

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

FATMA KOZAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan benim için çok değerli danışman hocam Rahşan ÇEVİK AKYIL'a bu tezin meydana gelmesinde bir danışmandan çok daha fazlasını yaptığı için teşekkür ederim.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederek en büyük katkıyı sağlayan polikliniğimize başvuran çok kıymetli yaşlı hastalarım,

Sürecin en başından beri tecrübe ve motivasyonlarıyla beni destekleyen çok sevgili mesai arkadaşlarım Didem GÜNEŞ KAYA ve Fatih SIRIKEN'e,

Sürecin en zor zamanlarını birlikte atlattığım diğer değerli mesai arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte iyi hissetmemi sağlayan, biyolojik olmayan kardeşlerim Berna'ya ve Sevim'e

Bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan sevgili anne ve babama,

Tez sürecinde tanışıp, hayatımı birleştirdiğim, araştırmamın bütün heyecanlarını birlikte yaşadığım, en büyük şansım ve desteğim eşim İbrahim KOZAK'a,

Bu süreçte eserleriyle daha keyifli çalışmamı sağlayan değerli Farid Farjad'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Türleri	4
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık.....	5
2.3. Yaşlılıkta Görülen Değişiklikler.....	6
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem.....	6
2.3.2. Solunum Sistemi.....	6
2.3.3. Kas İskelet Sistemi	7
2.3.4. Sinir Sistemi	7
2.3.5. Sindirim Sistemi	8
2.3.6. Üreme Sistemi	8
2.3.7. Bağışıklık Sistemi.....	9
2.3.8. Üriner Sistem.....	9
2.3.9. Duyusal Değişiklikler	10
2.3.10. Psikososyal değişiklikler	10
2.4. Sağlık Okuryazarlığı.....	11
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	11
2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Yapı.....	12
2.4.3. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması	13
2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları.....	14
2.4.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler	17
2.4.6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	17
2.4.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	18

2.4.8.Yaşıllarda Sağlık okuryazarlığı	18
2.5. Yaşam Kalitesi.....	19
2.5.1.Yaşam Kalitesi Tanımı	19
2.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	20
2.5.3. Yaşıllarda Yaşam Kalitesi	20
2.5.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşıllarda Yaşam Kalitesi Düzeyleri	20
2.5.5. Yaşıllarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	21
2.5.5. Yaşıllarda Yaşam Kalitesi Ölçülmesi.....	21
2.5.6. Yaşıllarda Yaşam Kalitesinin Önemi	23
2.6.Yaşıllarda Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırma Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Evren ve Örneklemi.....	25
3.4. Verilerin Toplanması.....	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi formu (Ek-2)	26
3.4.1.2. Mini Mental Durum Testi (MMSE) (Ek-3).....	26
3.4.1.3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) (Ek-4).....	27
3.4.1.4. Yaşıllar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD).....	30
3.4.2. Veri Toplama Süreci.....	31
3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	32
3.5. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	32
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri Bulgularının İncelenmesi	65
5.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımları Bulgularının İncelenmesi	66
5.3. Yaşılların Kişisel Özelliklerine Göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımları Karşılaştırılmasının İncelenmesi	67

5.4. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımları Bulgularının İncelenmesi.....	70
5.5. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve DağılımlarıKarşılaştırılmasının İncelenmesi	71
5.6. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları ile Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Dağılımları Karşılaştırılmasının İncelenmesi	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
KAYNAKLAR.....	79
EKLER	94
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	94
Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu	98
Ek 3: Standardize Mini Mental Durum Testi (Mmse).....	99
Ek 4: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (Asoy-Tr).....	101
Ek 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (Whoqol-Old)	104
Ek 6: ADÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	109
Ek 7: ADÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	110
Ek 8: Asoy-Tr Ölçek Kullanım İzni	111
Ek 9: Whoqol-Old Ölçek Kullanım İzni.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	113

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAAQ -AYTA	: Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi
e-HEALS	: e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği/The Ehealth Literacy Scale
HELİA	: İranlı Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı
HLS-EU	: European Health Literacy Survey
MMSE	: Mini Mental State Examination
NVS	: Newest Vital Sign
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SOY-SEN	: Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
S-TOFHLA	: Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY- 32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-OLD	: Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü
WRAT	: Wide Range Achievement Test
$\bar{X}$	: Ortalama (Mean)
YSOÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
NLM	: Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	12
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları	16
Tablo 2. ASOY-TR Alt Boyutları	28
Tablo 3. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Boyut İndekslerinin Hesaplanması İçin Kullanılan Sorular, Cevaplandırılması Gereken En Az Soru Sayısı, Geçerli Olan En Düşük ve En Yüksek Ölçek Puanı	30
Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	34
Tablo 5. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (ASOY) Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	36
Tablo 6. Yaşlı Bireylerin ASOY Genel Puan Dağılımları	40
Tablo 7. Yaşlı Bireylerin ASOY Alt Boyutları Puan Dağılımları.....	40
Tablo 8. ASOY Genel Sağlık Okuryazarlığı ile Alt Boyutları Ortalama Puanları.....	41
Tablo 9. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre ASOY Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 10. Yaşlıların Cinsiyete Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Yaşlıların Medeni Duruma Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 12. Yaşlıların Meslek Durumuna Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 13. Yaşlıların Gelir durumuna göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14. Yaşlıların Eğitim Durumuna Göre ASOY Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 15. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	51
Tablo 16. Yaşlı Bireylerin Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	52
Tablo 17. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 18. Yaşlıların Cinsiyete Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54

Tablo 19. Yaşlıların Medeni Duruma Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 20. Yaşlıların Meslek Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 21. Yaşlıların Gelir Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 22. Yaşlıların Eğitim Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 23. Yaşlıların Yaş, Çocuk Sayısı ve Hastalık Sayısı ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları ile ASOY Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 24. Yaşlıların ASOY Genel ve Alt Boyutları ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt boyutları Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 25. Yaşam Kalitesinin Tahmini İçin Eşzamanlı Regresyon Modelinin Açıklaması.....	64

ÖZET

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Kozak F. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı ve Bakımı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Amaç: Bu araştırma, yaşlıların Sağlık Okuryazarlığı (SOY) ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma analitik-kesitsel olarak Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 152 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Mini Mental Durum Testi, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov testi, Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H testi, Spearman korelasyon analizi ve Hosmer Lemeshow testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada ASOY Genel puanları $25,53 \pm 11,18$ olan yaşlıların %75,6'sı Sorunlu/Sınırlı SOY düzeyinde bulunmuştur. Yaşlıların genel yaşam kalitesi puanları ise $74,5 \pm 12,9$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların ASOY genel puanları ile yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu ilişkili bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim düzeyinin SOY puanını en fazla etkileyen değişken olduğu saptanmıştır. Genel yaşam kalitesi ile medeni durum, meslek, gelir durumu ve eğitim durumu ilişkili bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca ASOY genel değişkenin yaşam kalitesi üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu araştırmada yaşlıların SOY düzeylerinin yetersiz olduğu, SOY ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve yaşlıların SOY düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi, Yaşlılık

ABSTRACT

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY LEVEL AND QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY WHO APPLY TO DIETETIC OUTPATIENT CLINIC IN AYDIN ADNAN MENDERES UNIVERSITY APPLICATION AND RESOURCE HOSPITAL

Kozak F. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Elderly Health and Care, Master Thesis, Aydın, 2020.

