni duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Branş doktorundan edinilen bilgi ortalamaları evli, eşi olanlarda ($3,7\pm0,7$) eşi olmayanlara göre ($3,8\pm0,6$) daha düşük saptandı ($t=-1,160$, $p=0,006$). Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları evli, eşi olanlarda ($4,0\pm0,5$) eşi olmayanlara göre ($3,8\pm0,6$) daha yüksek saptandı ($t=2,005$, $p=0,006$). Sağlık durumu ortalamaları evli, eşi olanlarda ($3,8\pm0,7$) eşi olmayanlara göre ($3,6\pm0,7$) daha yüksek saptandı ($t=0,612$, $p=0,041$), (Tablo 33).

Tablo 32. Katılımcıların medeni duruma göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,2±0,8	2,9±0,8	2,156	0,611
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,8±0,7	3,7±0,6	1,160	0,812
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,7±0,8	2,4±0,7	2,449	0,013 *
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,3±0,8	1,2±0,6	0,870	0,070
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,6	1,1±0,3	1,632	0,001**
Camiye gitme sıklığı	1,7±0,9	1,3±0,5	3,431	0,000***
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,7±0,7	1,000	0,588
Televizyon izleme sıklığı	2,9±0,9	2,6±1,0	2,338	0,066
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,9	1,5±0,8	1,600	0,575
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,5±0,9	3,1±1,0	2,601	0,605
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,9	1,6±0,8	1,042	0,767

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tablo 33. Katılımcıların medeni duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,3±0,6	3,1±1,0	-0,071	0,065
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,8±0,6	-1,160	0,006**
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,5	3,8±0,6	2,005	0,006**
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,8±0,5	3,6±0,5	2,392	0,060
Sağlık durumu	3,8±0,7	3,6±0,7	0,612	0,041*

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Katılımcıların medeni duruma göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların medeni duruma göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,4±3,4	27,6±3,6	1,530	0,539
Fiziksel Aktivite	16,5±4,2	15,9±4,1	0,948	0,433
Beslenme	30,1±3,3	29,7±3,6	0,866	0,823
Manevi Gelişim	29,5±3,4	28,2±3,4	2,680	0,932
Kişiler Arası İlişkiler	30,4±3,8	29,0±4,4	2,393	0,930
Stres Yönetimi	24,5±3,4	24,6±3,6	1,812	0,786
SYBD-II Ölçeği Toplam	160,3±17,3	155,0±18,1	2,119	0,941

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni duruma göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların medeni duruma göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Medeni Durum		t*	p
	Evli-eşi olanlar (n=176) Ort.±SS	Eşi olmayanlar (n=68) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,2±1,8	9,4±2,3	-0,884	0,059
Özerklik	15,8±2,2	15,7±2,0	0,550	0,472
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,3±2,5	13,7±2,7	1,750	0,167
Sosyal Katılım	14,0±2,6	13,3±2,7	2,018	0,514
Ölüm ve Ölmek	10,5±3,1	10,2±2,9	0,608	0,368
Yakınlık	17,6±2,5	17,1±2,6	1,530	0,677
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,4±8,3	79,3±8,8	1,747	0,561

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,152$, $p=0,017$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre ev dışında vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,020$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre kitap, gazete, dergi okuma sıklığı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=54,939$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, orta eğitim ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre kitap, gazete, dergi okuma sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre kitap, gazete, dergi okuma sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların eğitim durumuna göre hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=9,979$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, orta eğitim ($p=0,005$) ve yüksek eğitim ($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre hobilerle vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 36,37).

Tablo 36. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması

(n=244)	Eğitim Durumu			F*	p
	Düşük (n=65) Ort.±SS	Orta (n=120) Ort.±SS	Yüksek (n=59) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,0±0,8	3,1±0,8	3,2±0,8	0,432	0,650
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,6	3,7±0,6	3,9±0,7	1,354	0,260
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,4±0,8	2,7±0,8	2,7±0,8	4,152	0,017*
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,2±0,7	1,3±0,8	1,3±0,6	0,706	0,494
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,6	1,1±0,4	1,3±0,6	2,605	0,76
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,9	1,6±0,8	1,8±0,8	2,477	0,086
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,9±0,8	2,7±0,7	2,6±0,9	2,264	0,106
Televizyon izleme sıklığı	2,6±0,9	2,9±0,9	2,9±0,9	2,431	0,090
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,1±0,2	1,6±0,8	2,4±0,9	54,939	0,000**
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4±0,9	3,3±1,0	3,4±1,0	0,356	0,701
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,4±0,8	1,8±0,8	2±0,9	9,979	0,000**

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,001.

Tablo 37. Katılımcıların eğitim durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,338	0,020 *
		Yüksek eğitim	-0,341	0,053
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,338	0,020 *
		Yüksek eğitim	-0,003	1,000
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,341	0,053
		Orta eğitim	0,003	1,000
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,521	0,000 ***
		Yüksek eğitim	-1,344	0,000 ***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,521	0,000 ***
		Yüksek eğitim	-0,823	0,000 ***

Hobilerle vakit geçirme sıklığı	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,344	0,000***
		Orta eğitim	0,823	0,000***
	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,404	0,005**
		Yüksek eğitim	-0,646	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,404	0,005**
		Yüksek eğitim	-0,242	0,156
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,646	0,000***
		Orta eğitim	0,242	0,156

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların eğitim duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=14,915$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, orta eğitim ($p=0,041$) ve yüksek eğitim ($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=12,605$ $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, orta eğitim ($p=0,001$) ve yüksek eğitim ($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu. Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 38, 39).

Tablo 38. Katılımcıların eğitim duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Eğitim Durumu			F*	p
	Düşük (n=65) Ort.±SS	Orta (n=120) Ort.±SS	Yüksek (n=59) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,1±0,7	4,3±0,7	4,3±0,5	1,945	0,145
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,8±0,6	3,7±0,8	3,8±0,6	0,291	0,748
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,7±0,6	3,9±0,4	4,2±0,5	14,915	0,000 *
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,5±0,6	3,8±0,5	4,9±0,5	12,605	0,000 *
Sağlık durumu	3,6±0,8	3,8±0,6	3,7±0,7	1,665	0,191

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,001.

Tablo 39. Katılımcıların eğitim duruma göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,185	0,041*
		Yüksek eğitim	-0,480	0,000 ***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,185	0,041*
		Yüksek eğitim	-0,295	0,001**
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,480	0,000 ***
		Orta eğitim	0,295	0,001**
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,266	0,002**
		Yüksek eğitim	-0,457	0,000 ***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,266	0,001**
		Yüksek eğitim	-0,191	0,052
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,457	0,000 ***
		Orta eğitim	0,191	0,052

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0.01, ***p<0,001.

Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F=9,733, p=0,000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip

olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre sağlık sorumluluğu alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre sağlık sorumluluğu alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,541$, $p=0,012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre fiziksel aktivite alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,008$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=13,784$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre beslenme alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre beslenme alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,567$, $p=0,011$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre manevi gelişim alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,011$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre manevi gelişim alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,047$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,541$, $p=0,012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek

eğitim seviyesine sahip olanlara göre fiziksel aktivite alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,008$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,005$, $p=0,003$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre kişiler arası ilişkiler alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,002$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=7,769$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre stres yönetimi alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre stres yönetimi alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,045$). Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=11,404$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre SYBD-II ölçeği sorularına verilen yanıtların toplamının ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre SYBD-II ölçeği sorularına verilen yanıtların toplamının ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,003$), (Tablo 40,41).

Tablo 40. Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Eğitim Durumu			F*	P
	Düşük (n=65) Ort.±SS	Orta (n=120) Ort.±SS	Yüksek (n=59) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,2±3,2	27,9±3,6	29,8±2,3	9,733	0,000***
Fiziksel Aktivite	15,3±3,8	16,3±4,2	17,5±4,5	4,541	0,012*
Beslenme	28,7±3,2	29,9±3,3	31,7±3,0	13,784	0,000***
Manevi Gelişim	28,5±3,2	28,9±3,5	30,2±3,4	4,567	0,011**
Kişiler Arası İlişkiler	28,9±3,7	29,9±4,1	31,4±4,0	6,005	0,003**
Stres Yönetimi	24,1±3,6	25,2±3,5	26,5±3,2	7,769	0,001**
SYBD-II Ölçeği Toplam	152,6±15,6	158,1±17,5	167,1±17,3	11,404	0,000***

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0.01, ***p<0,001.

Tablo 41. Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	P
Sağlık Sorumluluğu	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,675	0,391
		Yüksek eğitim	-2,546	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,675	0,391
		Yüksek eğitim	-1,871	0,002**
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,546	0,000***
		Orta eğitim	1,871	0,002**
Fiziksel Aktivite	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,054	0,226
		Yüksek eğitim	-2,245	0,008**
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,054	0,226
		Yüksek eğitim	-1,192	0,169
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,245	0,008**
		Orta eğitim	1,192	0,169
Beslenme	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,137	0,056
		Yüksek eğitim	-2,990	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,137	0,056
		Yüksek eğitim	-1,854	0,001**
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,990	0,000***
		Orta eğitim	1,854	0,001**

Manevi Gelişim	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,487	0,620
		Yüksek eğitim	-1,774	0,011*
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,487	0,620
		Yüksek eğitim	-1,287	0,047*
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,774	0,011*
		Orta eğitim	1,287	0,047*
Kişiler Arası İlişkiler	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,010	0,222
		Yüksek eğitim	-2,450	0,002**
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,010	0,222
		Yüksek eğitim	-1,440	0,059
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,450	0,002**
		Orta eğitim	1,440	0,059
Stres Yönetimi	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,115	0,087
		Yüksek eğitim	-2,415	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,115	0,087
		Yüksek eğitim	-1,300	0,045*
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,415	0,000***
		Orta eğitim	1,300	0,045*
SYBD-II Ölçeği Toplam	Düşük eğitim	Orta eğitim	-5,478	0,092
		Yüksek eğitim	-14,470	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	5,478	0,092
		Yüksek eğitim	-8,943	0,003**
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	14,470	0,000***
		Orta eğitim	8,943	0,003**

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($F=0,565$, $p=0,569$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği özerklik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=14,230$ $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre özerklik alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim

seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre özerklik alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=13,268$ $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,724$ $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal katılım alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,001$). Eğitim seviyesi orta olanlarda da eğitim seviyesi yüksek olanlara göre geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,026$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,724$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre ölüm ve ölmek alt boyut sorularına verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği yakınlık alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($F=2,671$, $p=0,071$). Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,606$, $p=0,011$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını

saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre WHOQOL-OLD ölçeği sorularına verilen yanıtların toplamının ortalama puanı anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,008$). Eğitim seviyesi orta veya yüksek olanlar arasında WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 42,43).

Tablo 42. Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Eğitim Durumu			F*	P
	Düşük (n=65) Ort.±SS	Orta (n=120) Ort.±SS	Yüksek (n=59) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,2±2,1	9,3±2,0	9,0±1,7	0,565	0,569
Özerklik	15,0±2,1	15,6±2,0	17,0±2,1	14,230	0,000***
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,4±2,4	13,9±2,4	15,6±2,6	13,268	0,000***
Sosyal Katılım	13,1±2,3	13,7±2,6	14,8±2,7	6,724	0,001**
Ölüm ve Ölmek	11,3±3,5	10,5±3,0	9,4±2,3	6,724	0,001**
Yakınlık	16,9±2,2	17,7±2,5	17,8±2,7	2,671	0,071
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	78,9±7,3	80,6±8,8	83,4±8,7	4,606	0,011*

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 43. Katılımcıların eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	P
Özerklik	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,561	0,184
		Yüksek eğitim	-1,918	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,561	0,184
		Yüksek eğitim	-1,357	0,000***
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,918	0,000***
		Orta eğitim	1,357	0,000***
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,481	0,411
		Yüksek eğitim	-2,139	0,000***
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,481	0,411
		Yüksek eğitim	-1,658	0,000***

	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,139	0,000***
		Orta eğitim	1,658	0,000***
Sosyal Katılım	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,594	0,278
		Yüksek eğitim	-1,640	0,001**
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,594	0,278
		Yüksek eğitim	-1,046	0,026
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,640	0,001**
		Orta eğitim	1,046	0,026*
Ölüm ve Ölmek	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,834	0,167
		Yüksek eğitim	1,886	0,002**
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,834	0,167
		Yüksek eğitim	1,052	0,070
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,886	0,002**
		Orta eğitim	1,052	0,070
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,716	0,380
		Yüksek eğitim	-4,531	0,008**
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,716	0,380
		Yüksek eğitim	-2,815	0,089
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	4,531	0,008**
		Orta eğitim	2,815	0,089

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Katılımcıların çalışma durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları çalışan yaşlılarda ($3,7 \pm 0,8$) çalışmayanlara göre ($2,5 \pm 0,8$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($Z=5,345$, $p=0,000$), (Tablo 44).

Katılımcıların çalışma durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 45).

Tablo 44. Katılımcıların çalışma durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Çalışma Durumu		Z*	p
	Çalışmıyor (n=226) Ort.±SS	Çalışıyor (n=18) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	2,9±0,8	-0,720	0,471
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,7	3,8±0,6	-0,360	0,719
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,5±0,8	3,7±0,8	-5,345	0,000*
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,2±0,7	1,3±0,8	-0,319	0,750
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,5	1,1±0,2	-0,521	0,602
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,8	2,0±1,0	-1,853	0,064
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,7±0,8	-0,603	0,546
Televizyon izleme sıklığı	2,7±0,8	2,6±0,5	-0,143	0,886
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,6±0,9	1,6±0,8	-0,052	0,958
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4±0,9	3,3±1,0	-1,132	0,258
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,9	1,9±0,8	-0,383	0,702

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0,001.

Tablo 45. Katılımcıların çalışma durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Çalışma Durumu		Z*	p
	Çalışmıyor (n=226) Ort.±SS	Çalışıyor (n=18) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,3±0,6	4,0±0,9	-1,431	0,152
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,5±1,0	-0,666	0,505
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,9±0,5	3,8±0,4	-1,602	0,109
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,5	3,6±0,6	-0,792	0,428
Sağlık durumu	3,7±0,7	3,8±0,7	-0,754	0,451

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği manevi gelişim alt boyutu hariç alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı

($p>0,05$). Manevi gelişim alt boyut ortalama puanları çalışmayan yaşlılarda ($29,0\pm3,5$) çalışanlara göre ($31,2\pm2,5$) anlamlı olarak düşük saptandı ($Z=-2,671$, $p=0,008$), (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Çalışma Durumu		Z*	p
	Çalışmıyor (n=226) Ort.±SS	Çalışıyor (n=18) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,1±3,5	27,7±2,6	-0,910	0,363
Fiziksel Aktivite	16,2±4,2	17,4±4,0	-1,147	0,148
Beslenme	30,0±3,4	30,2±2,9	-0,078	0,937
Manevi Gelişim	29,0±3,5	31,2±2,5	-2,671	0,008*
Kişiler Arası İlişkiler	29,9±4,1	31,2±2,5	-0,794	0,427
Stres Yönetimi	25,2±3,5	24,8±3,6	-0,510	0,610
SYBD-II Ölçeği Toplam	158,5±17,9	162,3±14,2	-0,816	0,415

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. * $p<0,01$

Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD Ölçeği ölüm ve ölmek alt boyutu hariç alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ölüm ve ölmek alt boyut ortalama puanları çalışmayan yaşlılarda ($10,6\pm3,1$) çalışanlara göre ($8,7\pm1,9$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($Z=-2,627$, $p=0,009$), (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Çalışma Durumu		Z*	p
	Çalışmıyor (n=226) Ort.±SS	Çalışıyor (n=18) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,3±2,0	8,4±1,5	-1,888	0,059
Özerklik	15,8±2,2	15,7±1,9	-0,243	0,808
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,2±2,6	13,4±2,6	-1,207	0,227
Sosyal Katılım	13,8±2,6	13,4±2,1	-0,747	0,455
Ölüm ve Ölmek	10,6±3,1	8,7±1,9	-2,627	0,009*
Yakınlık	17,5±2,5	17,8±2,6	-0,937	0,349
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,1±8,4	77,4±9,0	-1,589	0,112

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. * $p<0,01$

Katılımcıların gelir düzeyine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların gelir düzeyine göre ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2 = 18,460$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları; orta ($p=0,000$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Katılımcıların gelir düzeyine göre kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2 = 8,680$ $p=0,013$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları; orta gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,009$). Katılımcıların gelir düzeyine göre evde ibadetle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2 = 20,234$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların evde ibadetle vakit geçirme sıklığı ortalamaları; orta ($p=0,000$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,011$) sahip olanlara göre daha yüksek bulundu. Katılımcıların gelir düzeyine göre kitap/gazete/dergi okuma sıklığı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2 = 50,204$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların kitap/gazete/dergi okuma sıklığı ortalamaları; orta ($p=0,000$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların kitap/gazete/dergi okuma sıklığı ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,000$), (Tablo 48).

Tablo 48. Katılımcıların gelir düzeyine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Gelir Düzeyi			X ² *	p
	Düşük (n=96) Ort.±SS	Orta (n=121) Ort.±SS	Yüksek (n=27) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	3,0±0,8	3,4±0,9	3,717	0,156
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,6±0,7	3,7±0,7	4,0±0,6	5,860	0,053
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,3±0,8	2,7±0,8	2,7±0,8	18,460	0,000**
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,1±0,6	1,4±0,8	1,1±0,4	8,680	0,013*
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,5	1,1±0,5	1,3±0,7	4,649	0,098
Camiye gitme sıklığı	1,4±0,9	1,7±0,8	1,7±0,9	5,931	0,052
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	3,0±0,7	2,6±0,8	2,5±0,8	20,234	0,000**
Televizyon izleme sıklığı	2,8±0,9	3,0±0,9	2,8±0,9	4,561	0,102
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,3±0,6	1,7±0,8	2,6±0,9	50,204	0,000**
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,6±0,8	3,4±0,9	0,887	0,642
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,6±0,9	1,7±0,8	1,9±0,9	4,090	0,129

* Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,001.

Katılımcıların gelir düzeyine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi ve branş doktorundan edinilen bilgi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların gelir düzeyine göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (X² =23,542 p=0,000). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları; orta gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu (p=0,000). Orta gelir düzeyine sahip olanların kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu (p=0,000). Katılımcıların gelir düzeyine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=15,468$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları; orta ($p=0,009$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,038$). Katılımcıların gelir düzeyine göre sağlık durumu puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=7,736$ $p=0,021$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların sağlık durumu puan ortalamaları; orta gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,007$), (Tablo 49).

Tablo 49. Katılımcıların gelir düzeyine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Gelir Düzeyi			X^2*	p
	Düşük (n=96) Ort.±SS	Orta (n=121) Ort.±SS	Yüksek (n=27) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,7	4,3±0,6	4,4±0,7	0,839	0,657
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,8±0,7	3,7±0,8	0,679	0,712
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,8±0,5	4,0±0,5	4,3±0,5	23,542	0,000**
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,6±0,6	3,8±0,5	4,0±0,3	15,468	0,000**
Sağlık durumu	3,6±0,7	3,8±0,6	3,8±0,7	7,736	0,021*

* Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların gelir düzeyine göre SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=9,733$, $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları; orta gelir düzeyine

sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,007$). Katılımcıların gelir düzeyine göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2 = 9,939$, $p=0,007$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,009$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,015$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Katılımcıların gelir düzeyine göre beslenme alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=15,468$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların beslenme alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,005$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların beslenme alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların gelir düzeyine göre manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=14,107$ $p=0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların gelişim alt boyut puan ortalamaları; yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,000$). Orta gelir düzeyine sahip olanların gelişim alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların gelir düzeyine göre kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=16,978$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,017$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,009$). Katılımcıların gelir düzeyine göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=20,322$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit

etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,015$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,003$). Katılımcıların gelir düzeyine göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=26,317$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları; orta ($p=0,007$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,001$), (Tablo 50).