Objective: This study was conducted to determine the relationship between Health Literacy (HL) and quality of life of the elderly.

Materials and Methods: The study was conducted analytically and cross-sectionally with 152 people aged 65 and over who applied to the diet outpatient clinic of Aydın Adnan Menderes University Hospital between September 2020 and February 2021. The research data were collected using the Introductory Information Form, the Mini Mental State Test, the European Health Literacy Scale (HLS-EU) and the World Health Organization Quality of Life Module for the Elderly (WHOQOL-OLD). Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Independent Samples t Test, One Way Analysis of Variance (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H test, Spearman correlation analysis and Hosmer Lemeshow test were used in the analysis of the data.

Results: In the study, 75,6% of the elderly with HLS-EU general scores of $25,53 \pm 11,18$ were found to have Problem/Limited HL. The general quality of life scores of the elderly were found to be $74,5 \pm 12,9$. Participants HLS-EU general scores were associated with age, education level, occupation, and income ($p < 0,05$). It was determined that the level of education was the variable that most affected the HL score. General quality of life was found to be associated with marital status, occupation, income status and educational status ($p < 0,05$). In addition, the effect of the general variable HLS-EU on quality of life was found to be statistically significant ($p < 0,05$).

Conclusion: In this study, it was concluded that the HL levels of the elderly were insufficient, that there was a positive relationship between HL and quality of life, and that the quality of life of the elderly increased as HL levels increased.

KeyWords: Health Literacy, Quality Of Life, Elderly, Old Age



1.GİRİŞ

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte ilaç endüstrisinin gelişimi, aşılama ile bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavi sistemlerinin geliştirilmesi, beslenme koşullarının daha iyi hale gelmesi, tıbbın ilerlemesi ile hastalıklar erken dönemde teşhis ve tedavi edilebilmektedir. Bunun sonucunda dünya genelinde yaşlı nüfus oranında artış olduğu belirtilmektedir (Söylemez, 2020).

Dünya genelindeki nüfus tahminlerine göre 2019 yılı için dünya nüfusunun 7 milyar 604 milyon 656 bin 633 kişi, yaşlı nüfusun ise 703 milyon 711 bin 487 kişi olduğu belirtilmektedir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre 1950 yılında yaklaşık %5 olan yaşlı nüfus oranı yaklaşık iki kat artış göstererek %9,3'e yükselmiştir. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,1 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,7 ile Almanya olarak belirtilmektedir. 167 ülke arasındaki bu sıralamada Türkiye 66. sırada yer almaktadır (TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020).

Ülkemizde de yaşlı nüfus gün geçtikçe artış göstermektedir. 1935 yılında 628 041 bin kişi olan yaşlı nüfus 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir. Yapılan nüfus tahminlerine göre de yaşlı nüfusun artış eğilimini devam ettireceği öngörülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfusun artması yaşlılıkta sık görülen fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlar nedeniyle ülkelerin yaşlılıkla birlikte görülen problemlere ilgisini arttırmaktadır ve yaşlı nüfus halk sağlığı açısından öncelikli bir grup haline gelmektedir (Ahad ve diğerleri, 2016). Bu bağlamda yaşlıların temel sağlık bilgilerine ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri, bu bilgileri doğru değerlendirebilmeleri önem kazanmaktadır (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Ülkelerin sağlık politikaları ise yaşlıların bağımsız yaşamalarını ve topluma katılımlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Yine artan yaşlı hasta sayısı sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili yaşlı bireylerin bilgi seviyelerini, karşılaştıkları zorlukları ve hastalıkların yönetimini daha önemli kılmaktadır (Ahad ve diğerleri, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını (SOY) ‘*Genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleri*’ olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, daha düşük sağlık davranışları, daha yüksek hastane yatışı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimde zorluk ve zayıf sağlık durumunun bir yordayıcısıdır (Aryankhesal A. ve diğerleri, 2019). Avrupa Birliği’ne üye 8 farklı ülkede 8000 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen SOY çalışmasında tüm ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (Sørensen ve diğerleri, 2012). Ülkemizde 23 farklı ilde beş bine yakın kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise bireylerin %64,6’sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014). ABD’de yapılan bir çalışmada, 2011 yılında yaklaşık 80 milyon Amerikalı yaşlının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Aryankhesal, 2019).

Yaşlılığın sağlık okuryazarlığını önemli oranda etkileyen faktörlerden olduğu belirtilmektedir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar, fiziksel ve bilişsel yeti kaybı, ekonomik ve sosyal anlamda yaşanan gerilemeler gibi nedenler bireylerin SOY düzeylerinin düşük olmasına neden olmaktadır (Nutbeam, 2000). Düşük SOY düzeyleri ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve daha kötü sağlık durumunun bağlantılı olduğu ve bu yaşlılarda mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Berkman, 2011).

Yaşlanmanın önemli konularından birinin de yaşam kalitesi olduğu belirtilmektedir. Bu terim bireylerin yaşamın farklı alanlarında hissettikleri memnuniyet veya memnuniyetsizlik miktarı olarak da tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini “*kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması*” olarak tanımlamaktadır (WHO 2003). Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları ve sosyal ilişkilerini içermektedir. Hastalık bilgisi, davranış değişiklikleri ve sağlık durumlarının yönetimine daha aktif katılım bireylerde yaşam kalitesini etkilediği ve yaşlanma ile yaşam kalitesinin gözle görülür biçimde azaldığı bildirilmektedir (Ercan Şahin, 2015).

Türkiye’de yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi noktasında batılı ülkelerdekilerden belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda oldukları belirtilmektedir (Sözen ve diğerleri,

2020). Avrupa Birliği çerçeve programı kapsamında yürütölen Türkiye'nin de dahil olduğu 22 ölkeyi kapsayan DSÖ yaşıly yaşam kalitesi modölü geliştirme projesi verilerine göre algılanan genel yaşam kalitesi skorları açısından Türk yaşıllarının söz konusu 22 merkez (Avrupa ölkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinde daha düşük puan aldıkları belirtilmektedir. WHOQOL ölçeğinin toplam puanlaması açısından da Türk yaşıllarının Litvanya yaşılları dışındaki diğer tüm yaşıllardan daha düşük puan aldıkları belirtilmektedir (Saygun ve Eser, 2012).

Sağlık okuryazarlığı hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alıp alamayacaklarını etkileyen önemli faktörlerden biridir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Yetersiz SOY, daha düşük sağlık davranışları ve daha zayıf sağlık durumunun habercisidir bu nedenle yeterli düzey SOY sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmede kritik görünmektedir (Mancusa, 2008; Wang ve diğerleri, 2015; González-ChicaD.A ve diğerleri, 2016).

Ölkemizde yaşıly nüfus ve kronik hastalık olgularındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, yaşıllarda yaşam kalitesi ve hastalık yönetiminde SOY önemli bir faktördür (Çimen 2015). 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu ve yaşılların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaşam kalitelerinin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016)(Aryankhesalve diğerleri 2019) (González-ChicaD.A ve diğerleri 2016). Düşük SOY'un tıbbi koşullar ve alınan sağlık hizmeti konusunda bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim yoksunluğu, yüksek ölüm oranı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanılması, daha kötü sağlık durumu, hastanede yatışların artması ve sağlık bakım maliyetlerinin artması gibi kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi hastaların tedavi hakkında bilgi sahibi olmaları ve sürece dahil olmalarını, hastaların verilen hizmetleri ve hizmet kalitesini doğru algılamalarını ve olumlu tepki göstermelerini sağlayabilmektedir (Çatı ve diğerleri 2018). Ayrıca yaşıllarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarabilmekte ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir (Çiftçi, 2019).

Bu çalışmanın amacı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Türleri

Organizmada hücre, doku, organ ve sistem düzeyinde; bedensel, ruhsal ve sosyal tüm işlevlerde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü yaşlılık olarak tanımlanmaktadır (Akdeniz ve diğerleri 2019). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşlılığı “*çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması*” olarak tanımlamaktadır (WHO 1998). Literatürde yaşlılık; fizyolojik yaşlılık, ekonomik yaşlılık, psikolojik yaşlılık, sosyal yaşlılık, toplumsal yaşlılık, biyolojik yaşlılık, kronolojik yaşlılık gibi sınıflara ayrılmaktadır (Akdenizve diğerleri, 2019). Dünya sağlık örgütü tarafından yaşlılığın bilimsel olarak sınıflaması ise şu şekildedir; takvim yaşına göre yaşlılık sınırı, 64 yaşı bitimi, 65 yaşı başlamasıdır. 65-75 yaş arası erken yaşlılık dönemi, 75-85 yaş arası orta yaşlılık evresi, 85 yaş ve ötesi ileri yaşlılık evresidir (WHO, 2015). Yaşlılık kavramını değerlendirirken genellikle kronolojik yaş kullanılsa da yaşlılık için farklı belirteçler de bulunmaktadır (Samancı Tekin ve Kara, 2018).

Kronolojik Yaşlanma: Kişinin doğduğu günden başlanarak, geçen zamanın yıllık birimlerle ifade edilmesidir (Yılmaz, 2013).

Biyolojik Yaşlanma: Kalıtım ve çevresel faktörlerin etkisiyle bireylerin doku ve organlarında meydana gelen yaşlanmadır. Biyolojik yaşlanmanın temel ölçütü bireyin damar yaşı yani kardiyovasküler sistem yaşlanmasıdır (Koldaş, 2017).

Psikolojik Yaşlanma: Bireyin kronolojik yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik kayıplara adaptasyon yeteneğindeki değişiklikler psikolojik yaşlanma olarak adlandırılmaktadır (Wurm ve diğerleri, 2007).

Sosyal Yaşlanma: Kişilerin kronolojik yaşlanmasıyla birlikte, toplumun sosyal yapısındaki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin değişmesiyle oluşmaktadır. Bireyin yaşı ile ilgili kararı, toplum bireyleri; “çok yaşlanmışsın ya da yaşı göstermiyorsun” sözleri ile vermektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017).

Ekonomik Yaşlanma: Bireyin emekli olmasıyla başlayan evredir. Emekli olmanın etkisiyle bireyin gelir düzeyinin azalması söz konusu olabilir ve bu durumun bireyin yaşam

şekli ve koşullarında meydana getirdiği değişiklikler ekonomik yaşlanma olarak adlandırılmaktadır (Aslan ve Hoccoğlu, 2017).

Toplumsal yaşlanma: Bireylerin toplum içindeki rollerinde, sosyal iletişimlerinde ve çalışmalarında güç ve yeteneklerinin azalarak kaybolmasıdır. Toplumsal yaşlanmaya içe kapanık olmak ve yalnızlık duygusu neden olabilir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017) (Tümerdem 2006).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranlarının düşmesi ve doğumda beklenen yaşam sürelerinin artması yaşlı nüfus oranının artmasıyla sonuçlanmaktadır. Dünyada 2019 yılında 65 yaş ve üstü 703 milyon yaşlı birey bulunduğu bildirilmektedir. 2050 yılında ise yaşlı nüfus sayısının iki katına çıkarak 1,5 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun yaklaşık %9,3’ü yaşlı bireylerden oluşmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,1 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,7 ile Almanya’dır. 167 ülkenin yer aldığı bu sıralamada Türkiye 66. sıradadır (United Nations, 2019).

TÜİK (2021) verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8,0 iken, 2020 yılında %9,5’e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %44,2’sini erkekler oluştururken, %55,8’ini kadınlar oluşturmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25, 6 olacağı düşünülmektedir. Son verilere göre ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 78,6 yıldır. Bu süre erkeklerde 75,9 iken kadınlarda 81,3 yıldır. Tek kişilik hane halklarında yaşayan yaşlı nüfus her yıl artış göstermekte olup, 2020 yılında toplam yaşlı nüfus içerisinde tek başına yaşayan yaşlı sayısı 1 milyon 478 bin 346 kişidir. Bu oranın cinsiyete göre dağılımı ise %75,3 kadın, %24,7’si erkektir. Nüfusun yaşlanmaya başlamasının göstergelerinden biri olan ortanca yaş, 1935’ten günümüze kadar 11,2 yaş artarak 32,7’e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında ise ortanca yaşın artmaya devam edeceği düşünülmektedir. Eğitimli yaşlı nüfus oranı yıllara göre artış göstermektedir. Cinsiyete göre bakıldığında eğitimli yaşlı nüfus oranı erkeklerde daha yüksektir (TÜİK, 2021).

2.3.Yaşlılıkta Görülen Değişiklikler

Yaşlılık; hücreleri, organları ve dokuları etkileyen fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olan bir süreçtir. Yaşlanma ile görülen bazı değişiklikler kişinin günlük yaşam aktiviteleri yapmasını engelleyebilmekte, bazı kronik hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir (Akdeniz ve diğeri, 2019).

2.3.1. Kardiyovasküler Sistem

İleri yaşla birlikte kardiyovasküler sistemde birtakım değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler arteriyel, venöz sistem ve kalpte meydana gelir. Yaşlanan bireylerde ventrikül sistolik fonksiyonları korunurken ventrikül diyastolik fonksiyonları bozulmaktadır. Bazı durumlarda sağlıklı yaşlılarda, doku yaşlanmasına bağlı olarak aort kapak dejenerasyonu ve sklerozu, mitral anüler kalsifikasyon görülebilmektedir. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle büyük atardamarlarda distansibilite ve elastisite kaybı olmakta ve arteriyel sertlik artmakta sistolik kan basıncı ve nabız basıncında artış olmaktadır (Özerkan Çakan, 2017). Bu durumlarla ilişkili olarak yaşlılarda hipertansiyon, inme ve kalp-damar hastalığı görülme sıklığı daha fazla olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %75'i yaşlı bireylerde görülmektedir (Arpacı ve diğeri, 2005).