Tablo 50. Katılımcıların gelir düzeyine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Gelir Düzeyi			X^2*	P
	Düşük (n=96) Ort.±SS	Orta (n=121) Ort.±SS	Yüksek (n=27) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,3±3,7	28,2±3,2	30,7±2,3	19,526	0,000***
Fiziksel Aktivite	15,3±3,7	16,7±4,0	18,4±5,7	9,939	0,000***
Beslenme	29,0±3,3	30,2±3,2	32,9±2,4	28,795	0,007**
Manevi Gelişim	28,6±3,2	29,0±3,4	31,6±3,4	14,107	0,001**
Kişiler Arası İlişkiler	29,0±4,0	30,3±4,0	32,4±3,2	16,978	0,000***
Stres Yönetimi	24,2±3,5	25,5±3,4	27,6±2,7	20,322	0,000***
SYBD-II Ölçeği Toplam	153,3±16,5	159,9±17,1	173,6±15,3	26,317	0,000***

* Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların gelir düzeyine göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,775$).

Katılımcıların gelir düzeyine göre özerklik alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=29,259$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların özerklik alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,000$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların özerklik alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,001$). Katılımcıların gelir düzeyine göre geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=24,333$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,021$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların gelir düzeyine göre sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=19,429$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,000$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,011$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların gelir düzeyine göre ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=10,145$ $p=0,006$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları; orta ($p=0,006$) ve yüksek gelir düzeyine ($p=0,013$) sahip olanlara göre daha yüksek bulundu. Katılımcıların gelir düzeyine göre yakınlık alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=17,079$ $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için

gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların yakınlık alt boyut puan ortalamaları; yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların yakınlık alt boyut puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların gelir düzeyine göre WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=19,564$, $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre düşük gelir düzeyine sahip olanların WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları; yüksek gelir düzeyine ($p=0,000$) sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Orta gelir düzeyine sahip olanların WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları da yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük bulundu ($p=0,000$), (Tablo 51).

Tablo 51. Katılımcıların gelir düzeyine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Gelir Düzeyi			X^2*	P
	Düşük (n=96) Ort.±SS	Orta (n=121) Ort.±SS	Yüksek (n=27) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,3±2,3	9,2±1,8	9,0±1,9	0,510	0,775
Özerklik	15,0±2,2	16,0±1,9	17,4±2,4	29,259	0,000 **
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,4±2,4	14,2±2,3	16,4±2,9	24,333	0,000 **
Sosyal Katılım	13,2±2,5	14,0±2,4	16,0±2,8	19,429	0,000 **
Ölüm ve Ölmek	11,2±3,3	10,0±2,8	9,4±2,6	10,145	0,006 *
Yakınlık	17,1±2,4	17,5±2,6	19,0±2,3	17,079	0,000 **
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	79,1±8,4	80,9±7,9	86,8±8,9	19,564	0,000 **

* Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. * $p<0,01$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı ortalamaları köy ve kasabada yaşayanlarda ($3,6±0,6$) şehir merkezinde yaşayanlara ($3,0±0,8$) göre daha yüksekti ($Z=-3,205$, $p=0,001$). Ev dışında

vakit geçirme sıklığı ortalamaları köy ve kasabada yaşayanlarda ($2,9 \pm 0,9$) şehir merkezinde yaşayanlara göre ($2,6 \pm 0,8$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($Z=2,066$, $p=0,039$). Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p>0,05$). Televizyon izleme sıklığı ortalamaları köy ve kasabada yaşayanlarda ($2,3 \pm 1,0$) şehir merkezinde yaşayanlara göre ($2,9 \pm 0,9$) anlamlı olarak düşük saptandı ($Z=-3,164$, $p=0,002$), (Tablo 52).

Tablo 52. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Hayatının en uzun bölümünü geçirdiği yer		Z*	p
	Köy ve Kasaba (n=27) Ort.±SS	Şehir merkezi (n=217) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,6±0,6	3,0±0,8	-3,205	0,001**
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,9±0,6	3,7±0,7	-1,451	0,147
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,9±0,9	2,6±0,8	2,066	0,039*
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,2±0,8	1,3±0,7	1,008	0,313
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,0±0,2	1,2±0,5	-0,996	0,319
Camiye gitme sıklığı	1,8±1,0	1,6±0,8	-1,485	0,138
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,7±0,8	-0,872	0,383
Televizyon izleme sıklığı	2,3±1,0	2,9±0,9	-3,164	0,002*
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,4±0,7	1,7±0,9	-1,027	0,305
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±0,9	3,4±1,0	-0,406	0,685
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,9±1,1	1,7±0,8	-0,383	0,702

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 53).

Tablo 53. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Hayatının en uzun bölümünü geçirdiği yer		Z*	p
	Köy ve Kasaba (n=27) Ort.±SS	Şehir merkezi (n=217) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,4±0,7	4,3±0,7	-1,0,188	0,188
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,9±0,6	3,7±0,7	-0,794	0,427
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,9±0,5	3,9±0,5	-0,133	0,894
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,4±0,6	3,4±0,7	-0,420	0,675
Sağlık durumu	3,8±0,7	3,7±0,7	0,857	0,391

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Hayatının en uzun bölümünü geçirdiği yer		Z*	p
	Köy ve Kasaba (n=27) Ort.±SS	Şehir merkezi (n=217) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,4±3,2	28,2±3,5	-1,372	0,170
Fiziksel Aktivite	16,8±4,0	16,3±4,2	-0,792	0,428
Beslenme	30,7±3,0	30,0±3,4	-1,005	0,315
Manevi Gelişim	29,3±3,2	29,1±3,5	-0,285	0,776
Kişiler Arası İlişkiler	30,7±3,6	29,9±4,1	-0,819	0,413
Stres Yönetimi	25,2±2,9	25,2±3,6	-0,274	0,784
SYBD-II Ölçeği Toplam	160,0±15,9	158,7±17,9	-0,335	0,737

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 55).

Tablo 55. Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Hayatının en uzun bölümünü geçirdiği yer		Z *	p
	Köy ve Kasaba (n=27) Ort.±SS	Şehir merkezi (n=217) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,1±1,6	9,2±2,0	-0,010	0,992
Özerklik	15,1±2,1	15,9±2,2	-1,911	0,056
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,7±2,3	14,2±2,6	-0,940	0,347
Sosyal Katılım	14,3±2,4	13,8±2,6	-1,193	0,233
Ölüm ve Ölmek	10,3±2,9	10,5±3,1	-0,347	0,729
Yakınlık	18,2±2,0	17,4±2,6	-1,400	0,162
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	80,7±7,2	80,9±8,7	-0,069	0,945

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p>0,05$). Camiye gitme sıklığı ortalamaları yaşadığı konut kendine ait olanlarda ($1,6\pm0,9$) kira olanlara göre ($1,3\pm0,5$) daha yüksek saptandı ($t=2,072$, $p=0,000$). Hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları yaşadığı konut kendine ait olanlarda ($1,8\pm0,9$) kira olanlara göre ($1,4\pm0,7$) daha yüksek saptandı ($t=2,119$, $p=0,033$), (Tablo 56).

Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları yaşadığı konut kendine ait olanlarda ($4,0\pm0,5$) kira olanlara göre ($3,7\pm0,6$) daha yüksek saptandı ($t=2,687$, $p=0,015$). Sağlık durumu puan

ortalamları yaşadığı konut kendine ait olanlarda ($3,8\pm0,6$) kira olanlara göre ($3,5\pm0,9$) daha yüksek saptandı ($t=2,381$, $p=0,000$), (Tablo 57).

Tablo 56. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Konut mülkiyeti		t*	p
	Kendine ait (n=209) Ort.±SS	Kira (n=35) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	2,9±1,0	2,276	0,095
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,7	3,7±0,7	0,064	0,471
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,6±0,8	2,6±0,9	0,019	0,231
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,3±0,7	1,4±0,8	0,895	0,119
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,5	1,1±0,4	0,730	0,138
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,9	1,3±0,5	2,072	0,000**
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,6±0,7	1,054	0,826
Televizyon izleme sıklığı	2,8±0,9	3,1±1,0	-1,814	0,493
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,6±0,9	1,5±0,8	0,623	0,722
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4±0,9	3,3±1,0	0,752	0,885
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,9	1,4±0,7	2,119	0,033*

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Tablo 57. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Konut mülkiyeti		t*	p
	Kendine ait (n=209) Ort.±SS	Kira (n=35) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,3±0,6	4,4±0,9	1,285	0,711
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,7±0,7	0,196	0,658
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,5	3,7±0,6	2,687	0,015*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,5±0,7	3,5±0,6	2,297	0,058
Sağlık durumu	3,8±0,6	3,5±0,9	2,381	0,000**

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 58).

Tablo 58. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Konut mülkiyeti		t*	p
	Kendine ait (n=209) Ort.±SS	Kira (n=35) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,2±3,5	27,8±3,1	0,640	0,194
Fiziksel Aktivite	16,4±4,0	15,8±5,2	0,771	0,176
Beslenme	30,1±3,3	29,7±3,7	0,636	0,738
Manevi Gelişim	29,2±3,4	28,6±3,9	1,009	0,383
Kişiler Arası İlişkiler	30,2±4,0	28,7±4,3	2,028	0,759
Stres Yönetimi	25,4±3,4	24,4±4,0	1,534	0,516
SYBD-II Ölçeği Toplam	159,5±17,2	155,0±20,0	1,393	0,630

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler alt boyutu puan ortalamaları yaşadığı konut kendine ait olanlarda ($9,2\pm1,2$) kira olanlara göre ($9,4\pm2,3$) daha düşük saptandı ($t=-0,480$, $p=0,044$). Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre WHOQOL-OLD ölçeği diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 59).

Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı ortalamaları yaşadığı konut tipi müstakil ev olanlarda ($3,0\pm0,8$) apartman dairesi olanlara göre ($3,3\pm0,9$) daha düşük bulundu ($t=-2,253$, $p=0,012$). Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($1,3\pm0,8$) apartman dairesi olanlara göre ($1,1\pm0,4$) daha yüksek saptandı ($t=1,915$, $p=0,000$). Kitap/gazete/dergi

okuma sıklığı ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($1,5 \pm 0,8$) apartman dairesi olanlara göre ($2,1 \pm 1,0$) daha düşük saptandı ($t=-4,739$, $p=0,001$), (Tablo 60).

Tablo 59. Katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Konut mülkiyeti		t*	p
	Kendine ait (n=209) Ort.±SS	Kira (n=35) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,2±1,2	9,4±2,3	-0,480	0,044*
Özerklik	15,8±2,2	15,6±2,2	0,584	0,991
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,2±2,6	13,7±2,9	1,160	0,604
Sosyal Katılım	13,9±2,6	13,5±2,8	0,808	0,294
Ölüm ve Ölmek	10,4±3,0	10,8±3,1	-0,724	0,696
Yakınlık	17,7±2,5	16,6±2,7	2,338	0,256
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,1±8,3	79,4±10,0	1,055	0,305

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$.

Tablo 60. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Konut Tipi		t*	p
	Müstakil Ev (n=184) Ort.±SS	Apartman Dairesi (n=60) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,0±0,8	3,3±0,9	-2,253	0,012*
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,6	3,8±0,7	-0,560	0,721
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,6±0,8	2,6±0,8	0,027	0,834
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,3±0,8	1,1±0,4	1,915	0,000***
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,5	1,20,5	-0,116	0,792
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,9	1,7±0,8	-0,675	0,489
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,6±0,8	1,080	0,338
Televizyon izleme sıklığı	2,8±0,9	2,9±0,8	-0,509	0,494
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,5±0,8	2,1±1,0	-4,739	0,001**
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4±1,0	3,4±0,8	-0,136	0,050
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,9	1,8±0,9	-1,128	0,794

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, kullanılan ilaçların kullanım bilgisi, sağlık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($3,7\pm0,6$) apartman dairesi olanlara göre ($3,9\pm0,4$) daha düşük saptandı ($t=-1,950$, $p=0,000$), (Tablo 61).

Tablo 61. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Konut Tipi		t*	p
	Müstakil Ev (n=184) Ort.±SS	Apartman Dairesi (n=60) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,7	4,4±0,6	-1,943	0,414
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,8±0,6	-0,526	0,254
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,9±0,6	4,1±0,4	-3,256	0,216
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,6	3,9±0,4	1,950	0,000*
Sağlık durumu	3,7±0,7	3,8±0,7	-0,659	0,878

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,001$

Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları konut tipi müstakil ev olanlarda ($27,7\pm3,5$) apartman dairesi olanlara ($29,6\pm2,8$) göre daha düşük saptandı ($t=-3,797$, $p=0,006$). Manevi gelişim alt boyutu puan ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($28,8\pm3,5$) apartman dairesi olanlara göre ($30,1\pm2,9$) daha düşük saptandı ($t=-2,673$, $p=0,013$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($29,5\pm4,1$) apartman dairesi olanlara göre ($31,5\pm3,3$) daha düşük saptandı ($t=-3,443$, $p=0,028$). Stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları yaşadığı konut müstakil ev olanlarda ($24,8\pm3,6$) apartman dairesi olanlara göre ($26,4\pm2,7$) daha düşük saptandı ($t=-3,132$, $p=0,021$). Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre SYBD-II Ölçeği fiziksel aktivite, beslenme alt boyutu ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 62).

Tablo 62. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Konut Tipi		t*	p
	Müstakil Ev (n=184) Ort.±SS	Apartman Dairesi (n=60) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,7±3,5	29,6±2,8	-3,797	0,006**
Fiziksel Aktivite	16,3±4,2	16,4±4,4	-0,161	0,275
Beslenme	29,6±3,4	31,3±3,1	-3,331	0,531
Manevi Gelişim	28,8±3,5	30,1±2,9	-2,673	0,013*
Kişiler Arası İlişkiler	29,5±4,1	31,5±3,3	-3,443	0,028*
Stres Yönetimi	24,8±3,6	26,4±2,7	-3,132	0,021*
SYBD-II Ölçeği Toplam	156,7±18,1	165,3±14,6	-3,347	0,136

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01.

Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre WHOQOL-OLD ölçeği diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p >0,05), (Tablo 63).

Tablo 63. Katılımcıların yaşadığı konutun tipine göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Konut Tipi		t*	p
	Müstakil Ev (n=184) Ort.±SS	Apartman Dairesi (n=60) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,3±2,0	8,9±1,2	1,284	0,222
Özerklik	15,6±2,1	16,2±2,3	-1,631	0,691
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,9±2,6	14,8±2,4	-2,373	0,280
Sosyal Katılım	13,6±2,5	14,4±2,8	-2,051	0,264
Ölüm ve Ölmek	10,6±3,1	10,1±3,1	1,102	0,867
Yakınlık	17,3±2,5	18,0±2,5	-1,659	0,262
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	80,4±8,4	82,3±8,8	-1,544	0,817

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların engel durumu göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 64).

Tablo 64. Katılımcıların engel durumu göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Engel Durumu		Z*	p
	Var (n=15) Ort.±SS	Yok (n=229) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	2,9±0,8	3,1±0,8	-0,712	0,477
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,6±0,7	3,7±0,7	-1,048	0,295
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,5±0,7	2,6±0,8	-0,427	0,669
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,5±0,9	1,3±0,7	-1,409	0,159
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,0±0,0	1,2±0,5	-1,223	0,221
Camiye gitme sıklığı	1,4±0,7	1,6±0,9	-0,952	0,341
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,4±0,5	2,8±0,8	-1,951	0,051
Televizyon izleme sıklığı	3,0±1,0	2,8±0,9	-0,842	0,400
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,4±0,6	1,6±0,9	-0,875	0,382
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,4±0,9	-0,197	0,844
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,8	1,7±0,9	-0,688	0,491

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların engel durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z = -1,749$, $p = 0,080$). Branş doktorundan edinilen bilgi ortalamaları engel durumu var olanlarda ($3,4 \pm 0,6$) olmayanlara göre ($3,7 \pm 0,7$) düşük saptandı ($Z = -2,304$, $p = 0,021$). Katılımcıların engel durumuna göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ve sağlık durumu puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 65).

Katılımcıların engel durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Manevi gelişim alt boyut ortalama puanları

engel durumu var olanlarda (27,3±3,4) olmayanlara göre (29,2±3,4) anlamlı olarak düşük saptandı (Z=-2,002, p=0,045). Kişiler arası ilişkiler alt boyut ortalama puanları engel durumu var olanlarda (27,6±4,7) olmayanlara göre (30,2±3,9) anlamlı olarak düşük saptandı (Z=-2,044, p=0,041), (Tablo 66).

Tablo 65. Katılımcıların engel durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Engel Durumu		Z*	p
	Var (n=15) Ort.±SS	Yok (n=229) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	3,9±0,9	4,3±0,6	-1,749	0,080
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,4±0,6	3,7±0,7	-2,304	0,021*
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,9±0,5	3,9±0,5	-0,122	0,903
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,7	3,7±3,5	-0,213	0,831
Sağlık durumu	3,5±0,6	3,7±0,7	-1,422	0,155

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Tablo 66. Katılımcıların engel durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Engel Durumu		Z*	p
	Var (n=15) Ort.±SS	Yok (n=229) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,9±4,0	28,2±3,4	-0,114	0,909
Fiziksel Aktivite	15,1±4,0	16,4±4,2	-0,883	0,377
Beslenme	29,1±3,6	30,1±3,3	-0,878	0,380
Manevi Gelişim	27,3±3,4	29,2±3,4	-2,002	0,045*
Kişiler Arası İlişkiler	27,6±4,7	30,2±3,9	-2,044	0,041*
Stres Yönetimi	24,2±3,5	25,3±3,5	-1,067	0,286
SYBD-II Ölçeği Toplam	151,2±18,2	159,3±17,5	-1,677	0,094

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Katılımcıların engel durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD Ölçeği sosyal katılım alt boyutu dışında tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Sosyal katılım alt boyut ortalama puanları engel durumu var olanlarda (12,2±2,1) olmayanlara göre (13,9±2,6) anlamlı olarak düşük saptandı (Z=-2,697, p=0,007), (Tablo 67).

Tablo 67. Katılımcıların engel durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Engel Durumu		Z *	p
	Var (n=15) Ort.±SS	Yok (n=229) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,3±2,6	9,2±1,9	-0,525	0,599
Özerklik	15,5±1,3	15,8±2,2	-0,875	0,381
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,6±2,2	14,2±2,3	-0,737	0,461
Sosyal Katılım	12,2±2,1	13,9±2,6	-2,697	0,007*
Ölüm ve Ölmek	10,6±2,8	10,4±3,1	-0,476	0,634
Yakınlık	16,5±2,4	17,6±2,6	-1,403	0,161
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	77,7±7,3	81,0±8,6	-1,574	0,115

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0.01

Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti ortalamaları sigara kullananlarda (3,6±0,7) kullanmayanlara göre (3,8±0,6) daha düşük saptandı (t=-1,591, p=0,036). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları sigara kullananlarda (3,0±1,1) kullanmayanlara göre (2,5±0,8) daha yüksek saptandı (t=2,969, p=0,000). Kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları sigara kullananlarda (1,8±1,2) kullanmayanlara göre (1,2±0,5) daha yüksek saptandı (t=4,808, p=0,000). Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı ortalamaları sigara kullananlarda (1,2±0,7) kullanmayanlara göre (1,1±0,5) daha yüksek saptandı (t=1,118, p=0,021), (Tablo 68).

Katılımcıların engel durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, sağlık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Branş doktorundan edinilen bilgi ortalamaları

sigara kullananlarda ($3,4\pm0,6$) kullanmayanlara göre ($3,7\pm0,7$) düşük saptandı ($t=-3,551$, $p=0,000$). Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları sigara kullananlarda ($4,0\pm0,4$) kullanmayanlara göre ($3,9\pm0,5$) yüksek saptandı ($t=0,926$, $p=0,034$), (Tablo 69).

Tablo 68. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Sigara Kullanımı		t*	p
	Evet (n=40) Ort.±SS	Hayır (n=204) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,0±0,8	3,1±0,8	-0,656	0,975
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,6±0,7	3,8±0,6	-1,591	0,036*
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,0±1,1	2,5±0,8	2,969	0,000**
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,8±1,2	1,2±0,5	4,808	0,000**
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,7	1,1±0,5	1,118	0,021*
Camiye gitme sıklığı	1,6±0,9	1,6±0,8	0,318	0,551
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,6±0,7	2,8±0,8	-0,913	0,717
Televizyon izleme sıklığı	3,1±0,9	2,8±0,9	1,881	0,963
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,9	1,6±0,9	0,384	0,570
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,1±1,2	3,4±0,9	-2,346	0,003
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,8	1,7±0,9	-0,073	0,680

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Tablo 69. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Sigara Kullanımı		t*	p
	Evet (n=40) Ort.±SS	Hayır (n=204) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,8	4,3±0,6	-0,522	0,664
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,4±0,6	3,7±0,7	-3,551	0,000**
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,4	3,9±0,5	0,926	0,034*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,6	3,7±0,5	-0,111	0,321
Sağlık durumu	3,9±0,7	3,7±0,7	-1,459	0,150

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların sigara kullanım durumuna SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları sigara kullananlarda (26,5±2,7) kullanmayanlara (28,5±3,5) göre daha düşük saptandı (t=-3,412, p=0,010). Katılımcıların sigara kullanım durumuna SYBD-II ölçeği diğer alt boyut ve SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 70).

Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD Ölçeği sosyal katılım hariç tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Sosyal katılım alt boyut ortalama puanları sigara kullananlarda (13,6±2,0) kullanmayanlara göre (13,9±2,7) düşük saptandı (t=-0,500, p=0,040),(Tablo 71).

Tablo 70. Katılımcıların sigara kullanım durumuna SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Sigara Kullanımı		t*	p
	Evet (n=40) Ort.±SS	Hayır (n=204) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	26,5±2,7	28,5±3,5	-3,412	0,010*
Fiziksel Aktivite	16,8±4,4	16,2±4,2	0,851	0,521
Beslenme	28,9±2,9	30,3±3,4	-2,381	0,104
Manevi Gelişim	28,6±2,9	29,2±3,6	-0,984	0,221
Kişiler Arası İlişkiler	29,1±4,2	30,2±4,0	-1,528	0,990
Stres Yönetimi	24,8±3,4	25,3±3,6	-0,808	0,539
SYBD-II Ölçeği Toplam	154,7±14,8	159,6±18,1	-1,606	0,099

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. *p<0,05

Katılımcıların alkol kullanımına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,05). Ev dışında vakit geçirme sıklığı ortalamaları alkol kullananlarda (3,3±0,8) kullanmayanlara göre (2,6±0,8) anlamlı olarak yüksek saptandı (Z=-3,483, p=0,000).

Kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları alkol kullananlarda ($1,9 \pm 0,3$) kullanmayanlara göre ($1,2 \pm 0,7$) anlamlı olarak yüksek saptandı ($Z = -2,853$, $p = 0,004$). Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı ortalamaları alkol kullananlarda ($2,3 \pm 0,8$) kullanmayanlara göre ($2,8 \pm 0,8$) anlamlı olarak düşük saptandı ($Z = -2,682$, $p = 0,007$), (Tablo 72).

Tablo 71. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Sigara Kullanımı		t*	p
	Evet (n=40) Ort.±SS	Hayır (n=204) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	8,7±1,2	9,3±2,0	-1,999	0,355
Özerklik	15,5±2,3	15,8±2,1	-0,940	0,450
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	13,8±2,3	14,2±2,6	-1,004	0,708
Sosyal Katılım	13,6±2,0	13,9±2,7	-0,500	0,040*
Ölüm ve Ölmek	10,1±2,8	10,5±3,1	-0,797	0,310
Yakınlık	16,7±2,7	17,6±2,5	-2,170	0,481
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	78,3±7,8	81,3±8,6	-2,095	0,539

*İki örneklemli t testi kullanılmıştır. * $p < 0,05$

Tablo 72. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Alkol Kullanımı		Z*	p
	Evet (n=16) Ort.±SS	Hayır (n=228) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,2±0,9	3,1±0,8	-0,428	0,669
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,9±0,9	3,7±0,6	-1,390	0,164
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,3±0,8	2,6±0,8	-3,483	0,000**
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,9±0,3	1,2±0,7	-2,853	0,004*
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,3±0,6	1,1±0,5	-1,428	0,153
Camiye gitme sıklığı	1,3±0,4	1,6±0,9	-1,428	0,137
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,3±0,8	2,8±0,8	-2,682	0,007*
Televizyon izleme sıklığı	3,0±0,8	2,8±0,9	-0,790	0,430
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,9	1,6±0,9	-0,243	0,808
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,2	3,4±0,9	-0,077	0,939
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,9	1,7±0,8	-0,038	0,970

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$.

Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 73).

Tablo 73. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Alkol Kullanımı		Z*	p
	Evet (n=16) Ort.±SS	Hayır (n=228) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,3±0,5	4,3±0,7	-0,038	0,970
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,4±1,1	3,8±0,6	-1,495	0,135
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,4	3,9±0,5	-0,474	0,635
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,7±0,5	3,7±0,5	-0,100	0,920
Sağlık durumu	3,7±0,8	3,7±0,7	-0,042	0,966

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği beslenme alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Beslenme alt boyut ortalama puanları alkol kullananlarda (28,3±3,0) kullanmayanlara göre (30,1±3,3) anlamlı olarak düşük saptandı ($Z=-2,065$, $p=0,039$), (Tablo 74).

Tablo 74. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Alkol Kullanımı		Z*	p
	Evet (n=16) Ort.±SS	Hayır (n=228) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,4±3,1	28,2±3,5	-1,093	0,274
Fiziksel Aktivite	15,3±4,7	16,4±4,2	-1,566	0,117
Beslenme	28,3±3,0	30,1±3,3	-2,065	0,039*
Manevi Gelişim	28,3±3,0	29,2±3,5	-1,069	0,285
Kişiler Arası İlişkiler	29,9±3,5	30,0±4,1	-0,162	0,872
Stres Yönetimi	24,4±3,1	25,3±3,6	-1,045	0,296
SYBD-II Ölçeği Toplam	153,6±14,8	159,2±17,8	-1,220	0,222

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$

Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 75).

Tablo 75. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Alkol Kullanımı		Z *	p
	Evet (n=16) Ort.±SS	Hayır (n=228) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	10,1±2,2	9,2±1,9	-1,626	0,104
Özerklik	16,4±2,2	15,8±2,2	-1,058	0,290
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,9±2,4	14,1±2,6	-1,266	0,206
Sosyal Katılım	14,6±2,0	13,8±2,6	-1,256	0,209
Ölüm ve Ölmek	9,6±2,7	10,5±3,1	-0,810	0,418
Yakınlık	17,1±2,1	17,6±2,6	-0,550	0,582
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	82,7±7,4	80,7±8,6	1,848	0,568

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların VKİ sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Katılımcıların VKİ sınıfına göre kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,457$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre VKİ sınıfına göre normal olanlarda, VKİ sınıfına göre fazla kilolu ($p=0,002$) ve VKİ sınıfına göre morbid ve morbid obez olanlara ($p=0,018$) göre kahvehanede vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu. VKİ sınıfına göre fazla kilolu olanlarla morbid ve morbid obez olanlar arasında kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Katılımcıların VKİ sınıfına göre camiye gitme sıklığı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=7,089$,

p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre VKİ sınıfına göre normal olanlarda, VKİ sınıfına göre morbid ve morbid obez olanlara göre camiye gitme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu. (p=0,001). VKİ sınıfına göre fazla kilolu olanlarla morbid ve morbid obez olanlar arasında kahvehanede vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 76,77).

Tablo 76. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması

(n=244)	VKİ Sınıfı			F*	p
	Normal (n=59) Ort.±SS	Fazla kilolu (n=73) Ort.±SS	Obez ve Morbid Obez (n=112) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,0±0,8	3,2±0,8	3,1±0,8	0,859	0,425
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,1±0,8	3,7±0,6	3,7±0,6	0,018	0,982
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,7±0,7	2,6±0,9	2,7±0,8	0,698	0,499
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,5±1,0	1,1±0,4	1,2±0,7	6,457	0,002*
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,6	1,2±0,5	1,2±0,5	0,537	0,585
Camiye gitme sıklığı	1,9±1,0	1,6±0,9	1,4±0,7	7,089	0,001*
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,7±0,7	2,7±0,7	2,8±0,8	0,161	0,851
Televizyon izleme sıklığı	2,8±0,9	2,6±0,9	3,0±0,9	2,872	0,059
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,8±0,9	1,5±0,7	1,6±0,9	1,634	0,197
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,4±0,9	3,4±1,0	0,107	0,899
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,6±0,8	1,8±0,9	1,7±0,9	0,385	0,681

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0.01

Tablo 77. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) VKİ Sınıfı	(J) VKİ Sınıfı	Ortalama Fark (I-J)	p
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	Normal	Fazla kilolu	0,433	0,002**
		Obez ve Morbid Obez	0,310	0,018*
	Fazla kilolu	Normal	-0,433	0,002**
		Obez ve Morbid Obez	-0,123	0,481
	Obez ve Morbid Obez	Normal	-0,310	0,018*
		Fazla kilolu	0,123	0,481
Camiye gitme sıklığı	Normal	Fazla kilolu	0,282	0,126
		Obez ve Morbid Obez	0,497	0,001**
	Fazla kilolu	Normal	-0,282	0,126
		Obez ve Morbid Obez	0,215	0,195
	Obez ve Morbid Obez	Normal	-0,497	0,001**
		Obez ve Morbid Obez	-0,215	0,195

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01.

Katılımcıların VKİ sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 78).

Tablo 78. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	VKİ Sınıfı			F*	p
	Normal (n=59) Ort.±SS	Fazla kilolu (n=73) Ort.±SS	Obez ve Morbid Obez (n=112) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±0,8	4,3±0,5	4,3±0,7	1,163	0,314
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,7±0,7	3,7±0,7	0,027	0,974
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,8±0,7	4,0±0,5	4,0±0,5	2,055	0,130
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,6±0,6	3,8±0,5	3,7±0,5	2,181	0,115
Sağlık durumu	3,7±0,7	3,3±0,6	3,7±0,7	0,442	0,643

*One Way Anova Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların VKİ sınıfına göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların VKİ sınıfına göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,269$, $p=0,040$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre; VKİ sınıfına göre fazla kilolu olanlarda, VKİ sınıfına göre morbid ve morbid obez olanlara göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,033$). VKİ sınıfına göre normal olanlarla morbid ve morbid obez olanlar arasında SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 79,80).

Tablo 79. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	VKİ Sınıfı			F*	p
	Normal (n=59) Ort.±SS	Fazla kilolu (n=73) Ort.±SS	Obez ve Morbid Obez (n=112) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,0±3,9	28,8±3,5	27,9±3,2	1,402	0,248
Fiziksel Aktivite	16,5±4,8	17,2±4,3	15,6±3,7	3,269	0,040*
Beslenme	30,0±3,5	30,3±3,4	29,9±3,3	0,460	0,632
Manevi Gelişim	29,4±3,6	29,4±3,6	28,8±3,3	1,058	0,632
Kişiler Arası İlişkiler	30,3±4,1	30,3±4,1	29,7±4,0	0,672	0,512
Stres Yönetimi	25,2±3,9	25,9±3,5	24,8±3,2	2,515	0,083
SYBD-II Ölçeği Toplam	159,3±19,2	161,9±18,2	156,6±16,3	2,066	0,129

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. * $p<0,05$

Tablo 80. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) VKİ Sınıfı	(J) VKİ Sınıfı	Ortalama Fark (I-J)	p
Fiziksel Aktivite	Normal	Fazla kilolu	-0,666	0,632
		Obez ve Morbid Obez	0,909	0,365
	Fazla kilolu	Normal	0,666	0,632
		Obez ve Morbid Obez	1,576	0,033*
	Obez ve Morbid Obez	Normal	-0,909	0,365
		Fazla kilolu	-1,576	0,033*

Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p < 0,05$

Katılımcıların VKİ sınıfına göre WHOQOL-OLD ölçeği diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 81).

Tablo 81. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	VKİ Sınıfı			F*	p
	Normal (n=59) Ort.±SS	Fazla kilolu (n=73) Ort.±SS	Obez ve Morbid Obez (n=112) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,4±2,3	9,3±1,9	9,1±1,9	0,565	0,569
Özerklik	16,0±2,3	15,7±2,1	15,7±2,2	0,320	0,727
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,1±2,7	14,2±2,6	14,1±2,5	0,095	0,909
Sosyal Katılım	13,4±2,5	13,9±2,6	14,0±2,6	1,277	0,281
Ölüm ve Ölmek	10,1±3,0	10,0±2,9	10,8±3,2	1,938	0,146
Yakınlık	17,3±2,6	17,6±2,6	17,5±2,5	0,241	0,786
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	80,2±9,2	80,7±7,9	81,3±8,6	0,318	0,728

*One Way Anova Testi kullanılmıştır.

Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), (Tablo 82).

Tablo 82. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		Z*	p
	Normal (n=22) Ort.±SS	Fazla (n=87) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,7	3,1±0,8	-0,250	0,802
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,7±0,6	3,7±0,6	-0,325	0,745
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	2,2±0,6	2,3±0,6	-0,436	0,663
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,0±0,0	1,0±0,0	0,000	1,000
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,1±0,5	1,1±0,3	-1,495	0,135
Camiye gitme sıklığı	1,1±0,3	1,2±0,5	-0,497	0,619
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,7±0,7	2,9±0,9	-0,791	0,429
Televizyon izleme sıklığı	2,6±0,9	2,8±0,9	-0,872	0,383
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,6±0,9	1,5±0,9	-1,021	0,307
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,1±0,9	3,4±1,0	-1,573	0,116
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,6±0,7	1,7±0,9	-0,493	0,622

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında aile hekiminden edinilen bilgi ortalamaları, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kadın katılımcıların kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ortalamaları bel çevresi sınıfı normal olanlarda ($3,6\pm0,7$) fazla olanlara göre ($3,9\pm0,5$) daha düşük saptandı ($Z=-2,046$, $p=0,041$), (Tablo 83).

Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırıldığında SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları bel çevresi normal olan kadın katılımcılarda ($26,3\pm4,4$) bel çevresi fazla olan kadın katılımcılara göre ($28,3\pm3,4$) düşük saptandı ($Z=-1,998$, $p=0,046$). Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II ölçeği diğer alt boyut ve SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 84).

Tablo 83. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		Z*	p
	Normal (n=22) Ort.±SS	Fazla (n=87) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,2±1,0	4,3±0,7	-0,119	0,905
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,8±0,7	3,8±0,6	-0,068	0,946
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	3,6±0,7	3,9±0,5	-2,046	0,041*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,6±0,6	3,7±0,5	-0,724	0,469
Sağlık durumu	3,4±0,7	3,6±0,8	-1,209	0,227

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Tablo 84. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		Z*	p
	Normal (n=22) Ort.±SS	Fazla (n=87) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	26,3±4,4	28,3±3,4	-1,998	0,046*
Fiziksel Aktivite	15,2±4,4	15,3±3,7	-0,175	0,861
Beslenme	29,9±3,2	29,9±3,5	-0,360	0,719
Manevi Gelişim	27,9±3,3	28,7±3,5	-1,088	0,277
Kişiler Arası İlişkiler	28,6±4,0	29,7±4,3	-1,195	0,232
Stres Yönetimi	22,9±4,3	24,6±3,4	-1,467	0,142
SYBD-II Ölçeği Toplam	150,9±19,8	156,5±17,1	-1,273	0,203

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 85).

Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05), (Tablo 86).

Tablo 85. Kadın katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		Z*	p
	Normal (n=22) Ort.±SS	Fazla (n=87) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,0±1,9	9,1±1,9	-0,322	0,748
Özerklik	15,1±2,1	15,1±2,4	-0,080	0,936
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	12,5±2,8	13,7±2,5	-1,894	0,058
Sosyal Katılım	12,9±2,5	13,8±2,7	-1,337	0,181
Ölüm ve Ölmek	10,1±2,9	11,1±3,4	-1,346	0,178
Yakınlık	16,8±2,8	17,6±2,5	-1,125	0,260
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	76,2±9,5	80,4±8,7	-1,599	0,110

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Tablo 86. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		t*	p
	Normal (n=71) Ort.±SS	Fazla (n=64) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,1±0,8	3,1±0,9	-0,041	0,678
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,8±0,7	3,8±0,7	-0,042	0,674
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,0±0,9	2,8±0,9	1,182	0,568
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,5±0,9	1,5±0,9	0,341	0,521
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,6	1,2±0,6	0,080	0,747
Camiye gitme sıklığı	2,1±1,0	1,8±0,9	1,531	0,642
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,7±0,7	2,6±0,7	0,583	0,698
Televizyon izleme sıklığı	2,9±0,9	2,9±0,9	0,061	0,417
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,8	1,8±0,9	-0,414	0,356
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,4±1,0	3,4±0,9	0,099	0,377
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,7±0,8	1,8±0,9	-0,737	0,968

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p >0,05), (Tablo 87).

Tablo 87. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		t*	p
	Normal (n=71) Ort.±SS	Fazla (n=64) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,3±0,5	4,3±0,5	-0,157	0,233
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,7	3,7±0,8	-0,317	0,947
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,5	4,0±0,5	0,697	0,545
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,8±0,5	3,8±0,6	0,564	0,104
Sağlık durumu	3,9±0,6	3,8±0,6	-0,452	0,722

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II ölçeği alt boyut ve SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 88).

Tablo 88. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		t*	p
	Normal (n=71) Ort.±SS	Fazla (n=64) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,6±3,6	28,0±2,9	0,992	0,142
Fiziksel Aktivite	17,9±4,5	16,3±4,0	2,132	0,213
Beslenme	30,4±3,5	29,8±3,2	1,114	0,381
Manevi Gelişim	30,0±3,3	29,1±3,4	1,480	0,890
Kişiler Arası İlişkiler	30,8±3,7	30,0±4,0	1,204	0,824
Stres Yönetimi	26,3±3,1	25,5±3,3	1,465	0,880
SYBD-II Ölçeği Toplam	164,1±17,2	158,8±16,8	1,783	0,817

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 89).