2.3.2. Solunum Sistemi

İleri yaşla birlikte akciğer dokularının elastikiyeti azalmakta, göğüs duvarı sertleşmekte ve solunum kasları güçsüzleşmektedir. Bu değişiklikler nefes alışverişte zorlanmaya, solunumda bozulmalara, oksijen karbondioksit değişimlerinde problemlere neden olmaktadır. Ayrıca elastikiyet kaybına bağlı olarak toraks hareketleri zorlaşmakta, solunum sisteminde verim düşüklüğü ortaya çıkmakta ve solunuma karın solunumunun katılma oranı artmaktadır. Yine bu değişikliklerle ilişkili olarak rezidüel akciğer hacmi artmakta ve vital kapasite azalmaktadır (Soyuer ve Soyuer 2008). Yaş ile birlikte kemoreseptörlerinin duyarlılığının azalması ve solunum kaslarına gelen uyarıların yetersizliğine bağlı olarak solunum sisteminin kontrolü hipoksi ve hiperkapni cevabı

azalmaktadır. Bu nedenlere bağılı olarak cheyne-stokes olarak adlandırılan birbirini izleyen ‘apne- hipoventilasyon- hiperventilasyon- hipoventilasyon- apne’ periyodlarından oluşan solunum şekli ve uyku-apne sendromu yaşlılarda daha sık görülmektedir (Beğer, 2003).

2.3.3. Kas İskelet Sistemi

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kemik kütlesinde azalmalar meydana gelir. Zayıflayan ve kırılabilirliği artan kemik dokusuyla birlikte postür de bozulmaktadır. Vücutta D vitamini, kalsiyum, testosteron ve büyüme hormonunun azalması da bu duruma ortam oluşturmakta ve aynı zamanda kaslar zayıflamakta ve güçsüzleşmektedir (Çimen, 2015). Yaşlanmayla birlikte kıkırdak ve bağlarda kalsifikasyon ve intervertebral disklerde dejenerasyon da görülmektedir. Ayrıca ileri yaşla birlikte duyu input ve kas gücünde azalma, postüral cevapların iletiminde uzama ve vestibüler reflekslerde yavaşlama da görülmekte buna bağılı olarak da yaşlılar duruşta ve yürüyüşte denge sorunu yaşamaktadırlar. Yaşlılarda osteoartrit, romatoid artrit gibi hastalıklar daha sık görülmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Kasların kütlesi ve kuvveti yaşın ilerlemesiyle birlikte azalmaktadır. İleri yaşla birlikte kas liflerinin sinir uyarımına verdiği cevap süresi uzamakta ve oluşan kas refleksinin etkisi daha az olmaktadır. Yaşlı kas liflerinin içerisinde bulunan hücreler arası yağ miktarında da yaşla birlikte artış gözlenmektedir. Kas kütlesinde yaşanan kayıp yaşamı tehdit edecek düzeyde olmamasına rağmen, kişinin günlük fiziksel aktivite yapmasını zorlaştırır ve fiziksel aktivite düzeyini düşürür (Dönmez, 2010).

2.3.4. Sinir Sistemi

Yaşın ilerlemesiyle birlikte sinir hücrelerinde geri dönüşümsüz azalmalar gerçekleşmektedir. Buna bağılı olarak da hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Bu azalmayla ilişkili olarak duyu kayıpları, unutkanlık, öğrenme, algılama ve bilgileri akılda tutmada zorlanma meydana gelmektedir. Reseptörlerdeki duyarlılığın azalmasına bağılı olarak ısıyı ve darbeleri hissetme duyuları da azalmaktadır (Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

2.3.5. Sindirim Sistemi

Yaşlanma ile birlikte sindirim sisteminde birtakım değişiklikler görülmekte; mukus salgısında, mide elastikiyetinde ve sindirilen besinlerin emiliminde azalma görülmektedir. Peristaltik hareketlerde azalma, kanlanmanın azalması ve laktaz vb. gibi enzimlerin azalması yaşlılıkla sık görülen durumlardandır. Yaşlılarda sindirim sisteminde görülen bu değişiklikler iştahsızlığa ve buna bağlı olarak aşırı zayıflığa, hazımsızlığa, ishale, kabızlığa, fazla yağ tüketimi ve hareketsizlik ise obeziteye neden olabilmektedir. Kas sisteminde görülen zayıflama anal sfinkter kaslarının zayıflamasına da neden olmakta ve yaşlıların kontrol yeteneğinin azalmasıyla fekal inkontinans oluşabilmektedir (Akdemir ve Akyar 2009). Yaşlılarda diş çürükleri ve kayıpları gibi sorunlar, koku ve tat almada azalma, tükürük gibi sindirim sıvılarında azalma, emilim bozuklukları ve kas zayıflıkları sık görülmektedir. Sindirime yardımcı olan karaciğer enzimleri ve safra sıvılarında da azalmalar meydana gelmekle birlikte insülin direnci, bozulmuş glikoz toleransı, yağ oranında artış veya kilo kaybı da bu yaş grubunda oluşan sindirim sistemi problemleri arasında sayılabilir (Beğer, 1998).

2.3.6. Üreme Sistemi

Üreme organlarında yaşlılıkla birlikte görülen atrofi üreme fonksiyonlarında azalmaya ve mukoza kuruluğuna neden olmaktadır. Kadınlarda ileri yaşla birlikte cinsiyet hormonlarında görülen düzensizlikler nedeniyle vajina kuruluğu, uterus ve vajen atrofisi görülmektedir. İleri yaşla birlikte kadınların cinsel fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelmekte ve cinsel hayatları negatif yönde etkilenmektedir (Nalbant, 2008). Yaşlanma ile birlikte erkeklerin genital sistemlerinde çok fazla değişiklik yaşanmadığı için ileri yaşta da erkeklerin üreme kabiliyetleri devam etmektedir. Ancak Üreme hormonlarında, sperm sayısı ve kalitesinde azalma, menide azalma, prostat büyümesi, penis ve testis boyutunda küçülme görülebilmektedir (Karadakovan ve Aslan, 2011).

2.3.7. Bağışıklık Sistemi

Yaşlılık döneminde bağışıklık sisteminin fonksiyonlarının azalmasıyla ilişkili olarak enfeksiyonlara karşı hassasiyet artmakta ve enfeksiyonlar daha ciddi seyretmektedir. Pnömoni ve influenza enfeksiyonları yaşlılarda hayati öneme sahip olabilmektedir. Erken yaşlarda tüberküloz enfeksiyonu geçirenlerin yaşlılık döneminde bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla reaktivasyon tüberkülozu sık görülebilmektedir (Yasavul, 2003). Otoimmün hastalıklar da yaşlılarda daha sık gelişmektedir. Yaşlılarda immün yanıtın azalması belirti ve bulguların erken fark edilmesinde gecikmeye neden olmaktadır. Ayrıca immün hücrelerin bakteri, kanser hücresi ve diğer yabancı cisimler ile mücadele etme hızları azalmaktadır. Yaşlılıkta immün sistemdeki gerilemeler alerjik reaksiyonların ciddiyetini azaltmaktadır ve bu durum bağışıklık sistemindeki değişikliklerin tek olumlu sonucudur (Nalbant, 2008).