Tablo 89. Erkek katılımcıların bel çevresi sınıfına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Bel Çevresi Sınıfı		t*	p
	Normal (n=71) Ort.±SS	Fazla (n=64) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	9,2±2,1	9,5±1,9	-0,836	0,688
Özerklik	16,3±1,8	16,3±2,0	-0,135	0,458
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,7±2,4	14,7±2,5	-0,061	0,640
Sosyal Katılım	13,9±2,5	14,1±2,6	-0,505	0,862
Ölüm ve Ölmek	9,9±2,9	10,2±2,6	-0,783	0,474
Yakınlık	17,7±2,5	17,4±2,5	0,656	0,936
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,6±7,8	82,2±8,3	-0,484	0,613

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların KH sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların KH sayısına göre ev dışında vakit geçirme sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=9,488$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre ev dışında vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). 1 ve 2 tane KH olanlarda da 3 tane ve üzeri KH olanlara göre ev dışında vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,019$). Katılımcıların KH sayısına göre camiye gitme sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=7,366$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 1 ve 2 tane KH olanlara ($p=0,001$) ve 3 tane ve üzeri KH olanlara göre ($p=0,002$) camiye gitme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu. (Tablo 90, 91).

Tablo 90. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması

(n=244)	Kronik Hastalık Sayısı			F*	p
	Kronik Hastalığı Yok (n=47) Ort.±SS	1 ve 2 tane (n=106) Ort.±SS	3 tane ve üzeri (n=91) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,3±0,8	3,0±0,8	3,0±0,9	3,034	0,050
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,8±0,7	3,7±0,6	3,7±0,7	0,581	0,560
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,0±0,9	2,7±0,8	2,4±0,7	9,488	0,000**
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,4±0,9	1,3±0,7	1,2±0,6	1,040	0,355
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,6	1,2±0,5	1,1±0,5	1,381	0,253
Camiye gitme sıklığı	2,0±1,0	1,5±0,8	1,5±0,8	7,366	0,001*
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,6±0,7	2,8±0,8	2,078	0,127
Televizyon izleme sıklığı	2,6±0,9	2,9±0,8	2,9±0,9	1,823	0,164
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,7±0,9	1,7±0,8	1,6±0,9	0,487	0,615
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,4±1,0	3,4±0,9	0,084	0,920
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,9	1,7±0,8	1,7±0,9	0,473	0,623

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

Tablo 91. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kronik Hastalık Sayısı	(J)Kronik Hastalık Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	P
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,297	0,086
		3 tane ve üzeri	0,606	0,000***
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-0,297	0,086
		3 tane ve üzeri	0,309	0,019*
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-0,606	0,000***
		1 ve 2 tane	-0,309	0,019*

Camiye gitme sıklığı	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,509	0,001**
		3 tane ve üzeri	0,516	0,002**
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-0,509	0,001**
		3 tane ve üzeri	0,007	0,998
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-0,516	0,002**
		1 ve 2 tane	-0,007	0,998

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0.01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların KH sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında hastalıklarıyla ilgili aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların KH sayısına göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,760$, $p=0,025$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre 1 ve 2 tane KH olanlarda 3 tane ve üzeri KH olanlara göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,03$). Katılımcıların KH sayısına göre sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=13,855$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre sağlık durumu sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). 1 ve 2 tane KH olanlarda da 3 tane ve üzeri KH olanlara göre sağlık durumu sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$), (Tablo 92, 93).

Tablo 92. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Kronik Hastalık Sayısı			F*	p
	Kronik Hastalığı Yok (n=47) Ort.±SS	1 ve 2 tane (n=106) Ort.±SS	3 tane ve üzeri (n=91) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,4±0,5	4,3±0,7	4,2±0,7	0,803	0,449
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,8	3,8±0,7	3,7±0,7	0,290	0,749
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,4	4,0±0,5	3,8±0,6	3,760	0,025*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,9±0,5	3,7±0,5	4,7±0,5	0,2080	0,127
Sağlık durumu	4,1±0,6	3,8±0,6	3,7±0,7	13,855	0,000**

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,001.

Tablo 93. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kronik Hastalık Sayısı	(J)Kronik Hastalık Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	p
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,000	1,000
		3 tane ve üzeri	0,187	0,109
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	0,000	1,000
		3 tane ve üzeri	0,187	0,031*
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-0,187	0,109
		1 ve 2 tane	-0,187	0,031*
Sağlık durumu	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,262	0,052
		3 tane ve üzeri	0,580	0,000***
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-0,262	0,052
		3 tane ve üzeri	0,318	0,002**
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-0,580	0,000***
		1 ve 2 tane	-0,318	0,002**

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,390$, $p=0,013$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre fiziksel aktivite alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,009$). Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=11,152$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre manevi gelişim alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,007$, $p=0,019$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre kişiler arası ilişkiler alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,014$). Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,416$, $p=0,013$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre stres yönetimi alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,009$). Katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,579$, $p=0,029$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,022$), (Tablo 94,95).

Tablo 94. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Kronik Hastalık Sayısı			F*	p
	Kronik Hastalığı Yok (n=47) Ort.±SS	1 ve 2 tane (n=106) Ort.±SS	3 tane ve üzeri (n=91) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	28,2±3,2	27,8±3,6	29,0±3,5	1,307	0,273
Fiziksel Aktivite	17,7±4,1	16,3±4,2	15,5±4,1	4,390	0,013*
Beslenme	30,0±3,1	30,0±3,3	30,0±3,6	0,005	0,995
Manevi Gelişim	30,1±3,0	29,4±3,2	28,0±3,5	11,152	0,000***
Kişiler Arası İlişkiler	31,3±3,6	30,1±3,8	29,3±4,4	4,007	0,019*
Stres Yönetimi	26,43±3,5	25,2±3,4	24,6±3,5	4,416	0,013*
SYBD-II Ölçeği Toplam	164,3±16,4	156,0±18,4	158,8±17,7	3,579	0,029*

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tablo 95. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kronik Hastalık Sayısı	(J)Kronik Hastalık Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	p
Fiziksel Aktivite	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	1,414	0,128
		3 tane ve üzeri	2,206	0,009**
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-1,1414	0,128
		3 tane ve üzeri	0,792	0,377
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-2,206	0,009**
		1 ve 2 tane	-0,792	0,377
Manevi Gelişim	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	1,315	0,062
		3 tane ve üzeri	2,724	0,000***
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-1,315	0,062
		3 tane ve üzeri	1,409	0,009**
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-2,724	0,000***
		1 ve 2 tane	-1,409	0,009**
Kişiler Arası İlişkiler	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	1,182	0,209
		3 tane ve üzeri	2,013	0,014*
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-1,182	0,209
		3 tane ve üzeri	0,831	0,312
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-2,013	0,014*
		1 ve 2 tane	-0,831	0,312

Stres Yönetimi	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	1,218	0,111
		3 tane ve üzeri	1,843	0,009**
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-1,218	0,111
		3 tane ve üzeri	0,831	0,415
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-1,843	0,009**
		1 ve 2 tane	-0,831	0,415
SYBD-II Ölçeği Toplam	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	5,520	0,171
		3 tane ve üzeri	8,395	0,022*
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-5,520	0,171
		3 tane ve üzeri	2,876	0,483
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-8,395	0,022*
		1 ve 2 tane	-2,876	0,483

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Katılımcıların KH sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği sosyal katılım alt boyutu dışında diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların KH sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği sosyal katılım alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,235$, $p=0,041$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre sosyal katılım alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,033$), (Tablo 96,97).

Tablo 96. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Kronik Hastalık Sayısı			F*	p
	Kronik Hastalığı Yok (n=47) Ort.±SS	1 ve 2 tane (n=106) Ort.±SS	3 tane ve üzeri (n=91) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	8,7±1,5	9,3±2,0	9,4±2,1	1,984	0,140
Özerklik	15,7±2,6	16,0±2,2	15,5±1,9	1,072	0,344
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,5±2,6	14,3±2,7	13,8±2,7	1,665	0,191
Sosyal Katılım	14,5±2,5	13,9±2,6	13,4±2,6	3,235	0,041*
Ölüm ve Ölmek	10,2±3,2	10,3±3,0	10,7±3,0	0,456	0,634

Yakınlık	17,9±2,3	17,4±2,5	17,3±2,6	0,727	0,485
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,5±8,6	81,2±8,9	80,1±8,0	0,600	0,550

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Tablo 97. Katılımcıların kronik hastalık sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kronik Hastalık Sayısı	(J)Kronik Hastalık Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	P
Sosyal Katılım	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,664	0,300
		3 tane ve üzeri	1,158	0,033*
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-0,664	0,300
		3 tane ve üzeri	0,494	0,367
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-1,158	0,033*
		1 ve 2 tane	-0,494	0,367

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. *p<0,05

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırıldığında arkadaş, akraba, komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, kahvehanede vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, televizyon izleme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, hobilerle vakit geçirme sıklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre ev dışında vakit geçirme sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,583$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilaç kullanmayanlarda; 1-4 tane ilaç kullananlara ($p=0,035$) ve 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara ($p=0,001$) göre ev dışında vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu. 1 ve 4 tane ilaç kullananlarda da 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre ev dışında vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,035$). Katılımcıların kullandığı ilaç göre camiye gitme sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,856$, $p=0,009$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilaç

kullanmayanlarda; 1-4 tane ilaç kullananlara ($p=0,015$) ve 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara ($p=0,011$) göre camiye gitme sıklığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 98, 99).

Tablo 98. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri karşılaştırılması

(n=244)	Kullanılan İlaç Sayısı			F*	p
	İlaç kullanmıyor (n=45) Ort.±SS	1 ve 4 tane (n=113) Ort.±SS	5 tane ve üzeri (n=86) Ort.±SS		
Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı	3,3±0,8	3,0±0,8	3,0±0,9	2,410	0,092
İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti	3,8±0,7	3,7±0,6	3,7±0,7	0,073	0,930
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	3,0±0,9	2,6±0,8	2,4±0,7	6,583	0,002★
Kahvehanede vakit geçirme sıklığı	1,4±0,9	1,3±0,7	1,2±0,6	0,720	0,488
Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı	1,2±0,6	1,2±0,6	1,1±0,4	2,041	0,132
Camiye gitme sıklığı	1,9±0,9	1,5±0,8	1,5±0,7	4,856	0,009★
Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı	2,8±0,8	2,7±0,7	2,7±0,8	0,661	0,517
Televizyon izleme sıklığı	2,6±0,9	2,9±0,9	2,9±0,9	1,305	0,273
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	1,6±0,9	1,7±0,8	1,6±0,9	0,299	0,742
Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı	3,3±1,0	3,4±1,0	3,4±1,0	0,367	0,693
Hobilerle vakit geçirme sıklığı	1,8±0,9	1,7±0,8	1,6±0,9	0,857	0,426

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. ★ $p<0.01$

Tablo 99. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kullanılan İlaç Sayısı	(J) Kullanılan İlaç Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	P
Ev dışında vakit geçirme sıklığı	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,354	0,035
		5 tane ve üzeri	0,537	0,001**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,354	0,035
		5 tane ve üzeri	0,183	0,251
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,537	0,001**
		1 ve 4 tane	-0,183	0,251
Camiye gitme sıklığı	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,411	0,015*
		5 tane ve üzeri	0,445	0,011*
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,411	0,015*
		5 tane ve üzeri	0,034	0,957
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,445	0,011*
		1 ve 4 tane	-0,034	0,957

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumu karşılaştırıldığında hastalıklarıyla ilgili aile hekiminden edinilen bilgi, branş doktorundan edinilen bilgi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=6,247$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre 1 ve 4 tane ilaç kullananlarda 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre kullandığı ilaçların kullanım bilgisi sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre sağlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=17,628$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilaç kullanmayanlarda, 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre sağlık durumu sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). 1 ve 4 tane ilaç kullananlarda da 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara

göre sağlık durumu sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$), (Tablo 100, 101).

Tablo 100. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun karşılaştırılması

(n=244)	Kullanılan İlaç Sayısı			F*	p
	İlaç kullanmıyor (n=45) Ort.±SS	1 ve 4 tane (n=113) Ort.±SS	5 tane ve üzeri (n=86) Ort.±SS		
Aile hekiminden edinilen bilgi	4,43±0,5	4,3±0,7	4,3±0,8	0,225	0,799
Branş doktorundan edinilen bilgi	3,7±0,8	3,8±0,7	3,7±0,6	0,242	0,785
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	4,0±0,4	4,0±0,5	3,8±0,6	6,247	0,002*
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi	3,8±0,5	3,8±0,5	4,7±0,5	2,069	0,127
Sağlık durumu	4,1±0,5	3,8±0,6	3,4±0,8	17,628	0,000**

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. * $p<0.01$, ** $p<0,001$.

Tablo 101. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumunun gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kullanılan İlaç Sayısı	(J) Kullanılan İlaç Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	p
Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	-0,080	0,648
		5 tane ve üzeri	0,176	0,146
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	0,080	0,648
		5 tane ve üzeri	0,256	0,002*
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,176	0,146
		1 ve 4 tane	-0,256	0,002*
Sağlık durumu	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,636	0,000**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,402	0,000**
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,636	0,000**
		1 ve 4 tane	-0,402	0,000**

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0.01$, ** $p<0,001$.

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($F=0,341$, $p=0,712$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=5,989$, $p=0,003$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç ilaç kullanmayanlarda, 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre fiziksel aktivite alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,003$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($F=0,302$, $p=0,740$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=11,770$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç ilaç kullanmayanlarda 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre manevi gelişim alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,000$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4,405$, $p=0,013$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç ilaç kullanmayanlarda, 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre kişiler arası ilişkiler alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,041$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,678$, $p=0,027$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç ilaç kullanmayanlarda, 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre stres yönetimi alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,022$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,706$, $p=0,026$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç ilaç kullanmayanlarda, 5 tane ve üzeri ilaç kullananlara göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,040$), (Tablo 102,103).

Tablo 102. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Kullanılan İlaç Sayısı			F*	p
	İlaç kullanmıyor (n=45) Ort.±SS	1 ve 4 tane (n=113) Ort.±SS	5 tane ve üzeri (n=86) Ort.±SS		
Sağlık Sorumluluğu	27,8±3,3	28,1±3,6	28,4±3,6	0,341	0,712
Fiziksel Aktivite	17,7±4,1	16,6±4,2	15,2±4,0	5,989	0,003**
Beslenme	29,7±3,1	30,2±3,6	30,0±3,2	0,302	0,740
Manevi Gelişim	30,4±3,0	29,6±3,2	27,8±3,5	11,770	0,000***
Kişiler Arası İlişkiler	30,8±3,8	30,5±3,8	29,0±4,2	4,405	0,013*
Stres Yönetimi	26,2±3,5	25,3±3,5	24,5±3,3	3,678	0,027*
SYBD-II Ölçeği Toplam	162,7±16,7	160,2±18,0	154,9±17,2	3,706	0,026*

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tablo 103. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kullanılan İlaç Sayısı	(J) Kullanılan İlaç Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	p
Fiziksel Aktivite	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	-0,080	0,648
		5 tane ve üzeri	0,176	0,146
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	0,080	0,648
		5 tane ve üzeri	0,256	0,002*
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,176	0,146
		1 ve 4 tane	-0,256	0,002*
Manevi Gelişim	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,636	0,000**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,402	0,000**
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,636	0,000**
		1 ve 4 tane	-0,402	0,000**
Kişiler Arası İlişkiler	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,636	0,000**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,402	0,000**
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,636	0,000**
		1 ve 4 tane	-0,402	0,000**

Stres Yönetimi	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,636	0,000**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,402	0,000**
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,636	0,000**
		1 ve 4 tane	-0,402	0,000**
SYBD-II Ölçeği Toplam	İlaç kullanmıyor	1 ve 4 tane	0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,636	0,000**
	1 ve 4 tane	İlaç kullanmıyor	-0,235	0,089
		5 tane ve üzeri	0,402	0,000**
	5 tane ve üzeri	İlaç kullanmıyor	-0,636	0,000**
		1 ve 4 tane	-0,402	0,000**

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. * $p<0.01$, ** $p<0,001$

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WHOQOL-OLD ölçeği sosyal katılım alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği sosyal katılım alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=3,235$, $p=0,041$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre hiç KH olmayanlarda, 3 tane ve üzeri KH olanlara göre sosyal katılım alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,033$), (Tablo 104,105).

Tablo 104. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

(n=244)	Kullanılan İlaç Sayısı			F*	p
	İlaç kullanmıyor (n=45) Ort.±SS	1 ve 4 tane (n=113) Ort.±SS	5 tane ve üzeri (n=86) Ort.±SS		
Duyusal İşlevler	8,7±1,5	9,3±2,0	9,4±2,1	1,984	0,140
Özerklik	15,7±2,6	16,0±2,2	15,5±1,9	1,072	0,344
Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	14,5±2,6	14,3±2,7	13,8±2,7	1,665	0,191
Sosyal Katılım	14,5±2,5	13,9±2,6	13,4±2,6	3,235	0,041*
Ölüm ve Ölmek	10,2±3,2	10,3±3,0	10,7±3,0	0,456	0,634
Yakınlık	17,9±2,3	17,4±2,5	17,3±2,6	0,727	0,485
WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam	81,5±8,6	81,2±8,9	80,1±8,0	0,600	0,550

*One Way Anova Testi kullanılmıştır. *p<0,05

Tablo 105. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

(n=244)	(I) Kullanılan İlaç Sayısı	(J) Kullanılan İlaç Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	p
Sosyal Katılım	Kronik Hastalığı Yok	1 ve 2 tane	0,664	0,300
		3 tane ve üzeri	1,158	0,033*
	1 ve 2 tane	Kronik Hastalığı Yok	-0,664	0,300
		3 tane ve üzeri	0,494	0,367
	3 tane ve üzeri	Kronik Hastalığı Yok	-1,158	0,033*
		1 ve 2 tane	-0,494	0,367

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. *p<0,05

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi (Tablo 106). Yaşla bazı sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı(p>0,05). Eğitim durumuyla ev dışında vakit geçirme sıklığı, parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı ve hobilerle vakit geçirme sıklığı arasında pozitif

yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,151$ $p=0,018$, $r=0,147$ $p=0,022$, $r=0,147$ $p=0,022$, $r=0,585$ $p=0,000$, $r=0,296$ $p=0,000$). Eğitim durumuyla evde ibadetle vakit geçirme sıklığı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,134$ $p=0,036$). Gelir düzeyi ile insanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, kitap/gazete/dergi okuma sıklığı ve hobilerle vakit geçirme sıklığı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,143$ $p=0,026$, $r=0,275$ $p=0,000$, $r=0,144$ $p=0,025$, $r=0,435$ $p=0,000$, $r=0,130$ $p=0,043$). Gelir durumuyla evde ibadetle vakit geçirme sıklığı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,266$ $p=0,000$). VKİ ile kahvehanede vakit geçirme sıklığı ve camiye gitme sıklığı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,135$ $p=0,036$, $r=-0,233$ $p=0,000$). Kronik hastalık sayısı ile arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, ev dışında vakit geçirme sıklığı ve camiye gitme sıklığı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,147$ $p=0,022$, $r=-0,235$ $p=0,000$, $r=-0,147$ $p=0,021$). Kullanılan ilaç sayısı ile arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, ev dışında vakit geçirme sıklığı ve camiye gitme sıklığı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,137$ $p=0,032$, $r=-0,181$ $p=0,005$, $r=-0,146$ $p=0,022$).

Tablo 106. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla bazı sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinin korelasyon analizi

		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
Yaş	r	-0,065	0,031	-0,036	0,117	-0,075	0,047	-0,002	-0,050	-0,066	0,000	-0,050
	p	0,315	0,634	0,579	0,068	0,242	0,469	0,976	0,440	0,302	0,995	0,438
Eğitim Durumu	r	0,065	0,091	0,151*	0,067	0,147*	0,147*	-0,134*	0,084	0,585**	0,025	0,296**
	p	0,308	0,157	0,018	0,297	0,022	0,022	0,036	0,193	0,000	0,703	0,000
Gelir Düzeyi	r	0,040	0,143*	0,275**	0,076	0,124	0,144*	-0,266**	0,014	0,435**	0,032	0,130*
	p	0,531	0,026	0,000	0,236	0,054	0,025	0,000	0,832	0,000	0,620	0,043
VKİ	r	-0,013	0,006	-0,110	-0,135*	-0,043	-0,233**	-0,002	0,101	-0,064	-0,038	0,024
	p	0,846	0,927	0,087	0,036	0,500	0,000	0,980	0,117	0,321	0,559	0,714
Kronik Hastalık Sayısı	r	-0,147*	-0,038	-0,235**	-0,039	-0,094	-0,147*	-0,015	0,068	-0,070	-0,010	-0,081
	p	0,022	0,555	0,000	0,549	0,143	0,021	0,816	0,293	0,273	0,875	0,207
Kullanılan İlaç Sayısı	r	-0,137*	-0,009	-0,181**	-0,038	-0,109	-0,146*	-0,039	0,045	-0,042	-0,050	-0,083
	p	0,032	0,883	0,005	0,552	0,089	0,022	0,539	0,485	0,512	0,440	0,198

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). **Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (2-kuyruklu).

D1: Arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı, **D2:** İnsanlarla ilişkilerinin memnuniyeti, **D3:** Ev dışında vakit geçirme sıklığı, **D4:** Kahvehanede vakit geçirme sıklığı, **D5:** Parti/kulüp/dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, **D6:** Camiye gitme sıklığı, **D7:** Evde ibadetle vakit geçirme sıklığı, **D8:** Televizyon izleme sıklığı, **D9:** Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, **D10:** Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, **D11:** Hobilerle vakit geçirme sıklığı

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir durumu, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayıları ile hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumlarının arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi (Tablo 107). Yaş ile katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumuyla kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,337$ $p=0,000$, $r=0,305$ $p=0,000$). Gelir düzeyi ile kullandığı ilaçların kullanım bilgisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi ve sağlık durumu arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,265$ $p=0,000$, $r=0,249$ $p=0,000$, $r=0,167$ $p=0,000$). VKİ ile katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısı ile kullanılan ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumu arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,146$ $p=0,023$, $r=-0,364$ $p=0,000$). Kullanılan ilaç sayısıyla kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumu arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,144$ $p=0,025$, $r=-0,364$ $p=0,000$).

Tablo 107. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir durumu, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayıları ile hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyi ve sağlık durumlarının korelasyon analizi

		E1	E2	E3	E4	E5
Yaş	r	-0,003	0,073	-0,028	-0,030	-0,036
	p	0,957	0,256	0,662	0,642	0,576
Eğitim Durumu	r	0,100	-0,025	0,337**	0,305**	0,084
	p	0,120	0,703	0,000	0,000	0,192
Gelir Düzeyi	r	0,053	0,010	0,265**	0,249**	0,167**
	p	0,406	0,871	0,000	0,000	0,000
VKİ	r	0,050	-0,010	0,022	-0,004	-0,039
	p	0,439	0,876	0,730	0,956	0,543
Kronik Hastalık Sayısı	r	-0,006	-0,003	-0,146*	-0,122	-0,351**
	p	0,924	0,961	0,023	0,056	0,000
Kullanılan İlaç Sayısı	r	-0,011	-0,021	-0,144*	-0,075	-0,364**
	p	0,867	0,741	0,025	0,244	0,000

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). **Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (2-kuyruklu). E1: Aile hekiminden edinilen bilgi, E2: Branş doktorundan edinilen bilgi, E3: Kullanılan ilaçların kullanım bilgisi, E4: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, E5: Sağlık durumu*

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla SYBD-II Ölçeği arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi (Tablo 108). Yaş ile SYBD-II ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu ile SYBD-II ölçeği alt boyutlarının tamamı ve ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Gelir düzeyi ile SYBD-II ölçeği alt boyutlarının tamamı ve ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı ($p<0,05$). VKİ ile SYBD-II ölçeği manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,130$ $p=0,043$, $r=-0,130$ $p=0,043$). Kronik hastalık sayısı ile SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite, manevi gelişim stres yönetimi alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,192$ $p=0,003$, $r=-0,272$ $p=0,000$, $r=-0,149$ $p=0,020$, $r=-0,164$ $p=0,010$, $r=-0,132$ $p=0,039$). Kullanılan ilaç sayısı ile SYBD-II ölçeği fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları arasında negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,213$ $p=0,001$, $r=-0,281$ $p=0,000$, $r=-0,150$ $p=0,019$, $r=-0,136$ $p=0,034$).

Tablo 108. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla SYBD-II Ölçeği korelasyon analizi

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD-II Ölçeği Toplam
Yaş	r	0,092	-0,056	0,069	-0,085	0,079	0,125	0,061
	p	0,151	0,385	0,280	0,187	0,221	0,051	0,341
Eğitim Durumu	r	0,299**	0,185**	0,346**	0,183**	0,245**	0,268**	0,305**
	p	0,000	0,004	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000
Gelir Düzeyi	r	0,241**	0,202**	0,320**	0,185**	0,251**	0,271**	0,306**
	p	0,000	0,001	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000
VKİ	r	-0,069	-0,118	-0,073	-0,130*	-0,074	-0,130*	-0,122
	p	0,280	0,066	0,257	0,043	0,248	0,043	0,057
Kronik Hastalık Sayısı	r	0,085	-0,192**	0,052	-0,272**	-0,149*	-0,164*	-0,132*
	p	0,185	0,003	0,423	0,000	0,020	0,010	0,039
Kullanılan İlaç Sayısı	r	0,093	-0,213**	0,092	-0,281**	-0,150*	-0,136*	-0,122
	p	0,146	0,001	0,151	0,000	0,019	0,034	0,058

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). **Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (2-kuyruklu).

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla WHOQOL-OLD Ölçeği arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi (Tablo 109). Yaş ile WHOQOL-OLD ölçeği duysal işlevler ve özerklik alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,153$ $p=0,017$, $r=0,129$ $p=0,045$). Eğitim durumu ile WHOQOL-OLD ölçeği özerklik, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,332$ $p=0,000$, $r=0,290$ $p=0,000$, $r=0,244$ $p=0,000$, $r=0,202$ $p=0,002$, $r=0,217$ $p=0,001$). Eğitim durumu ile WHOQOL-OLD ölçeği ölüm ve ölmek alt boyutu arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,185$ $p=0,004$). Gelir düzeyi ile WHOQOL-OLD ölçeği özerklik, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,341$ $p=0,000$, $r=0,283$ $p=0,000$, $r=0,266$ $p=0,000$, $r=0,231$ $p=0,000$, $r=0,240$ $p=0,000$). Gelir düzeyi ile WHOQOL-OLD ölçeği ölüm ve ölmek alt boyutu arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,203$ $p=0,001$).

Tablo 109. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, VKİ, kronik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayılarıyla WHOQOL-OLD Ölçeği korelasyon analizi

		Duyusal İşlevler	Özerklik	Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve Ölmek	Yakınlık	WHOQOL-OLD Ölçeği Toplam
Yaş	r	0,153*	0,129*	0,067	-0,012	-0,016	0,097	0,125
	p	0,017	0,045	0,299	0,847	0,809	0,130	0,051
Eğitim Durumu	r	-0,008	0,332**	0,290**	0,244**	-0,185**	0,202**	0,217**
	p	0,903	0,000	0,000	0,000	0,004	0,002	0,001
Gelir Düzeyi	r	-0,003	0,341**	0,283**	0,266**	-0,203**	0,231**	0,240**
	p	0,963	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
VKİ	r	-0,013	-0,050	-0,028	0,065	0,119	0,039	0,029
	p	0,838	0,439	0,659	0,311	0,063	0,546	0,648
Kronik Hastalık Sayısı	r	0,099	-0,021	-0,074	-0,163*	0,083	-0,064	-0,024
	p	0,122	0,748	0,247	0,011	0,195	0,322	0,707
Kullanılan İlaç Sayısı	r	0,061	0,048	-0,051	-0,118	0,063	-0,031	0,014
	p	0,342	0,458	0,430	0,065	0,324	0,632	0,825

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). **Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (2-kuyruklu).

5. TARTIŞMA

Dünyada teknoloji, ekonomik ve sosyal koşulların gelişmesiyle insanların yaşadıkları ortalama yaşam süresi uzamış, yaşlı popülasyonun sayısı artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık sayısında da artış görülmektedir. 2021 TÜİK verilerine göre toplumumuzun %9,7'sini 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Ülkemizde bu 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında genellikle bir kronik hastalık görülmektedir. Toplumda daha sağlıklı, aktif, üretken yaşlı bireylerin var olabilmesi için bu çalışma 65 yaş üstü kronik hastalığı olan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırmayı, yaşam kalitesini ölçmeyi, belirlenen düzeylerin demografik değişkenlere göre farklılıklarını tespit etmeyi ve ilgili kurumlara geçerli önerilerde bulunmayı hedeflemiştir.

Bu çalışmada katılımcıların %76,6 sı (187 kişi) 65-74 yaş aralığında, %20,9 u (51 kişi) 75-84 yaş aralığında, %2,5 i (6 kişi) 85 ve üzeri yaş grubunda idi. Burada 85 yaş ve üzeri bireylerin diğer katılımcılara göre daha az sayıda olduğu dikkat çekmektedir. TÜİK 2021 verileri incelendiğinde yaşlı nüfusun %64,7'sinin 65-74 yaş grubunda, %27,3'ünün 75-84 yaş grubunda ve %8'inin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü(6). Türkiye ile paralel olarak çalışmamızda da 85 yaş ve üzeri katılımcıların sayısının az olması bu kişilerin sayılarının azlığı, bu kişilere ulaşımın ve bu kişilerle iletişimin daha zor olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda 65 yaş üstü bireylerin kronik hastalık durumları incelendiğinde %19,3'ünün hiç kronik hastalığı bulunmadığı, %20,1'inin bir kronik hastalığı olduğu, %23,4'ünün iki kronik hastalığı olduğu, %22,5'inin üç kronik hastalık olduğu ve %14,8'inde dört veya daha fazla, toplamda %80,7'sinde en az bir kronik hastalığı olduğu gözlenmiştir. En çok izlenen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%62,7), kardiyak hastalıklar (%32,4), diyabet (%32) idi. Levent ve arkadaşlarının 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalıklarıyla sağlık alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada katılımcıların %84,2'sinin en az bir, %36'sının iki, %30,4'ünün üç ve üzerinde kronik hastalığı mevcuttu. En çok izlenen hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%66,9), diyabet (%25), koroner arter hastalığı (%14,5) olduğu gözlenmiştir(87). Duman ve arkadaşlarının acil servise başvuran yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada

katılımcıların %84,5'inin kronik hastalığı vardı. En çok izlenen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, (%68,4), diyabet (%32,2) ve kalp hastalıkları (%24,1 idi(88). Özvurmaz ve arkadaşlarının yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada katılımcıların %87,8'inde en az bir kronik hastalık varlığı bildirilmiştir. En çok izlenen hastalıklar sıklık sırasına göre hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar olarak bildirilmişti(89). Çalışmamızdaki katılımcıların kronik hastalık durumları mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda katılımcıların kullandığı ilaç sayısı ortalama 3,7 bulundu. Hiç ilaç kullanmayanların oranı %18,4, 1-2 tane ilaç kullananların oranı %27, 3-4 tane ilaç kullananların oranı %19,3, 5 tane ve üzeri ilaç kullananların oranı %35,2 idi. Yaş sınıfına göre kronik hastalık sayısı açısından anlamlı bir fark yoktu, kullanılan ilaç sayısı orta ve ileri yaşlılarda daha fazlaydı. Kronik hastalık sayısı ile kullanılan ilaç sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı. Gümüştakım ve arkadaşlarının yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını araştırmak için birinci basamakta yaptıkları araştırmada Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalama 4,2 bulundu. Hastaların %58,3ü dört ve üzeri ilaç kullanmaktaydı. Yaş ve ilaç kullanımı arasında bir fark saptanmamış, komorbid hastalık sayısı ile ilaç sayısı ilişkili bulunmuş olup komorbid hastalık sayısı arttıkça ilaç sayısının da arttığı tespit edilmiştir(12). Doğan ve arkadaşları geriatrik hastalarda polifarmasi sıklığını araştırmak ve uygunsuz ilaç kullanımını değerlendirmek için birinci basamakta yaptıkları araştırmada düzenli olarak hiç ilaç kullanmayan hastaların oranı %18,2, düzenli olarak 1-4 arası ilaç kullanan hastaların oranı %40,3, düzenli olarak 5-9 arası ilaç kullanan hastaların oranı %38,2, düzenli olarak 10 ve üzeri ilaç kullanan hastaların oranı %3,1 olduğu görülmüştür. Yaş ortalamalarıyla ilaç kullanımı arasında fark saptanmamış, kronik hastalık sayısı daha fazla olan olgularda polifarmasi görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(90). Diker ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzerinde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımını araştırmak için birinci basamakta yürüttükleri çalışmada, katılımcıların ilaç kullanım ortalaması 2,2 idi. Yaş gruplarına göre ilaç kullanımında ve kronik hastalık sayısında bir fark saptanmamıştır(91). Ünsal ve arkadaşlarının yaşlılarda kronik hastalık prevalansı ve ilaç kullanımını araştırmak için birinci basamakta yaptıkları çalışmada bir ilaç kullananların oranı %59,7, iki ilaç kullananların oranı %36,9, üç ilaç kullananların oranı ise %3,4 idi. Kronik hastalık sayısı ile kullanılan ilaç sayısında artış

bulunmuştur(92). Çalışmamızda katılımcıların kullandığı ilaç sayıları ve oranları literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında yapılan çalışmalarda gözlemlenen birinci basamağa başvuran hastalarda çoklu ilaç kullanım oranlarının daha yüksek olduğudur. Birinci basamakta yazılan reçetelerin sıklıkla ikinci ve üçüncü basamakta başlanan ilaçların tekrarı olmasının bu duruma neden olmuş olabileceği söylenebilir. Yaşlanma ile birlikte kronik hastalık sayısında artış meydana gelmekte ancak çalışmamızda ayırdığımız yaş gruplarında kronik hastalık sayıları arasındaki fark büyük olduğu için literatürü desteklememiş olabilir. Çalışmamızda orta ve ileri yaşlarda kullanılan ilaç sayısının arttığı görülmüştür. Kronik hastalık sayısının artması da bireylerin ilaç kullanma sayısını ve oranını artırmaktadır, çalışmamızdaki bulgular mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

SYBD-II Ölçeğine ilişkin katılımcıların genel puan ortalaması 158,8'dir. Genel puan ortalamasının maksimum puana yakınlığı sebebiyle belirlenen kriterlere göre yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Bu çalışmada, SYBD-II ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, kişilerarası ilişkiler alt boyutunun puanları diğer alt boyut ortalama puanlarına göre yüksek bulunmuştur. Bu durum, yaşlı bireylerde sosyal davranışların daha iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. SYBD-II'nin en düşük alt boyut puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt boyutundadır. Çalışmamızda katılımcıların yüksek oranda (%45,9) obez ve morbid obez olması bu bulguyu desteklemektedir. Toplam ve alt ölçek gruplarına ilişkin sonuçlar, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir(87,88,93,94). Çalışmamızda bu sonucun, toplumumuzdaki yaşlı bireylerde fiziksel hareketsizliğe eğilimini yansıttığı, bireylerin egzersiz için yeterli zaman ayırmadığını veya çalışma hayatından çekilmeyle hareketsizliğin ilişkili olabileceği söylenebilir. Yaşlılıkla birlikte üretkenliğin azalması yaşlı popülasyonun toplumdaki rollerinde değişikliklere ve hatta kaybına neden olabilmektedir. Bu sonuç, mevcut literatürle benzerlik göstermektedir.

WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin katılımcıların genel puan ortalaması 80,8'dir. Genel puan ortalamasının maksimum puana yakınlığı sebebiyle belirlenen kriterlere göre yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Bilgili ve arkadaşlarının Türkiye'de yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini

ölçmek için yaptıkları araştırmada WHOQOL-OLD yaşam kalitesi genel puan ortalaması 75,79 olduğu gözlemlendi(81). Ünal ve arkadaşlarının yaşlıların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada WHOQOL-OLD yaşam kalitesi genel puan ortalaması 78,68 idi(93). Çalışmamızda saptadığımız WHOQOL-OLD yaşam kalitesi genel puan ortalamasının ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Ancak Halvorsrud ve arkadaşlarının 2008 yılında Norveç'te yaşlı bireyler üzerinde Norveç WHOQOL-OLD modülünün güvenilirliği ve geçerliliği için yapmış oldukları araştırmada ölçek genel skoru 91,1 olduğu görülmüştür(95). Bu araştırmada WHOQOL-OLD ölçek genel puan ortalamasının Türkiye'de yapılan çalışmaların puan ortalamalarından çok daha yüksek çıkmıştır. Bu durum ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından en düşük puan ortalamasının diğer çalışmalarda olduğu gibi duyuşal işlevler alt boyutunda olduğu gözlemlendi(81,93). Yaşlanmayla birlikte fizyolojik olarak duyuşal işlevler azalmaktadır(54). Çalışmamızdaki bulgu mevcut literatür bilgisiyle uyumluydu. Çalışmamızda WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı ise yakınlık alt boyutundaydı. Bu durum, yaşlı bireylerde aile ilişkilerinin ve sosyal davranışların iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş sınıfına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Çelik ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırdıkları bir çalışmada yaş sınıfı ile SYBD-II ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark saptamamıştır(96). Ancak Ünal ve arkadaşlarının yaşlılarda yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve başarılı yaşlanmayı araştırdıkları çalışmada 75-84 ve 85 yaş ve üzeri bireylerin SYBD-II ölçek puan ortalamalarının 64-75 yaş aralığındaki bireylerin ortalamalarından düşük bulmuştur(93). Duman ve arkadaşlarının çalışmasında 65-74 yaş grubunun SYBD-II ölçeği puan ortalamalarının 75 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek bulunmuştur(88). Levent ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu yönündeki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı, stres yönetimi ve manevi gelişim gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı saptanmıştır(87). Genel sonuç yaşın ilerlemesiyle bireylerin daha bağımlı hale gelmesi, fiziksel aktivitelerde zorlanma, iştah azalmasıyla beslenmede bozulma gibi nedenlerle sağlıklı yaşam davranışları olumsuz etkilediği

yönündedir. Diğer taraftan bulunan sonuçların yaşlı bireylerin iş hayatından emekli olmakla birlikte maneviyata daha fazla zaman ayırabildikleri ve çalışma hayatının vermiş olduğu stresin azalmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş sınıfına göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi, ölçeğin toplam puan ortalamasının orta ve ileri yaş sınıfında genç yaşlılara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi(81). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında 65-74 yaş aralığındaki yaşlıların ölçek puan ortalaması 75-84 ve 85 yaş ve üzerindekiilerin ortalamalarından ve 75-84 yaş aralığındaki yaşlıların ölçek puan ortalaması 85 yaş ve üzeri yaşlıların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur(93). Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında 65-74 yaş grubunun WHOQOL-OLD ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının 75-84 ve 85 yaş ve üzerindekiilerin ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür(97). Yapılan çalışmalarda genel sonucun yaşlılık döneminde artan hastalıklar, bilişsel fonksiyonların bozulması sosyal yaşamdan uzaklaşma, yalnızlık, emeklilikle birlikte gelir düzeyinde azalma gibi sebeplerle yaşam kalitesinin düşmesidir(75,93,95,97). Çalışmamızda ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgi düzeyi orta ve ileri ve ileri yaş sınıfında genç yaşlılara göre daha fazla olduğu, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sağlık durumunda algılanan iyilik hali puanlarının da daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular ve çalışmamızdaki orta ve ileri yaş sınıfı sayısının genç yaşlılara göre oldukça az sayıda olması çalışmamızda literatürün aksine yaşam kalitesi puan ortalamasının orta ve ileri yaş sınıfında genç yaşlılara göre daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyete göre SYBD-II ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ancak erkeklerin ortalama puanı daha yüksekti. Çelik ve arkadaşlarının, çalışmalarında da cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır(96). Kulakçı ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlıların özyeterlilik algılarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için yaptıkları araştırmada katılımcıların cinsiyete göre SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edilmemişken, manevi gelişim ve stres yönetimi

alt boyut puanları erkeklerde daha yüksekti(98). Duman ve arkadaşlarının çalışmalarında da cinsiyete göre SYBD-II ölçeği toplam puan arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamışken, fiziksel aktivite alt boyut puanının erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır(88). Sheikhhossein ve arkadaşlarının Tahran’da yaptıkları çalışmada kadınlara göre erkeklerin SYBD-II ölçeği puan ortalamaları daha yüksekti(99). Aynı şekilde Ünal ve arkadaşlarının, Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmalarında da erkeklerin SYBD-II ölçeği puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır(93,100). Levent ve arkadaşlarının, çalışmasında erkeklerin fiziksel aktivite puanı daha yüksekken kadınların sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları daha yüksek tespit edildi(87). Çalışmamızda da saptadığımız üzere erkekler ev dışında kadınlardan daha fazla zaman geçirmektedir. Erkekler kahvehane, parti, kulüp dernek gibi ortamlarda kadınlardan daha fazla vakit geçirmektedir. Erkeklerin camiye gitme sıklığı kadınlardan fazladır. Erkeklerin VKİ ortalamaları kadınlarınkinden düşüktür, kadınlarda bel çevresi fazla olanların oranı erkeklerde bel çevresi fazla olanların oranından yüksektir. Erkeklerin algılanan sağlık durumu kadınlara göre iyidir. Bu bulgular literatürde tespit edilen erkeklerin fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanlarının kadınlarınkinden daha yüksek olmasını desteklemektedir(94).