2.3.8. Üriner Sistem

İleri yaşla birlikte böbrek dokusu küçülmekte, böbreğe kan akımı, sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalmakta ve geri dönüşümsüz nefron kayıpları görülmektedir. Hücresel ve vasküler nedenlerle glomerüler filtrasyon hızı azalmaktadır (Pehlivan ve Karakovan, 2013). Böbreğin idrarı dilüe etme ve sodyum tutma fonksiyonunda ve algılanan susuzlukta azalmaya bağlı olarak neredeyse bütün yaşlılarda elektrolit dengesizlikleri gelişmektedir (Arpacı, 2005). İleri yaşla birlikte gelişen böbrek fonksiyon kaybına bağlı eritropoetin üretimi azalmakta ve bununla ilişkili olarak kemik yoğunluğunda azalma görülebilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle mesane kapasitesi de azalmakta mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılarak idrar yapma hissi uyandırmaktadır, bunun sonucunda da nokturnal poliüri görülebilir. Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflaması rezidü idrar miktarının artmasına ve bunun sonucunda üriner inkontinan ve idrar yolu enfeksiyonu gelişebilmektedir. İleri yaş kadınlarda inkontinansın bir nedeni de çok ve/veya sık doğumlar olabilmektedir. İleri yaş erkeklerde ise, yaşla birlikte büyüyen prostatın idrar geçişini engelleyecek boyuta ulaşması üriner retansiyona neden olabilir (Pehlivan ve Karakovan, 2013).

2.3.9. Duyusal Değişiklikler

Yaşlılarda duyularda azalmalar meydana gelmektedir. İlk olarak cilt altında bulunan yağ dokusu azaldığı için yaşlıların derisi ince, kuru, esnek, kırışık ve serttir. Yağ dokusunun azalması kırışıklığı arttırmaktave yaşlıların soğuğa toleransını azaltmaktadır. Yaşlılarda cilt altı sinirlerin sonlanma sayıları azalmakta ve bununla ilişkili olarak ağrı ve dokunma duyusunun iletimi de azalmaktadır. Yaşlılıkla değişikliğe uğrayan en belirgin duyu organı gözdür. Yaşla birlikte göze giden sinirler azalmakta ve tahrip olmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte görme kapasitesinde azalma, renk ayırt etmede zorlama, ince ayrıntıları görememe ve gözde siyah benek oluşumu görülebilmektedir (Çimen, 2015). Yaşlılıkla birlikte işitsel sistemde hem işlevsel hem de yapısal alanlarda değişiklikler görülebilmektedir. Bu değişikliklere ek olarak beyindeki işitme merkezinin işlevlerini tam yerine getirememesine bağlı olarak yaşlı bireylerde işitme duyusunda azalma ortaya çıkmaktadır (Howarth ve Shone2006). Yaşın ilerlemesiyle birlikte burunda glanduler hücrelerde atrofi en sık ortaya çıkan değişikliktir. Aynı zamanda koku alma nöronlarında meydana gelen atrofi koku ve tat duyusunun algılanmasını azaltmaktadır. Azalmış koku duyusu hayati öneme sahip olmasa da yaşam kalitesini negatif yönde etkilemesi açısından önemlidir (Akdeniz ve diğerleri 2019).

2.3.10. Psikososyal değişiklikler

Yaşlanmanın kendine özgü doğal seyri içerisinde, fiziksel değişikliklerin beraberinde bilişsel ve psikolojik değişimler de yaşanmaktadır. Diğer yandan yaşlılık döneminde meydana gelen kayıplar, emeklilik dönemine geçiş, fiziksel gücün azalması ile tüm bunlara bağlı olarak yaşam şeklinde değişiklikler görülmektedir. Yaşlanmanın psikolojik yönü, genellikle bilişsel yetiler ve ruhsal davranış değişiklikleriyle ilgilidir (Er, 2009). İleri yaş beraberinde algılamada düşüş, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama gibi bazı zihinsel değişiklikler de meydana getirebilir ve bu durum yaşlının kişilik özelliklerinde değişikliğe neden olabilmektedir (Eyüboğlu ve Şişli 2016).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı

2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

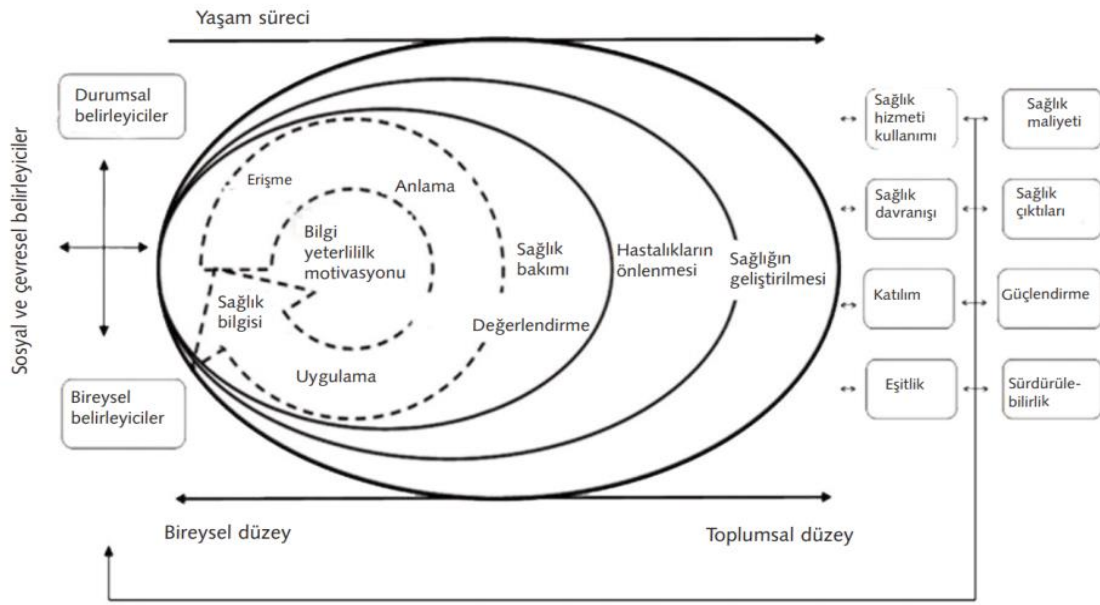
Sağlık okuryazarlığı terimi, ilk kez 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır (Selden ve diğerleri 2000). Literatürde sağlık okuryazarlığıyla ilişkili benzer içerikte farklı tanımlamalar bulunmaktadır (Özdemir ve diğerleri, 2010). Amerikan Tabipler Birliği tarafından yayımlanan SOY tanımı *"sağlık hizmetleri ortamında işlev görmek için gerekli temel okuma becerisi ve sayısal görevleri yerine getirme kabiliyeti dahil olmak üzere beceriler kümesi"* şeklindedir (Ad Hoc Committee, 1999). Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi (NLM), sağlık okuryazarlığını *"kişilerin uygun sağlık kararları almak için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi"* olarak tanımlamaktadır (Selden ve diğerleri, 2000). SOY farklı bakış açıları ile çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Sørensen ve diğerleri (2012) tarafından SOY’u tanımlayan 19 yayın incelenmiş, bu tanımlardanda 17 açık tanım elde edilmiştir. Bu tanımların içerikleri analiz edilerek; üzerinde durdukları noktalar kümelendirilmiş ve bu kümeler yeterlilik, beceriler, yetenekler; eylemler, bilgi ve kaynaklar; amaç, bağlam ve zaman olarak belirtilmiştir. Her bir küme araştırma ekibi tarafından dikkatlice incelenip, tartışılarak yoğunlaştırılmış ve ortaya çıkan kavramlar, literatürde tanımlanan 17 tanımın özünü yakalayan yeni ve kapsamlı bir tanım sağlamak için birleştirilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda *‘Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla yakından ilişkili olup insanların sağlıklarıyla ilgili günlük yaşamlarında karar vermek, yaşam kalitelerini yükseltmek ve devam ettirmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarından korunma amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak motivasyon ve yeterliliktir’* şeklinde tanımlanmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı SOY’u *"Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder"* şeklinde tanımlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Dünya Sağlık Örgütü ise SOY’u *"Okuryazarlık ile de ilişkili olarak bireylerin hayat boyu yaşam kalitelerini sürdürmek veya iyileştirmek için sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ile ilgili günlük yaşamda yargılarda bulunmak ve"*

kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve kabiliyetleridir” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2013).