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyete göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Erol ve arkadaşlarının, Küçükkaya ve arkadaşlarının çalışmalarında da yaşlıların cinsiyetiyle WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı(101,102). Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında erkek yaşlıların yakınlık alt boyut hariç diğer tüm WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puanları kadın yaşlılardan yüksekti(81). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında erkek yaşlıların yaşam kalitesi puanları kadınlara göre daha yüksekti(93). Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında WHOQOL-OLD ölçeği özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, yakınlık alt boyut ve toplam puan ortalamaları erkeklerde, ölüm ve ölmek alt boyut puanı ise kadınlarda daha yüksekti(97). Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile ilgili literatürde farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmaların farklı bölge ve sosyoekonomik çevrelerde yapılmış olması nedeniyle farklı sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumuna göre evli ve eşi olanlar ile eşi olmayanlar arasında SYBD-II ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ünal ve arkadaşlarının, Kulakçı ve arkadaşlarının, Softa ve arkadaşlarının çalışmalarında da katılımcıların medeni durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir(93,98,103). Ancak Levent ve arkadaşlarının çalışmasında evlilerin bekarlara göre manevi gelişim ve fiziksel aktivite puanları daha yüksek olduğu gözlenmiştir(87). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında evli olanların manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutlarının ve SYBD-II ölçeği toplam puanının bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır(100). Çelik ve arkadaşlarının çalışmasına göre medeni durum fiziksel aktiviteyi etkilediği belirlenmiştir(96). Çalışmamızda da saptadığımız üzere evli ve eşi olanlar eşi olmayanlara göre ev dışında daha fazla vakit geçirmekte, parti, kulüp, dernek gibi ortamlara ve camiye daha sık gitmektedir. Bu bulgular literatürde tespit edilen evli bireylerin fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanlarının daha yüksek olmasını desteklemektedir. Bu durumun evli ve eşi olmanın bireylere getirdiği düzen ve destekle açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni duruma göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ancak evli ve eşi olanların puan ortalamaları daha yüksekti. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında WHOQOL-OLD ölçeği evli yaşlıların özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek alt boyut ve toplam puan ortalamaları; evli olmayan yaşlıların da duyuşal işlevler ve yakınlık alt boyut ortalamaları daha yüksekti(81). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında evli olan katılımcıların yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları eşi vefat etmiş ve boşanmış olanlara göre daha yüksekti(93). Küçükkaya ve arkadaşlarının çalışmasında WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler, ölüm ve ölmek ve toplam puan ortalamaları evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek bulundu(102). Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında WHOQOL-OLD ölçeği ölüm ve ölmek alt boyutu hariç tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında evli olan yaşlıların puanı daha yüksekti(97). Erol ve arkadaşlarının çalışmasında da evli katılımcıların puanı bekarlara göre daha yüksekti(101). Çalışmamızda ayrıca saptadığımız üzere evli ve eşi olanlar eşi olmayanlara göre ev dışında daha fazla vakit geçirmekte, parti, kulüp, dernek gibi

ortamlara ve camiye daha sık gitmektedir. Kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumunun iyilik algısı daha yüksekti. Yaşam kalitesini etkileyip arttıran bu bulgular mevcut literatürdeki verilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıları eğitim durumuna göre SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı farklar bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut ve SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamaları yüksek eğitimlilerde orta ve düşük eğitimlilere göre daha yüksekti. Fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları yüksek eğitimlilerde düşük eğitimlilere göre daha yüksekti. Eğitim düzeyi arttıkça SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları artıyordu. Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça SYBD ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının da yükseldiği görülmüştür(100). Sheikhhossein ve arkadaşlarının çalışmasında lisans ve önlisans mezunu yaşlıların SYBD ölçeği ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça SYBD ölçeği puan ortalamalarının da yükseldiği görülmüştür(99). Levent ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça manevi gelişim, fiziksel aktivite ve genel sağlık davranışlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir(87). Duman ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur(88). Sohng ve arkadaşlarının araştırmasında lise ve üstü eğitime sahip yaşlılarda ilkökul ve altı eğitime sahip yaşlılara göre SYBD puanları daha yüksek olduğu görülmüştür(104). Çalışmamızda ayrıca kitap, gazete, dergi okuma sıklığı ve kullandığı ilaçların kullanım bilgisi eğitim düzeyi yüksek olanlarda orta ve düşük olanlara göre, eğitim düzeyi orta olanlarda düşük olanlara göre fazlaydı. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi eğitim düzeyi yüksek ve orta olanlarda düşük olanlara göre fazlaydı. Bu bulgular eğitilmiş kişilerin yaşantılarının, gereksinimlerinin farkında olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlar mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıları eğitim durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı farklar bulunmuştur. Özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları yüksek eğitimlilerde orta ve düşük eğitimlilere göre daha yüksekti. Ölüm ve ölmek alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları yüksek eğitimlilerde düşük

eğitilmişlere göre daha yüksekti. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalıyordu. Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim düzeyi arttıkça duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalıyordu(97). Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça yakınlık alt boyut hariç tüm alt boyut ve ölçeğin toplam puanı artırıyordu(81). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların WHOQOL-OLD ölçek puanları alt eğitim düzeydekilerine göre daha yüksekti(93). Erol ve arkadaşlarının çalışmasında ve Küçükaya ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artırıyordu (101,102). Genelde daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların daha vasıflı ve yüksek gelir getiren iş ve daha iyi sosyal olanaklara dolayısıyla daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları; buna karşın eğitim düzeyi düşük olanların kötü çalışma koşulları, düşük ücret, işsizlik dolayısıyla sosyal olanaklardan yararlanamama, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı, yetersiz beslenme gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir, çalışmamızda gelir düzeyi ile yaşam kalitesini karşılaştırdığımızda elde ettiğimiz bulgular ile bu veriler paralellik göstererek bu düşüneyi desteklemektedir(75). Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark görülmezken ölçeğin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması bir işte çalışan yaşlılarda çalışmayanlara göre daha yüksek saptandı. Duman ve arkadaşlarının araştırmasında bir işte çalışan yaşlılarda ölçeğin fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyut ve toplam puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi(88). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında çalışan katılımcıların manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut ve ölçeğin toplam puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksekti(100). Çalışabilen yaşlıların fiziksel fonksiyonel yeterliliklerinin daha iyi olması beklenen bir bulgudur. Ayrıca çalışma ortamının yaşlılarda manevi gelişime katkı sağladığı düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark görülmezken ölçeğin ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalaması bir işte çalışmayan yaşlılarda çalışanlara göre daha yüksek saptandı. Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin ölüm ve ölmek alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları çalışan yaşlılarda, ölüm ve ölmek al boyut puan ortalaması ise çalışmayan yaşlılarda daha yüksek olduğu belirlendi(97). Kılınç ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada çalışmayan yaşlılarda ölçeğin sosyal katılım alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları çalışan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptandı(105). Yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçların farklı çıkmasının sebebi bölgesel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda olduğu gibi ölüm ve ölmek puan ortalamaları çalışmayan yaşlılarda daha yüksekti, bunun nedeni ise çalışan yaşlıların iş hayatının getirdiği meşguliyetten dolayı günün akışı içerisinde ölümü daha az düşünüp daha az kaygı duymaları olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyine göre SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı farklar bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları artıyordu. Levent ve arkadaşlarının çalışmasında gelir düzeyi yüksek olanlarda stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve genel sağlık davranışlarının daha iyi olduğu gözlenmiştir(87). Ünal ve arkadaşlarının ve Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmalarında da gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların SYBD ölçek ortalama puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır(93,100). Çalışmamızda ayrıca gelir düzeyi arttıkça insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, hobilerle vakit geçirme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, algılanan sağlık durumunun iyilik hali artıyordu. Gelir düzeyinin iyi olması yaşamdan alınan doyumunu artırır ve ekonomik durumun sağlığın en önemli belirleyicilerinden olduğu kabul edilir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyine göre WHOQOL-OLD ölçeği duyuşal işlevler hariç tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı farklar bulunmuştur. Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça özerklik,

geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalıyordu. Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi finansal olarak iyilik hali artıkça özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalıyordu(81). Aynı şekilde birçok çalışma gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını gösteren bulgular elde etmiştir(93,95,97,102). Yapılan çalışmalar ekonomik koşullar ve gelir düzeyinin, bireylerin bedensel, ruhsal, sosyal sağlıkları, iş yaşamındaki ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli gösterge olduğunu belirtmektedir(75). Araştırmamızda ayrıca bu çalışmaları destekleyen bulgular vardı. Saptadığımız üzere gelir düzeyi arttıkça insanlarla ilişkilerin memnuniyeti, ev dışında vakit geçirme sıklığı, camiye gitme sıklığı, kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, hobilerle vakit geçirme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi, algılanan sağlık durumunun iyilik hali artıyordu. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre SYBD-II ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Levent ve arkadaşlarının çalışmasında SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanı şehir merkezinde yaşayanlarda kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek saptanmıştır(87). Wang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da şehir merkezinde yaşayanların SYBD puanları kırsal bölgede yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur(106). Sungur ve arkadaşlarının çalışmasında da Yapılan analiz neticesinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi boyutlarının yerleşim yeri türüne göre şehirde yaşayanların lehine farklılık gösterdiği tespit edilmiştir(107). Şehir merkezi, kırsal bölgelere göre daha iyi şartlarda yaşam olanakları sunması açısından kırsal bölgelere göre daha olumlu sağlık davranışları kazandırdığı düşünülür.

Çalışmamızda katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hayatının en uzun bölümünü köy ve kasabada geçirenlerin ölçeğin toplam puan

ortalaması $80,7 \pm 7,2$, şehir merkezinde geçirenlerin ise $80,9 \pm 8,7$ idi. Dağlı ve arkadaşlarının kırsal alanda yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada ölçeğin toplam ortalama puanı $62,3 \pm 10,0$ olup bizim çalışmamızdaki puanlardan çok daha düşük olduğu görülmüştür. Alt boyutların puan ortalaması değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda olduğu gibi yakınlık alt boyut puan ortalamasının en yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda saptadığımız üzere arkadaş/akraba/komşularla birlikte vakit geçirme sıklığı hayatlarının en uzun bölümünü köy ve kasabada geçirmiş olanlarda; televizyon izleme sıklığı ise şehir merkezinde geçirmiş olanlarda daha fazlaydı. Bu bulgular aile ilişkilerine bağlı olarak yakınlık alt boyut puan ortalamasının yüksek olmasını desteklemektedir. Garbaccio ve arkadaşlarının çalışmasında kırsal alanda daha az yaşayan katılımcıların yaşam kalitesi daha iyi olduğu saptandı(108). Kırsal kesimde okullaşma seviyesinin düşük olması, ekonomik durumların, barınma koşullarının kötü olması, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olması, sosyal kaynakların yetersiz olması, alt yapı sorunları gibi sorunların yaşlı sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir(108). Bununla birlikte temiz hava, aile ve komşular ile birlikte iç içe yaşamak kırsal bölgede yaşamının avantajlarındanır.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyeti ve tipine göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin bazı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları apartman dairesinde yaşayanlarda müstakil evde yaşayanlara göre yüksek saptanmıştır. Özpulat ve arkadaşlarının çalışmasında apartman dairesinde oturan ve ısınma türü kalorifer olan katılımcıların SYBD ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur(109). Çalışmamızda ayrıca konut tipi apartman dairesi olanların arkadaş, akraba, komşularıyla daha sık vakit geçirdiği, kitap, gazete, dergi okuma sıklığının daha fazla olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranış bilgilerinin daha fazla olduğu buna karşın müstakil evde oturanların kahvehane vakit geçirme sıklıklarının daha fazla olduğunu saptadık. Yaşanılan konut sağlığın belirleyicilerindendir. Apartman siteleri spor, oyun, sosyal alanlar gibi imkanlar sunmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanımı ve sürdürülmesinde etkili olmuş olabilir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadığı konutun mülkiyetine ve tipine göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ancak yaşadığı konut kendine ait olanların ölçeğin toplam puan ortalaması daha yüksekti. Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı katılımcıların oturduğu ev kendine ait olanlarda duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık alt boyut ve ölçeğin toplam puan ortalamaları oturuşan evin mülkiyeti kendisine ait olmayanlardan yüksekti. Yaşlıların oturduğu evin tipi ile yaşam kalitesi ölçeği toplam ve geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri alt boyutu hariç tüm alt boyut puan ortalamalarında bir fark saptanmadı. Apartman dairesinde oturan yaşlıların geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri puan ortalaması müstakil evde oturanlardan daha yüksekti(105). Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında yaşadığı konut kendine ait olan yaşlılarda WHOQOL-OLD ölçeği ölüm ve ölmek alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması daha yüksekti(97). Kowaltowski ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada müstakil evde oturmaşın yaşam kalitesini arttırdığı saptandı(110). Çalışmamızda ayrıca yaşadığı konut kendine ait olanların hobilerle vakit geçirme sıklığı ve algılanan sağlık durumunun iyilik hali daha fazlaydı, konut tipi apartman dairesi olanların arkadaş, akraba, komşularıyla daha sık vakit geçirmekteydi ve kitap, gazete, dergi okuma sıklığı daha fazlaydı buna karşın müstakil evde oturanların kahvehanede vakit geçirme sıklığı daha fazlaydı. Literatürde yapılan çalışmalarda yaşanan konutlar ve yaşam kalitesi ile ilgili farklı bulgular elde edilmiştir. Genel sonuç güvenli ve konforlu bir konut, yaşam kalitesini belirleyen, bireyin temel ihtiyaçlarındandır. Yaşanan konutun tipi ve ısınma, su, elektrik, yeşil alan vb. özellikleri bu açıdan belirleyici faktörlerdir. Bireyin yaşadığı konutun sahibi olması, konutun içinde ve dışında istediğı gibi değişiklik yapabilmesi, dilediğı gibi kullanması, evsiz kalma kaygısı olmadan kendisini güvende hissetmesi açısından önemlidir ve yaşam kalitesinde etkili faktörlerdendir(75).

Çalışmamızda katılımcıların engel durumuna göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin bazı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları engel durumu olmayanlarda, olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgulara paralel olarak Duman ve arkadaşlarının çalışmasında da

günlük yaşam aktivitelerinde sınırlı olmayanların manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur(88).

Çalışmamızda katılımcıların engel durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark görülmezken ölçeğin sosyal katılım alt boyut puan ortalaması engel durumu olanlarda olmayanlara göre daha düşük saptandı. Erol ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da yaşlılarda engel durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark yoktu(101). Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında engelli raporu olan yaşlılarda WHOQOL- OLD duysal işlevler, özerklik, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalaması engelli olanlarda düşük bulunmuştur(105). Dağlı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada baston, yürüteç ya da tekerlekli sandalye kullanan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşüktü. İşitme cihazı ve gözlük kullananlarda ise kullanmayanlara göre istatistiksel bir fark yoktu(97). Literatürde engel durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırılmalarında farklı bulgular elde edilmiştir, burada katılımcıların engel oranlarının farklı olması etkili olmuş olabilir. Engel durumu bireylerin sosyal katılımını olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin hangi durumda olursa olsun eğilme, doğrulma, yürüme, merdiven çıkma, gibi fiziksel aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını yerine getirebilmesi ve bunları yeterli düzeyde yapabilmesi yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili objektif göstergeleridir(75).

Çalışmamızda sigara veya alkol kullanımına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin bazı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Sigara kullanmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı kullananlara göre daha yüksek saptandı. Alkol kullanmayanlarda da beslenme alt boyut puan ortalamaları kullananlara göre daha yüksek saptandı. Levent ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara kullanmayan katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları kullananlara göre daha yüksek olduğu, alkol kullanmayan katılımcıların ise kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, ve genel sağlık puanlarının kullananlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda sigara kullananların ise ev dışında, kahvehanede, parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda daha fazla vakit geçirdikleri, insanlarla ilişkilerinden daha az memnun oldukları; alkol kullananların da aynı şekilde ev dışında ve kahvehanede daha fazla

vakit geçirdikleri ve evlerinde daha az ibadet ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur(20,87,111–113).