2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Yapı

Sağlık okuryazarlığına ilişkin literatürde bir dizi kavramsal model sunulmasına karşın, bunların çoğu gelişen SOY tanımları ve kastettikleri yetkinliklerle uyumlu olacak kadar yeterli değildir. Bunun nedeni, şu ana kadarki kavramsallaştırma girişimlerinin çoğunun sağlık okuryazarlığını tanımlayan farklı bakış açılarını içermemesidir. 2012 yılında birçok kavramsal modelin ana başlıklarını kapsayan; sağlık okuryazarlığının öncüllerini, temel bileşenlerini, sonuçlarını içeren ve farklı bakış açlarına entegre bir SOY modeli geliştirilmiştir (Sørensen ve diğerleri 2012).



Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014

Sekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Bu model, sağlık okuryazarlığının ana boyutlarını (şeklin ortasında eş merkezli oval şekilde gösterilmiştir) özetleyen kavramsal modelin özelliklerini birleştirir ve bu model sağlık okuryazarlığını etkileyen proksimal ve distal faktörleri, sağlık okuryazarlığını sağlık çıktılarına bağlayan yolları da göstermektedir. Modelin özü, sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama süreciyle ilgili yetkinlikleri göstermektedir (Sørensen ve diğerleri, 2012).

2.4.3.Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması

SOY alanında çalışma yapan araştırmacılar bu kavramın sınıflandırılmasında farklı kriterleri gözeterek sağlık okuryazarlığının alt boyutlarını ortaya koymuşlardır. Amerikan Tıp Birliği bakış açısına göre SOY; sağlık hizmetleri ortamında işlev görmek için gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri de içeren beceriler kümesidir (AMA,1999). 2000 yılında da Nutbeam SOY’u fonksiyonel/işlevsel, interaktif/iletişimsel, eleştirel/kritik olarak sınıflandırmıştır (Nutbeam, 2000).

Fonksiyonel/işlevsel sağlık okuryazarlığı; kişilerin temel okuma ve yazma kabiliyetlerine dayanmaktadır ve bu düzeydeki bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilmek, sözlü ve yazılı sağlık materyallerini okuyup anlayabilmek, sağlıkla ilgili riskleri bilmek gibi kabiliyetleri içermektedir. Bireyin bu alanda karşılaşacağı en önemli sorun kendi sağlık durumu ile ilgili hangi kaynaklardan bilgi edineceği ve bu bilgileri mevcut sağlık sistemi içerisinde nasıl kullanacağıdır (Nutbeam, 2000).

İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı; ileri düzeyde okuryazarlık kabiliyetlerinin olması, bu yetenekle bilgiye erişme ve bu bilgiyi kullanabilme, yeni durumlara uygulayabilmeyi içermektedir. Bireylerin etkili iletişim kurabilmesi ve daha üst düzey okuryazarlık için bilişsel ve sosyal becerilerin oluşmasının önemini vurgulamaktadır. Bu seviyedeki kişiler daha ileri sosyal ve bilişsel iletişim becerilerine sahip olduklarından farklı sağlık durumlarında edindikleri bilgilerle kendi sağlıklarını koruyabilmekte ve değişen sağlık sistemlerinde bilgilerini kullanabilmektedirler (Nutbeam, 2000).

Eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlık bilgilerini kritik olarak analiz edip yorumlayabilmesi bireysel ve toplumsal sorunlara çözüm odaklı yaklaşabilmesi, sağlığın farklı açılardan tanımını yapabilmesi için ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerilere ve eleştirel düşünebilme kabiliyetine sahip olmayı gerektiren bir sağlık okuryazarlık düzeyidir.

SOY süreci, kişinin iyi sağlık durumuyla ilgili olarak sağlık bakımı, önleyici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesinden oluşan ve bu üç alanın gelişmesi için gerekli olan bilgi ve kabiliyeti üretmektedir (Nutbeam, 2000).

2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları

İlk olarak soyut bir kavram gibi görünen SOY düzeyini ölçmek için zaman içinde farklı yöntemlerle uygulanan farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları farklı alanlardaki SOY düzeyini belirlemek için kullanılmaktadır (Çopurlar, 2016). Sağlık okuryazarlığının en ideal ölçümünün kısa ve hızlı olması beklenmektedir (Sarıyar, Kılıç 2019). Genel olarak SOY ile ilgili yapılan araştırmalarda yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar gösteren farklı ölçüm araçları kullanılmaktadır (Taş ve Akış, 2016). SOY ölçmede geliştirilen testler kişilerin anlama düzeylerini tespit etmekte genellikle yetersiz kalmakta ve okuryazarlığın kültürel ve sosyal boyutunu göz ardı etmektedir (Sezgin 2013).

Ülkemize de uyarlanan ve Avrupa'daki en geniş kapsamlı SOY araştırmasında kullanılan Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU), Sørensen'in geliştirdiği modele ek olarak sağlık ile ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma süreçleri ile hastalıklardan korunma sağlık bakımı ve iyileştirilmesi konularını içeren çok boyutlu SOY matriksi kullanılarak geliştirilmiştir (Sørensen ve diğerleri 2012; Durusu Tanrıöver ve diğerleri 2014). Tablo 1'de Sağlık Okuryazarlığını ölçmede en sık tercih edilen testler ve özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları