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak sigara kullanmayanların sosyal katılım puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında sigara ve alkol kullanımına göre yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır(114). Kılınç ve arkadaşlarının, İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır(105,115). Garbaccio ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içmeyenlerin yaşam kalitesi daha yüksekti(108). Kronik hastalıkların oluşmasında majör risk faktörü sayılan sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların yaptığımız çalışmada sigarada %16,4, alkolde %6,6 gibi düşük oranda kullanılıyor olması SYBD ve WHOQOL-OLD ölçeği puanlarının yüksek olmasını desteklemekte ve kronik hastalıkların kontrolü açısından oldukça pozitif bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların VKİ sınıfına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Fazla kilolu olanların obez ve morbid obezlere göre fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksekti. Çetinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında da VKİ normal olan katılımcıların fiziksel aktivite ölçek puanı obezlere göre daha yüksekti(116). Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında VKİ sınıfına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Normal kilolu olanların sağlık sorumluluğu puanı, fazla kilolu ve obez sınıflarına göre, fazla kilolu olanların sağlık sorumluluğu puanı da obez olanlara göre daha yüksekti(117). Kocaman ve arkadaşlarının çalışmasında VKİ sınıfına göre SYBD-II ölçeği toplam ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır, VKİ arttıkça sadece fiziksel fonksiyon ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu görülmüştür (118). Çalışmamızda ayrıca VKİ'si normal olanların camiye gitme sıklığı obez ve morbid obezlere göre daha fazlaydı. VKİ arttıkça camiye ve kahvehaneye gitme sıklığı, SYBD-II ölçeği manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları azalıyordu. Tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda da obezite prevalansı artmaktadır. Obezite, temelde aşırı beslenme ve fiziksel inaktivitenin bir sonucudur. Yaşlı bireylerde görülen

vücut ağırlığındaki artış genellikle fiziksel aktivitedeki ve enerji harcamasındaki azalmaya bağlı olarak gelişmektedir. Yaşlı bireylerde, yaşa bağlı olarak vücut bileşiminde meydana gelen değişimlerin yanı sıra çalışmamızda da görüldüğü üzere yaşlandıkça boy uzunluğundaki kısalma, VKİ ile vücut yağ kütlesi arasındaki ilişkiyi zayıflatmaktadır(114). Obezitenin çalışmaların çoğunluğunda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık ve genel sağlık alanlarında anlamlı düşüklüğe sebep olduğu görülmüştür. Genel olarak obez olan kişilerin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin obez olmayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların VKİ sınıfına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yapılan birçok çalışmada VKİ arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür(119–121)

Çalışmamızda katılımcıların KH sayısına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplam puanlarda istatistiksel olarak farklar saptandı. Hiç KH'ı olmayanlarda 3 tane ve üzeri KH'ı olanlara göre fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve ölçeğin toplam puanı daha yüksekti. Manevi gelişim puanları da 3 tane ve üzeri KH'ı olanlarda hiç KH'ı olmayanlar ve 1-2 tane KH'ı olanlara göre daha düşüktü. KH sayısı arttıkça fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçeğin toplam puanları azalmaktaydı. Levent ve arkadaşlarının çalışmasında KH sayısı arttıkça ölçeğin tüm alt boyut ve genel sağlık puanlarının düştüğü tespit edilmiştir(87). Softa ve arkadaşlarının çalışmasında KH olmayanların SYBD puanları olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Kulakçı ve arkadaşlarının çalışmasında KH durumunun ölçeğin tüm alt boyutlarını ve toplam puanını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca KH olup KH'ı ile ilgili bilgi alan ve hastalıkları ile ilgili yapması gerekenleri bilen yaşlıların SYBD ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanları bilgi almayan ve yapmasını bilmeyen gruplara göre daha yüksek saptandı. Sağlık algısı iyi olanların da SYBD puanları yüksekti(98). Çalışmamızda ayrıca katılımcıların KH sayısı arttıkça arkadaş akraba komşularla vakit geçirme, ev dışında vakit geçirme, camiye gitme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım

bilgisi ve sağlık durumunun iyilik algısı azalmaktaydı. Birden fazla KH'ı olan yaşıllarda hastalıkla geçen sürenin artmasına bağlı olarak sağlıklı yaşıam biçimi davranışı olumsuz etkilenmektedir. KH'la birlikte yaşıamanın getirdiği durum yaşılların farkındalığının düşük olmasına ve olumsuz yaşıam biçimi davranışlarının sürdürölmesine neden olabilir çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatürdeki verileri desteklemekte ve mevcut verilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların KH sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında bir fark tespit edilmemişken ölçeğin sosyal katılım alt boyutunda istatistiksel olarak farklar saptandı. Hiç KH'ı olmayan katılımcıların sosyal katılım puanları 3 tane ve üzeri KH'ı olanlardan daha yüksek saptandı. KH sayısı arttıkça sosyal katılım puanları azalıyordu. Ayrıca katılımcıların KH sayısı arttıkça arkadaş akraba komşularla vakit geçirme, ev dışında vakit geçirme, camiye gitme sıklığı azalıyordu. KH bağımlılığı arttırdığı fiziksel dayanıklılığı azalttığı için yaşılları sosyal katılım yönünden olumsuz etkilemiş olabilir. Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında yaşılların kronik hastalık varlığına göre yaşıam kalitesi toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark yoktu. Duyusal işlevler, özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım alt boyut puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksekti(105). Bilgili ve arkadaşlarının çalışmasında hastalığı olmayan yaşılların özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve ölçeğin toplam puan ortalamaları daha yüksekti(81). Duman ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı olmayanların yaşıam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi, çalışmamızda da KH sayısı arttıkça sağlık durumunun iyilik algısı azalmaktaydı(88). Yapılan birçok çalışmada da kronik hastalık varlığı ile yaşıam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır(101,122,123).

Çalışmamızda katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplam puanlarda istatistiksel olarak farklar saptandı. Hiç ilaç kullanmayanların puanı diğerlerinden daha yüksekti. 5 tane ve üzeri ilaç kullananların fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplamdaki puanları 1-4 ilaç kullananlardan daha düşüktü. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler,

stres yönetimi puanları azalmaktaydı. Levent ve arkadaşlarının çalışmasında sürekli ilaç kullanan katılımcılarda kullanmayanlara göre SYBD ölçeğinin tüm alt boyut ve toplam puanları daha düşük bulunmuştur(87). Duman ve arkadaşlarının çalışmasında ilaç kullanan katılımcıların SYBD ölçeği fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut ve toplam puanları kullanmayanlara göre daha düşük saptandı(88). Çalışmamızda ayrıca katılımcıların kullandığı ilaç sayısı arttıkça arkadaş akraba komşularla vakit geçirme, ev dışında vakit geçirme, camiye gitme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumunun iyilik algısı azalmaktaydı. SYBD ile kullanılan ilaç sayısı ile ilgili bulguların KH sayısı ile ilgili bulgularla birebir örtüştüğü görülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatürdeki verileri desteklemekte ve mevcut verilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların kullandığı ilaç sayısına göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında bir fark tespit edilmemişken ölçeğin sosyal katılım alt boyutunda istatistiksel olarak farklar saptandı. Hiç ilaç kullanmayanların sosyal katılım puanı 5 tane ve üzeri ilaç kullananlardan daha fazlaydı. Erol ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlılarda ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır(101). Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında sürekli ilaç kullananların WHOQOL-OLD toplam puan ortalaması kullanmayanlardan daha düşüktü(105). Küçükkaya ve arkadaşlarının çalışmasında sürekli ilaç kullanan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü(102). Dağlı ve arkadaşlarının çalışmasında tanı almış hastalığı olanların/sürekli ilaç kullananların ölüm ve ölmek alt boyut puanı hariç WHOQOL-OLD ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde düşük bulundu(97). Çalışmamızda ayrıca katılımcıların kullandığı ilaç sayısı arttıkça arkadaş akraba komşularla vakit geçirme, ev dışında vakit geçirme, camiye gitme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumunun iyilik algısı azalmaktaydı. Yaşam kalitesi ile kullanılan ilaç sayısı ile ilgili bulguların KH sayısı ile ilgili bulgularla birebir örtüştüğü görülmüştür. Hastalık ve buna bağlı olarak ilaç kullanımının olmaması ve kronik hastalıklar nedeniyle ise düzenli ilaç kullanımının hastalığı kontrol altında tutmak açısından yaşam kalitesini arttırdığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde ettiğimiz bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Katılımcıların %44,7 si kadın, %55,3 ü erkek, %76,6 sı 65-74 yaş aralığında, %20,9 u 75-84 yaş aralığında, %2,5 u 85 yaş ve üzerindeki yaşlılardan oluşmaktadır. %72,1 i evlidir.

Katılımcıların %26,6 sı okur yazar değildir, %49,2 si ilkokul, %24,2 si ise orta ve üzeri okul mezunudur. Bu veriler çalışmamızdaki yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışma durumlarına bakıldığında 65 yaşını aştığı halde %7,4 ünün çalışıyor olduğu ve %59,4 ünün emekli olduğu görülmüştür. Gelir durumuna bakıldığında katılımcıların beyanına göre %39,3 ünün aylık geliri 3500 TL'den az %49,6 ünün aylık geliri 3500-6000 TL arasında, %11,1 inin ise aylık geliri 6000 TL'den fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%88,9) hayatlarının en uzun bölümünü şehir merkezinde geçirdiğini, %85,7 yaşadığı evin kendine ait olduğunu, %75,4 ü müstakil evde, %24,6 sı apartman dairesinde yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %6,1 inin kurul onaylı engelli raporu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %16,4 ü sigara, %6,6 sı alkol kullandığını beyan etmiştir.

Katılımcıların %45,9 unun obez ve morbid obez olduğu, kadın katılımcılarının çoğunun bel çevresinin fazla olduğu ve tüm katılımcıların sistolik kan basıncı ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %80,7 sinin en az bir tane kronik hastalığı olduğu, %35,2 sinin 5 tane ve üzerinde ilaç kullandığı saptanmıştır.

Kronik hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon ardından kardiyak hastalıklar ve diyabet önemli bir oranı teşkil etmektedir.

SYBD-II ölçeği puan ortalaması 158,8 olarak hesaplanmıştır. Bu puan ölçeğin ortalama puanının çok üzerinde bir değer olup çalışmaya katılan yaşlıların genel olarak sağlıklı yaşama davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puan kişiler arası ilişkiler, en düşük puan ise fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu görülmüştür.

WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalaması 80,8 olarak ölçülmüş ve ölçeğin ortalama puanının üzerinde bir değer olduğu görülmüştür. Böylece çalışmaya katılan

yaşlıların yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyut puanlarına bakıldığında çalışmaya katılan yaşlıların en yüksek puanı yakınlık alt boyutundayken, en düşük puanı duyuşal işlevlerde olduğu belirlenmiştir.

Orta ve ileri yaş grubunun daha fazla ilaç ve sigara kullandığı, kahvehanede daha fazla vakit geçirdiğı bununla birlikte sağlıklı yaşam davranış bilgilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıfı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak orta ve ileri yaş sınıfının yaşam kalitesinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Kadın yaşlıların VKİ erkeklere göre daha yüksek olduğu, ev dışında, kahvehanede, parti/kulüp/ dernek gibi ortamlarda daha az vakit geçirdiğı ve camiye gitme sıklığının daha az olduğu, kullandığı ilaçların kullanım bilgisinin erkeklere göre daha az olduğu, algılanan sağlık durumunun iyilik halinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Evli ve eşiyile olan yaşlıların ev dışında, parti/kulüp/ dernek gibi ortamlarda daha fazla vakit geçirdiğı ve camiye gitme sıklığının daha fazla olduğu, kullandığı ilaçların kullanım bilgisinin eş olmayanlara göre daha fazla olduğu, algılanan sağlık durumunun iyilik halinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça ev dışında, parti/kulüp/ dernek gibi ortamlarda daha fazla vakit geçirme, camiye gitme, kitap/gazete/dergi okuma, hobilerle vakit geçirme sıklığı, kullanılan ilaçların kullanımı bilgisi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgisi artmaktadır.

Eğitim durumu ile SYBD-II ölçeğı tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça SYBD-II ölçeğı tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları artmaktadır. Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğı belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile WHOQOL-OLD ölçeğı alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve

WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır. Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Çalışma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak çalışan yaşlılarda çalışmayanlara göre manevi gelişimin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak çalışmayan yaşlılarda ölüm ve ölmek alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyi ile SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça SYBD-II ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları artmaktadır. Gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirlenmiştir.

Gelir düzeyi ile WHOQOL-OLD ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarında yüksek derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça özerklik, geçmiş/bugün/gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, yakınlık alt boyut ve WHOQOL-OLD toplam puan ortalamaları artarken, ölüm ve ölmek alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır. Gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi bulguları ile gelir düzeyi bulgularının birebir örtüştüğü belirlenmiştir.

Katılımcıların hayatlarının en uzun bölümünü geçirdiği yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir.

Apartman dairesinde oturanların arkadaş, akraba, komşularıyla daha sık vakit geçirdiği, kitap, gazete, dergi okuma sıklığının daha fazla olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranış bilgilerinin daha fazla olduğu buna karşın müstakil evde oturanların kahvehanede vakit geçirme sıklıklarının daha fazla olduğu ve yaşadığı konut kendine ait olanların hobilerle vakit geçirme sıklığı ve algılanan sağlık durumu iyilik halinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan konutun mülkiyeti ve tipi ile SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamalarında bir fark görülmezken, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları apartman dairesinde yaşayanlarda müstakil evde yaşayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan konutun mülkiyeti ve tipi yaşam kalitesini etkilememiştir.

Engel durumu ile SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamalarında bir fark görülmezken engel durumu olanların manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları daha düşük belirlenmiştir.

Engel durumuna göre WHOQOL-OLD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark görülmezken ölçeğin sosyal katılım alt boyut puan ortalaması engel durumu olanlarda olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sigara kullananların ise ev dışında, kahvehanede, parti, kulüp, dernek gibi ortamlarda daha fazla vakit geçirdikleri, insanlarla ilişkilerinden daha az memnun oldukları; alkol kullananların da ev dışında ve kahvehanede daha fazla vakit geçirdikleri ve evlerinde daha az ibadet ettikleri saptanmıştır.

Sigara veya alkol kullanımına göre SYBD-II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin bazı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Sigara kullanmayan yaşlıların sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu, alkol kullanmayanların da beslenme alt boyut puan ortalamaları kullananlara göre daha yüksek belirlenmiştir.

Sigara ve alkol kullanımı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak sigara kullanmayanların sosyal katılım puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Obez ve morbid obezlerin daha az fiziksel aktivite yaptığı belirlendi. VKİ arttıkça camiye ve kahvehaneye gitme sıklığı, SYBD-II ölçeği manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları azalmaktadır. VKİ grupları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki belirlenmemiştir.

Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça arkadaş, akraba, komşularla vakit geçirme, ev dışında vakit geçirme, camiye gitme sıklığı, kullandığı ilaçların kullanım bilgisi ve sağlık durumunun iyilik algısı azalmaktadır.

Kronik hastalık ve kullanılan sayısı arttıkça fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır. Kronik hastalıklar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir.

Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak kronik hastalık sayısı arttıkça sosyal katılımın azaldığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Yaşlı nüfusun artması ve artan yaşam beklentisi nedeniyle sağlık ve sosyal bakım sistemlerinin sağlıklı ve başarılı yaşlanmayı, yaşlılıkta yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen stratejilerin; yaşlı bireylerin daha iyi sağlık ve yaşam kalitesi sağlamak için sadece uygun bir tıbbi ortam değil, aynı zamanda onları yaşamlarının her alanında desteklemek için politika ve programların geliştirilmesi gerekmektedir.

Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam tarzı ve yaşam kalitesinin belirleyici faktörlerinden olduğu buna rağmen yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olduğu göz önünde bulundurularak yaşlılara yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve bireyler erken yaştan itibaren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili bilgilendirilmeli, yaşam boyu yaşlılığa hazırlayan programlar oluşturulmalıdır.

Artan obeziteyle birlikte sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, sigara ve alkol kullanımı gibi olumsuz davranışların önüne geçmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışları genç yaşlardan itibaren benimsenmeli, sağlıklı yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve sosyalleşme teşvik edilmelidir.

Ekonomik durumun sağlıklı yaşam ve yaşam kalitesiyle yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sebeple maddi desteğe ihtiyacı olan yaşlıların belirlenip harekete geçilmesi ve yaşlılara daha iyi imkanların sunulması gerekmektedir.

Her geçen gün artan yaşlı sayıları pek çok sorun ve ihtiyacı da beraberinde getirmektedir. Bu sorun ve ihtiyaçların çözümü için gerontoloji alanında yapılan çalışmaların, yaşlıların herhangi bir sağlık problemi olmadan da sağlık taramaları, sağlık eğitimi gibi hizmetlere yönelmesi için birinci basamağın ve yaşlılarda daha konforlu sağlık hizmeti için evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi çok önemlidir.

Sağlığı ve yaşam kalitesini bozan kronik hastalıklar ve bunlara bağlı oluşan fonksiyon kayıpları, bağımlılık gibi durumların engellenmesi için yaşlıların daha yakından takip edilmesi önerilmektedir.

7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma Adana ilinde iki aile sağığı merkezinde yürütölmüştür. Aile sağığı merkezine gelebilecek kadar bağımsız, sağııklı ve kendi evinde yaşıyan katılımcılardan oluşuyordu. Dolayısıyla elde edilen bulguların toplum düzeyine, tamamen bağımlı, özellikle kurumsal ortamlarda ve farklı bölgelerde yaşıyan yaşlılara genellenmesi mümkün değildir.

Veriler yaşlıların öz bildirimine dayalı toplanmış olup ve ilerleyen yaşın da hafıza faktörüne etkisi veri güvenilirliğini etkilemiş olabileceğı göz önünde bulundurulmalıdır.

Görüşme sürecinin uzun olması yaşlıların sıkılıp yorulmasına neden olduğı için görüşmenin birden fazla seansta yapılması veya daha kısa, farklı çalışmalar halinde yürütölmesi daha uygun olacaktır.

Ayrıca kognitif bozuklukların ve hastalık şiddetinin değeriendirilmemesi diğeri sınırlamalar arasında sayılabilir.

8. KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; **2022** [a.yer 03 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>
2. **Allen J, Gay B, Crebolder H et al.** The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition; **2002**.
3. **Rakel RE, Rakel D.** Textbook of Family Medicine. Elsevier Saunders; **2015**. 1200 s.
4. **Eser B, Aksu SK.** Yaşlanan Nüfus, Sorunlar ve Politikalar: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. **2021**;16.
5. **World Health Organization.** Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: findings from the 'ready' phase [Internet]. Geneva: World Health Organization; **2022** [a.yer 04 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353553>
6. **TÜİK Kurumsal İstatistiklerle Yaşlılar, 2021** [İnternet]. [a.yer 04 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636>
7. **Friedman SM, Mulhausen P, Cleveland ML, Coll PP, Daniel KM, Hayward AD, vd.** Healthy Aging: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary: AGS White Paper on Healthy Aging. J Am Geriatr Soc. Ocak **2019**;67(1):17-20.
8. Yaşlı Sağlığı Bilgi Notları [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/yasli-sagligi-bilgi-notlari.html>
9. **Botes R, Vermeulen KM, Correia J, Buskens E, Janssen F.** Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. BMC Health Services Research. 15 Ocak **2018**;18(1):24.
10. Non communicable diseases [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
11. Noncommunicable diseases 2019 turkey [İnternet]. [a.yer 06 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/MDB/noncommunicable-diseases>
12. **Gümüştakım RŞ, Ayhan Başer D.** Multiple drug use in elderly in primary care: An example of rural field. tahd. 25 Mart **2019**;23(1):2-8.
13. **TÜİK Kurumsal Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019** [İnternet]. [a.yer 06 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
14. **Yang JS, Mamudu HM, John R.** Incorporating a structural approach to reducing the burden of non-communicable diseases. Global Health. Aralık **2018**;14(1):66.
15. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes [İnternet]. [a.yer 07 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241597418>
16. **Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, vd.** Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Frontiers in Public Health [İnternet]. **2020** [a.yer 07 Kasım 2022];8. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574111>

17. **Passarino G, De Rango F, Montesanto A.** Human longevity: Genetics or Lifestyle? It takes two to tango. *Immun Ageing*. Aralık **2016**;13(1):12.
18. **Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S.** Healthy lifestyle and preventable death: Findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. *Preventive Medicine*. 01 Mayıs **2009**;48(5):486-92.
19. **Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, vd.** Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study. *Plos One*. 09 Aralık **2013**;8(12):e81877.
20. **Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJL, vd.** The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. *Plos Medicine*. 28 Nisan **2009**;6(4):e1000058.
21. **Woo J, Ho SC, Yu ALM.** Lifestyle factors and health outcomes in elderly Hong Kong chinese aged 70 years and over. *Gerontology*. Ağustos **2002**;48(4):234-40.
22. **Savucu Y.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. **2020**;10.
23. **Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH.** Elderly people's definition of quality of life. *Braz J Psychiatry*. Mart **2003**;25(1):31-9.
24. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1242; **2021**.
25. Yaş ne demek TDK Sözlük Anlamı [İnternet]. [a.yer 14 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=yaş>
26. Yaşlı ne demek TDK Sözlük Anlamı [İnternet]. [a.yer 14 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=yaşlı>
27. **Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N.** Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. **2016**;33.
28. **Rukiye Pınar Bölüktaş.** Temel Gerontoloji. İstanbul Üniversitesi; **2010**.
29. Yaşlılık Nasıl Oluşur? - **Prof. Dr. Göksel Kalfa Somay** [İnternet]. Prof. Dr. Göksel Somay. [a.yer 18 Kasım 2022]. Erişim adresi: <http://www.gokselsomay.com/1/post/2017/04/yaşlanma-2-bolum-yaşlılık-nasil-olusur.html>
30. **Bilir N.** Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler. :20.
31. **World Health Organization.** World report on ageing and health [Internet]. World Health Organization; **2015** [a.yer 18 Kasım 2022]. 246 s. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
32. **Genç Y.** Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu ve Toplumsal Beklentileri. *The Journal of Academic Social Science Studies*. **2013**;Volume 6 Issue 4(6):461-82.
33. **Aslan M, Hocaoglu Ç.** Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. :10.
34. **Beğer T, Yavuzer H.** Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. :3.
35. Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging: Report on a Seminar Convened by the **WHO**, Kiev, 14-22 May **1963**. WHO, Regional Office for Europe; 1963. 30 s.
36. **Tümerdem Y.** Gerçek Yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*. 15 Eylül **2006**;9(3):195-6.

37. **Danış M.Z.** Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet. Nisan **2009**;20(1):67-83.
38. Ageing and health [İnternet]. [a.yer 09 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
39. **Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A.** Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları.
40. **Tobin DJ.** Introduction to skin aging. Journal of Tissue Viability. Şubat **2017**;26(1):37-46.
41. **Singh G.** Can we prevent skin aging? Indian J Dermatol Venereol Leprol. **2009**;75(5):447.
42. **Janssens JP, Pache JC, Nicod LP.** Physiological changes in respiratory function associated with ageing.
43. **Lakatta EG, Levy D.** Arterial and Cardiac Aging: Major Shareholders in Cardiovascular Disease Enterprises: Part II: The Aging Heart in Health: Links to Heart Disease. Circulation. 21 Ocak **2003**;107(2):346-54.
44. **Nabil Alama M.** Aging-Related Changes of the Cardiovascular System. JHER. **2017**;3(2):27.
45. **Lovat LB.** Age related changes in gut physiology and nutritional status. Gut. 01 Mart **1996**;38(3):306-9.
46. **Jonas M, Kuryłowicz A, Puzianowska-Kuźnicka M.** Aging and the endocrine system.
47. **Jones CM, Boelaert K.** The Endocrinology of Ageing: A Mini-Review. GER. **2015**;61(4):291-300.
48. **Weinstein JR, Anderson S.** The Aging Kidney: Physiological Changes. Advances in Chronic Kidney Disease. Temmuz **2010**;17(4):302-7.
49. **Valiathan R, Ashman M, Asthana D.** Effects of Ageing on the Immune System: Infants to Elderly. Scand J Immunol. Nisan **2016**;83(4):255-66.
50. **Williams GN, Higgins MJ, Lewek MD.** Aging Skeletal Muscle: Physiologic Changes and the Effects of Training. Physical Therapy. 01 Ocak **2002**;82(1):62-8.
51. **Fornelli G, Isaia GC, D’Amelio P.** Ageing, muscle and bone. Journal Of Gerontology And Geriatrics. 15 Eylül **2016**;64:75-80.
52. **Peters R.** Ageing and the brain. Postgrad Med J. Şubat **2006**;82(964):84-8.
53. **Fjell AM, Walhovd KB.** Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. Rev Neurosci. **2010**;21(3):187-221.
54. **Amarya S, Singh K, Sabharwal M, Amarya S, Singh K, Sabharwal M.** Ageing Process and Physiological Changes [İnternet]. Gerontology. IntechOpen; **2018** [a.yer 17 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.intechopen.com/state.item.id>
55. **Satman İ KM.** Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. İstanbul: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü; **2021**. Report No.: 48569.
56. **Tchkonina T, Kirkland JL.** Aging, Cell Senescence, and Chronic Disease: Emerging Therapeutic Strategies. JAMA. 02 Ekim **2018**;320(13):1319-20.

57. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. **T.C. Sağlık Bakanlığı** Ankara; **2021**.
58. **World Health Organization**. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. World Health Organization; **2018** [a.yer 07 Kasım 2022]. 223 s. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
59. Türkiye’de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için Yatırım Gerekçeleri Raporu. **Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi**; **2018**.
60. Yaşlı Sağlığı Bilgi Notları/Aktif Yaşlanma Bilgi Notu [İnternet]. [a.yer 07 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/yasli-sagligi-bilgi-notlari.html>
61. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). **T.C. Sağlık Bakanlığı**1056 Ankara; **2017**.
62. **Yorulmaz Öğr.** Sağlıklı Yaşam Üzerine Kavramsal Bir Çerçeve. *Usaysad Derg*, **2021**; 7(1):57-74
63. **World Health Organization**. Regional Office for Europe. Healthy living : what is a healthy lifestyle? [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; **1999** [a.yer 25 Aralık 2022]. Report No.: EUR/ICP/LVNG 01 07 02. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>
64. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ**. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. **1987**;36(2):76-81.
65. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N**. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. **2012**;6.
66. **Demirtaş RN, Demirtaş Ş, Güngör C**. Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı / Healthy aging and physical activity: The contribution of individual, psychosocial and environmental features to this. *OSMANGAZİ JOURNAL OF MEDICINE* [İnternet]. 09 Mart **2017** [a.yer 23 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.20515/otd.292504>
67. **Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ**. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. Ağustos **2005**;116(3):311-21.
68. **Hovardaoğlu S**. Kişilerarası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi*. **1995**;004-9.
69. **Tambağ H**. Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. **2013**;4(16).
70. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi**; **2005**. 230 s.
71. **Post MWM**. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. **2014**;20(3):167-80.
72. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)**: Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 01 Kasım **1995**;41(10):1403-9.
73. **Fakhri**. Systematic review and meta-analysis on quality of life in diabetic patients in Iran [İnternet]. [a.yer 24 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.ijpvmjournal.net/article.asp?issn=2008-7802;year=2021;volume=12;issue=1;spage=41;epage=41;aualast=Fakhri>

74. **Fumincelli L, Mazzo A, Martins JCA, Mendes IAC.** Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nurs Ethics*. 01 Şubat **2019**;26(1):61-70.
75. **Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B.** Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 14 Kasım **2016**;137-50.
76. **Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, vd.** A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 01 Ekim **2019**;28(10):2641-50.
77. **Torrance GW.** Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*. Ocak **1987**;40(6):593-600.
78. **Netuveli G, Blane D.** Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*. 01 Mart **2008**;85(1):113-26.
79. **Yaşlanma Üzerine İkinci Dünya Asamblesi 2002 | Yaşlanma İçin Birleşmiş Milletler** [İnternet]. [a.yer 25 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation/second-world-assembly-on-ageing-2002.html>
80. **Hickey A, Barker M, McGee H, O'Boyle C.** Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics*. **2005**;23(10):971-93.
81. **Bilgili N, Arpacı F.** Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Eylül **2014**;59(2):415-21.
82. **Günaydin R.** *Turkish Journal of Geriatrics*. :7.
83. **Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C.** Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2010**;21(1):37-48.
84. **Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C.** Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. Ekim **2006**;40(5):785-91.
85. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersdn F, Kissal A.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **2008**;
86. **Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V, vd.** Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis#.
87. **Levent D.** 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Kronik Hastalıklarıyla Sağlık Alışkanlıkları Arasındaki İlişki. **2021**.
88. **Duman FD.** Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Yaşlı Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. **2020**.
89. **Safiye Özvurmaz SÖ, Hossein Asgarpour HA, Zeynep Güneş ZG.** Yaşlılarda Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma. *NWSA*. 30 Temmuz **2018**;13(3):72-9.
90. **Doğan BSA.** Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Geriatrik Hastalarda Polifarmasi Sıklığı ve Uygunsuz İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi. **2021**.
91. **Diker J.** Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı İle Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. **2000**;3(3):91-7.
92. **Ünsal A, DemiR G.** *Türk Geriatri Dergisi* **2010**; 13.

93. **Ünal SN.** Yaşlıların Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Başarılı Yaşlanma Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma: Konya İli Örneği. **2021.**
94. **Yoncalik MT, Aslan E, Yaka M.** Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Alan Hastaların Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Davranış Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
95. **Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth Å.** Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scand J Caring Sci.* Haziran **2008**;22(2):292-305.
96. **Çelik A, Hem U, Kin ÖK, Hem U, Karadakovan A.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.
97. **Dağlı G.** Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. **2019.**
98. **Kulakçı H, Ayyildiz TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. **2012;**
99. **Sheikhhossein F, Haghighian Roudsari A, Milani Bonab A, Zahedi-Rad M, Saffar Mahammad-Abadi F, Hagho M, vd.** Assessment of Lifestyle and Its Components in Elderly People Living in Tehran. *JNFS* [Internet]. 03 Şubat **2020** [a.yer 26 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://18.184.16.47/index.php/JNFS/article/view/2319>
100. **Kucukberber N, Ozdilli K, Yorulmaz H.** Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *Anadolu Kardiyol Derg* [Internet]. 01 Eylül **2011** [a.yer 26 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://www.anatoljcardiol.com/en/evaluation-of-factors-affecting-healthy-life-style-behaviors-and-quality-of-life-in-patients-with-heart-disease-137606>
101. **Erol S.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. *İç Hastalıkları Dergisi.* **2016**;(23):61-70.
102. **Küçükaya S.** Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi İle Yaşlılığa Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki.
103. **Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C.** Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. **2016.**
104. **Sohn KY.** Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Yaşlı Koreli Göçmenlerin Sağlığı Geliştirme Davranışları.
105. **Kılınç A.S.** Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Durumu İle İlişkili Etmenler [Doktora Tezi]. [Ankara]: Başkent Üniversitesi; **2019.**
106. **Wang C, Li W, Yin L, Bo J, Peng Y, Wang Y, vd.** Comparison of healthy lifestyle behaviors among individuals with and without cardiovascular diseases from urban and rural areas in China: A cross-sectional study. *PLOS ONE.* 03 Ağustos **2017**;12(8):e0181981.
107. **Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. **2019.**
108. **Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ.** Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm.* **2018**;71(suppl 2):724-32.
109. **Özpulat F. SBB.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 22(3):80-90.
110. **Kowaltowski DCC, da Silva VG, Pina SAMG, Labaki LC, Ruschel RC, de Carvalho Moreira D.** Quality of life and sustainability issues as seen by the population of low-income housing in the region of Campinas, Brazil. *Habitat International.* Aralık **2006**;30(4):1100-14.

111. **Sahin U, Güven G.** Cigarette Smoking Among Elderly and Interventions for Smoking Cessation in the Elderly Population: Is It Worth Trying? *Akademik Geriatri Dergisi*. 01 Mart **2011**;3:1-12.
112. **Li S xia, Zhang L.** Health behavior of hypertensive elderly patients and influencing factors. *Aging Clin Exp Res*. Haziran **2013**;25(3):275-81.
113. **Ayrancı DÜ, Köşgeroğlu DN, Yenilmez DÇ, Aksoy F.** Eskişehir’de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları.
114. **Yılmaz D, Rakıcioğlu N.** Yaşlılık Döneminde Obezite.
115. **Ilhan N, Arpacı S, Havaoglu D, Kalyoncuoglu H, Sari P.** Quality of Life and Factors Affecting the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Clin Exp Health Sci*. 24 Haziran **2016**;6(2):56-65.
116. **Çet A, Tayhan A, Özmen D, Uyar F, Büyük N.** Beden Kitle İndeksleri ve Beden Algılarına Göre Adölesanların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi.
117. **Çalışkan Z, Saykili S.** Determination of Healthy Life Style Behavior and Anthropometric Measurements of Employees of Provincial Health Directorate.
118. **Kocaman F. TB.** Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Zayıflama Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. **2020**;14(4).
119. **Han TS, Tijhuis MA, Lean ME, Seidell JC.** Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health*. Aralık **1998**;88(12):1814-20.
120. **Hopman WM, Berger C, Joseph L, Barr SI, Gao Y, Prior JC, vd.** The association between body mass index and health-related quality of life: data from CaMos, a stratified population study. *Qual Life Res*. 01 Aralık **2007**;16(10):1595-603.
121. **Keskin T.** Yaşlı Kadınlarda Obezitenin Fiziksel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Isparta]: Süleyman Demirel Üniversitesi; **2019**.
122. **Ercan-Sahin N, Nuran Emiroglu O.** Quality of life of nursing home residents before and after reminiscence therapy. *Educational Gerontology*. 04 Mart **2018**;44(2-3):99-107.
123. **Luleci E, Hey W, Subasi F.** Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Ocak **2008**;46(1):57-66.

EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Birimimizde Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “ **Birinci Basamakta Takip Edilen Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üzeri Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Araştırılması ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi**” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu araştırmanın amacı birinci basamakta takip edilen 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırılması ve yaşam kalitesinin ölçülmesidir. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Kişisel bilgileriniz (ad soyad, TCKN vb.) hiçbir kişi, kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Not: “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

Katılımcı ve/veya birinci derece yakını

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı, unvanı: Ast. Dr. Fatih Oğur

Tel: 0552 319 7072

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

EK-3 Veri Toplama Formu

Birinci Basamakta Takip Edilen Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üzeri Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Araştırılması ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Bu anketin amacı birinci basamakta takip edilen 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırılması ve yaşam kalitesinin ölçülmesidir. Anket kapsamında elde edilecek verilerin, birinci basamakta takip edilen kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanmalarına ve yaşam kalitesi düzeylerinin artırılmasına katkıda bulunmasını ümit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

A. Demografik Veriler:

1. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın
2. Yaşınız: ____ yıl
3. Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Eşini Kaybetmiş ☐ Bekar
4. Eğitim durumunuz nedir?
☐ Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
5. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor
6. Gelir durumunuz nedir? ☐ <3500TL ☐ 3500-6000TL ☐ >6000 TL
7. Yaşamınızın en uzun bölümünü geçirdiğiniz yer neresi? ☐ Köy ☐ Kasaba ☐ Şehir
8. Yaşadığınız konut? ☐ Kendine ait ☐ Kira
9. Konut tipiniz? ☐ Müstakil ev ☐ Apartman Dairesi
10. Sağlık kurulundan aldığınız engelli raporunuz var mı?
☐ Evet (Evet ise oranı%....., bağımlı) ☐ Hayır
11. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Evet ise Fagerström Testi Sonucu:.....)
☐ Hayır
12. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

B. Antropometrik Ölçümler:

Ağırlık: kg Boy: cm VKİ:
Bel çevresi: cm Kan Basıncı:.....

C. Katılımcıların hastalıkları ve ilaç kullanım durumları

1. Kronik hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
2. Kronik hastalık sayısı? adet
3. Kronik Hastalıklar: ☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐ Astım/KOAH/Allerji
☐ Romatolojik hast. ☐ Epilepsi ☐ Tiroid hast ☐ Kanser
☐ Prostat ☐ KAH+KY ☐ Serebrovasküler hastalık ☐ Diğer
4. Kullandığınız ilaç sayısı?..... adet

D. Katılımcıların Sosyal Yönden Değerlendirilmesi:

1. Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
2. Genel olarak çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
3. Günlük ne kadar bir süreyi ev dışında geçirirsiniz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
4. Kahvehane ortamında vakit geçiriyor musunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
5. Parti/kulüp/dernek gibi bir ortamda vakit geçiriyor musunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
6. Camiye ne sıklıkla gidiyorsunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
7. Evde ibadet yapmak için ne kadar zaman ayırırsınız?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
8. Televizyon karşısında ne kadar vakit geçirirsiniz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
9. Kitap / gazete / dergi okuma alışkanlığınız var mıdır?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
10. Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz?
☐ Hiç yok ☐ Çok az var ☐ Biraz var ☐ Yeterince ☐ Çok miktarda var
11. Hobileriniz (bahçe işleri, ahşap boyama, hayvan beslemek vs) var mı?
☐ Hiç yok ☐ Çok az ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla

E. Katılımcıların Hastalıkları ile İlgili Eğitim ve Sağlık Durumu

1. Hastalıklarınız hakkında aile hekiminizin verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
2. Hastalıklarınız hakkında hastanedeki uzman doktorunuzun verdiği bilgileri yeterli buluyor musunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
3. Hastalıklarınız ile ilgili verilen ilaçları nasıl kullanacağınızı ne kadar biliyorsunuz?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
4. Hastalıklarınızın düzelmesine yönelik olumlu davranışlar hakkında yeterli bilginiz var mı?
☐ Hiç ☐ Biraz ☐ Orta ☐ Çok ☐ Çok fazla
5. Şuanki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Çok Kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok İyi

F.Ölçekler

F1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II

Bu ankette şuanki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				

24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

F2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD)

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz.

Yaşam Kalitesi	Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır.	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
1	Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?	1	2	3	4	5
2	İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?	1	2	3	4	5
3	Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?	1	2	3	4	5
4	Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?	1	2	3	4	5
5	Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?	1	2	3	4	5
6	Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?	1	2	3	4	5
7	Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?	1	2	3	4	5
8	Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?	1	2	3	4	5
Yaşam Kalitesi	Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. En uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
10	Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?	1	2	3	4	5
11	Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?	1	2	3	4	5
12	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
13	Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
14	Ne ölçüde, hergün yeterince yapacağınızın olduğunu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

Yaşam Kalitesi	Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.	Hiç Hoşnut Değilim	Çok Az Hoşnutum	Ne hoşnutum ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
15	Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
16	Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	Toplumsal faaliyetlere katılma imkânlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?	1	2	3	4	5
Yaşam Kalitesi	Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz dostluk ilişkileri düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
21	Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?	1	2	3	4	5
22	Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
23	İnsanları sevebilme imkânınız ne kadar oluyor?	1	2	3	4	5
24	İnsanlar tarafından sevilme imkânınız ne kadar oluyor?	1	2	3	4	5

F3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 6-30 dakika içinde ☐ 31-60 dakika içinde ☐ 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı? ☐ Evet ☐ Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

☐ Sabah ilk içilen sigara ☐ Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 31 ve daha fazla ☐ 21-30 adet ☐ 11-20 adet ☐ 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz? ☐

Evet ☐ Hayır