Yetişkinlerde Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults- TOFHLA)	Fonksiyonel	Sağlık	1995 yılında Parker ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir Bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde sağlıklı iletişim kurabilme ve sayısal işlem yapabilme yeteneğini ölçmeyi hedefler. Diğer testlerle kıyaslandığında uygulama süresinin uzun olması ve birkaç dil dışında kullanımının uygun olmaması testin dezavantajı olarak düşünülmektedir.
Yetişkinlerde Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults- S-TOFHLA)	Fonksiyonel	Sağlık	1999 yılında Baker ve diğerleri tarafından TOFHLA testinin kısaltılmasıyla ortaya çıkmıştır. Bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde sağlıklı iletişim kurabilme ve sayısal işlem yapabilme yeteneğini ölçmeyi hedefler. Uygulama süresi TOFHLA testinden daha kısadır.
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- REALM)	Yetişkin	Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi	1991 yılında Davis ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. 66 maddelik sözcük tanıma ve söyleme testidir. Testin uygulama süresinin kısadır. Yalnızca kelimeleri tanıma üzerine odaklanması dezavantajı olarak düşünülmektedir.
Revize Edilmiş-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised- REALM-R)	Edilmiş-Tıpta	Yetişkin	2003 yılında Bass ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. 8 kelimeden oluşan kelimeleri anlama testidir. Testin uygulama süresinin kısa olması avantaj olarak düşünülmektedir. Anlamayı ölçmemesi ve yalnızca kelimeleri tanıma üzerine odaklanması testin dezavantajı olarak düşünülmektedir.
En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign- NVS)	Yetişkin	Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi	2005 yılında Weiss ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. Bireyin bir gıda etiketi üzerinde bulunan bilgileri okuma ve anlamasını ölçen bir testtir.
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire- HLS-EU-Q)	Sağlık	Okuryazarlığı Anketi	2009-2012 yılları arasında HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. Sağlık süreçlerinde; hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık hizmet sunumu olmak üzere üç alandan oluşmaktadır. Anketin küresel düzeyde sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere uygun olması, diğer toplumlarda yapılan çalışmalar ile karşılaştırılabilir veriler elde edilebilmesi nedeni ile uyumlu bir ölçme yöntemi olduğu düşünülerek Türkçe çevirisi yapılmıştır.
Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (Wide Range Achievement Test- WRAT)	Yetişkin	Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi	Kelime tanıma ve telaffuz testidir. Kavrama test değildir. Diğer dillerde mevcut değildir.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları (devamı)

Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (Single Item Literacy Screen)	2 ayrı araştırmada kullanılmıştır ve 3 soru ile sınırlı sağlık okuryazarlığının saptanması araştırılmıştır. Kısa olduğu için uygulaması kolaydır. Beceri ölçmekten çok direkt olarak ihtiyacı ölçer. Kullanıldığı araştırmalar sınırlı popülasyonlarda yapılmıştır, topluma genellenmeyebilir.		
HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği (Instrument for Assessment of Health Literacy)			Sørensen ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi ve dört bilgi işlem sürecini (erişim, değer biçme, uygulama-anlama) içermektedir.
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)			Sezer ve Kadioğlu tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Sağlık bilgileri, ilaç kullanımı ile ilgili sorulardan ve vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekilden oluşmaktadır.
e-HEALS e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The Ehealth Literacy Scale)			Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Sağlık ile ilgili okuryazarlık, genel okuryazarlık, bilgi anlama, bilimsel araştırma, medya- bilgisayar okuryazarlığını belirlenmesine yönelik geliştirilmiştir.
ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Uyarlaması			Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. 15 yaş üstü kişilerin SOY'nı değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili; tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini içermektedir.
TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32			Okyay, Abacıgil ve Harlak tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. ASOY-TR çalışmasında elde edilen deneyimler ışığında, bizim ülkemize uygun olması için kavramsal çerçevenin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bölümü birleştirilerek değerlendirilmesine karar verilmiş ve geliştirilmiştir.
SOY-SEN Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği			Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. 4 senaryodan oluşan bu ölçek sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı, anlamayı, değerlendirmeyi ve bilgiyi kullanma konularını içermektedir.

Sarıyar ve Kılıç 2019

2.4.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

SOY demografik durum, okuryazarlık, kültür, dil, siyasi güçler, toplumsal sistemler, yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi faktörlerden etkilenmektedir (Sørensen ve diğerleri, 2012). Yaşanılan yer de SOY düzeyini etkileyebilmektedir. İlde yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha yüksek SOY puanlarına sahip olduğu belirtilmektedir (Durusu Tanrıöver ve diğerleri 2014). Ayrıca bireyin SOY düzeyi birlikte yaşadığı kişi sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence, okuduğunu anlama durumu, bilgisayar kullanımı, alkollü içecek tüketimi, sağlık ile ilgili bilgilere nereden ve ne sıklıkla ulaştığı gibi farklı değişkenlerden de etkilenmektedir (Üçpınar, 2014).

2.4.6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

SOY, sağlık hizmetlerinde belirli bir kalite düzeyinin oluşturulmasını, kaynakların yerinde kullanılmasını, kişinin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını arttırmaktadır (Ölmez ve Barkan, 2015). SOY' un sağlığın korunmasında, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve hizmetleri kullanmada, sağlık harcamalarında, sağlık çıktılarında ve daha pek çok alanda etkili olduğu belirtilmektedir (Sezer, 2012).

Sağlık profesyonelleri ile bu hizmetten faydalananların birbirini daha iyi anlaması ve etkili iletişim sağlanması SOY düzeyinin yüksekliği ile mümkün olabilmektedir. Böylece sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, sağlık hizmeti verenler ile daha çok iş birliği yapılmasına, verilen tedavilerin daha doğru ve özenli kullanılmasına, hekimin talimatlarına bağlı kalınmasına, hastanın tedaviye uyumunun kolaylaştırılmasına ve daha iyi sağlık çıktılarının oluşmasına olanak sağlamaktadır (Güven, 2016). Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasıyla daha fazla hastane yatışı, daha fazla acil servise başvuru, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az talep, daha fazla düzensiz ilaç kullanımı ilişkilidir. Düşük SOY'a bağlı olarak sağlık bakım maliyetlerinin arttığı bildirilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olarak kronik hastalıkların seyrinde kişinin tutum ve davranışlarının önemi büyüktür (Sarıyar ve Kılıç 2019).

2.4.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

SOY terim olarak ilk kez Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da kullanılmış ve sonrasında diğer ülkelerde yayılmaya başlamıştır (European Commission Together for Health, 2007). Dünyada SOY seviyelerine bakıldığında, ABD’de Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun büyük çoğunluğunun temel düzeyin altında olduğu bildirilmektedir (Unesco, 2003-2012). Avrupa Birliği’ne üye bazı ülkelerde yapılan SOY araştırmasında Hollanda’da yetişkinlerin %29’unun, Bulgaristan’da %62’sinin SOY düzeyinin düşük olduğu, diğer ülkelerdeki bireylerin %50’den fazlasının yeterli olduğu bildirilmektedir (HLS-EU Consortium,2012). Dünya genelindeki bütün yetişkinlerin yaklaşık olarak %16’sının SOY düzeyinin temel seviden düşük olduğu belirtilmektedir (Kutner ve diğerleri, 2006).

Türkiye’de ise HLS-EU anketi kullanılarak 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilen 4924 erişkin kişinin katılımı ile gerçekleştirilen araştırmaya göre bireylerin genel SOY düzeylerinin sorunlu/sınırlı seviyede olduğu belirtilmektedir (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2012). Ülkemizde toplumun üçte ikisinin yetersiz ve sorunlu/sınırlı düzeyde olduğu düşünülmektedir. Buna göre ülkemizin SOY düzeyi Avrupa ortalamalarının altındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.4.8.Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı

Yaşlılık ile birlikte kronik hastalıkların artması, bilişsel ve fiziksel kabiliyetlerin azalması, sosyal ve ekonomik desteğin azalması gibi nedenlerin yaşlıların sağlıklarıyla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi yorumlama ve değerlendirme ile sağlık bilgisini uygulama alanlarında yetersizliğe neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yaşlılıkla birlikte görülen bilişsel beceriler ve okuma akıcılığındaki azalmanın SOY’u olumsuz etkilediği ve bireyin “nasıl sağlıklı kalacağına, ne zaman tıbbi yardıma başvuracağına, akut durumdan kurtulmak için tıbbi rejimleri nasıl düzgün bir şekilde takip edeceğine” dair bilinci azaltabildiği belirtilmektedir (Chesser, 2016). Buna göre yaşlılığın SOY’u etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (Özdemir ve diğerleri, 2010).

Ülkemizde her 10 yaşlıdan 9'unun SOY düzeyinin yetersiz ve sınırlı olduğu ve ülkemizdeki yaşlı popülasyonun SOY oranının gençlerden daha düşük olduğu bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan yaşlılar sağlık koruma ve geliştirme, hastalıklar ve tedavileri ile ilgili verilen bilgileri anlama, özellikle kronik hastalık durumlarında hastalığını yönetme ve bakımını sağlama, gerekli durumlarda sağlık kuruluşlarına ulaşma konusunda yetersizlik yaşamaktadırlar (Çimen, 2015). Yaşlılıkla birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıkların yönetiminde bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisinin önemli olduğu belirtilmektedir (Güven, 2016). Yaşlılarda SOY düzeylerinin yetersiz olması ile artmış ölüm oranlarının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Baker ve diğerleri, 2008). SOY düzeyi yükselen yaşlıların sağlıklı davranışlarda bulunmaları, önleyici hizmetleri benimsemeleri, akut ve kronik hastalıkları daha iyi yönetmeleri mümkün olabilmektedir (Chesser, 2016).

2.5. Yaşam Kalitesi

2.5.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi kavramına farklı alanlar farklı bakış açılarıyla yaklaşmaktadırlar. Bu nedenle yaşam kalitesi için farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Felsefi bakış açısı yaşam kalitesini; “*insanın özüyle ilgili iyi yaşam*” olarak değerlendirirken, etik bakış açısı; yaşamın kutsallığını vurgulamaktadır. Ekonomik açıdan yaşam kalitesi ekonomik büyüme, kişi başına düşen milli gelir ve beklenen yaşam süresindeki artışla ilişkilendirilirken, sosyolojik bakış açısı yaşam kalitesinin sosyal yönünü bireysel koşullar ve kültür arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Psikoloji bakış açısıyla yaşam kalitesi ise bireyin yaşamını değerlendirmesi ve yaşam hedeflerini gerçekleştirme ile ilgilidir (Taylor ve diğerleri, 2008). Teorik olarak yaşam kalitesi fiziksel ve zihinsel sağlık, psikososyal iyilik ve işleyiş, bağımsızlık ve kendi yaşamını kontrol etme duyguları gibi bireyin kendisiyle ilişkili özellikleri ve sosyo-ekonomik koşullar, çalışma, çevre yapısı ve sosyal sermaye gibi çevresel koşulları kapsamaktadır (Bowling ve diğerleri, 2007). Aryanhesal (2019)’e göre yaşam kalitesi, bireylerin yaşamdaki başarılarının tutumlarına, amaçlarına, standartlarına, beklentilerine ve değer sistemlerine uygun olacak şekilde mutluluk ve memnuniyet koşullarının sağlanmasıdır. Yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk terimleri de

literatürde yaşam kalitesiyle aynı anlamda kullanılmaktadır (Bektaş, 2008).

2.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi bireyin hastalığının olmamasıyla birlikte, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsamaktadır ve bireyin sağlık durumuna bakış açısıyla ilgilidir (Ercan Şahin, 2015).

DSÖ Yaşam Kalitesini, *‘bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları’* şeklinde tanımlamaktadır (The WHOQOL Group, 2014).

2.5.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte, yaşlılık döneminde yaşam kalitesi dikkat çekmektedir. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıklar artmakta ve yaşlılar günlük yaşamda daha az aktif hale gelmektedirler. Bu durumla ilişkili olarak da yaşlılıkta yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşam kalitesi, yüksek sağlık düzeyi için kilit rol oynamaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek, günlük yaşamlarında daha az bağımlı olmalarını sağlamak; daha yüksek biliş, fizyolojik düzey ve aktif yaşlanma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yaşlılar için yaşamın uzunluğu değil kalitesi daha önemli olmaktadır. Bu bağlamda yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin korunması önemlidir (Altay ve diğerleri, 2016; Dönmez, 2010).

2.5.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Türkiye’de yaşayan yaşlıların batılı ülkelerde yaşayanlardan yaşam kalitesi noktasında daha dezavantajlı oldukları belirtilmektedir (Sözen ve diğerleri, 2020). Avrupa Birliği kapsamında yürütülen Türkiye’nin de dahil olduğu 22 ülkeyi içine alan DSÖ yaşlı yaşam kalitesi modülü geliştirme projesi sonuçlarına göre, algılanan genel yaşam kalitesi puanları açısından Türk yaşlı bireylerindeki 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya,

Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinden daha düşük seviyede oldukları belirtilmektedir. Bu modülün toplam skorları açısından da Türk yaşlılarının Litvanya dışındaki diğer ülkelerdeki yaşlı bireylerden daha düşük puan aldıkları belirtilmektedir (Saygun ve Eser, 2012).

2.5.5. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve hayatlarında mutlu olmalarında yaşam kalitesini etkileyen durumların bilinmesi önem taşımaktadır. Yaşlılarda yaşam kalitesini en fazla etkileyen durumlar; anjinal ağrı, üriner inkontinans, kemik kas ile ilişkili hareket problemleri, görme yetersizlikleri ve bilişsel problemlerdir (Dönmez, 2010). Bunun yanı sıra yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen diğer durumlar; günlük yaşam aktivitelerinde yardıma muhtaç olmak, ileri yaş, medeni durum, uyku problemleri, özürlülük, erkek cinsiyeti, fonksiyon kısıtlılıkları, depresyon, kötü sağlık durumu, kişinin yaşadığı ortam, ek hastalık varlığı olarak düşünülmektedir (Özerdoğan ve diğerleri, 2018).

Yaşlılık dönemi yaşam kalitesini bireyin psikolojik iyilik hali ve onun üzerine etkili olduğu düşünülen alanlar belirlemektedir (Avcı, 2004). Bu alanda yapılan çalışmalar genel olarak incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, bilişsel ve fiziksel yeterlilikler, fiziksel aktivite durumu, serbest zaman aktiviteleri, sosyal güvence, ekonomik durum ve yalnızlık durumu gibi özelliklerin, yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir (Lüleci ve diğerleri, 2008) (Alexandre ve diğerleri, 2009).

2.5.5. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçülmesi

Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçerken çevre, davranış ile ilgili beceriler gibi objektif boyutların ve algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali gibi sübjektif boyutların her ikisini de ele almak gerekmektedir (Çıbık, 2016). Yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçekler kapsamlı, kolay uygulanabilir, güvenilir ve geçerli olması gerektiği belirtilmektedir (Dönmez, 2010). Özellikle geriatrik popülasyonda yaşam kalitesi

değerlendirme ölçeklerinin daha kullanılabilir ve güvenilir olmasını engelleyen bazı sorunlar bulunmaktadır. Yaşlılarda var olan bilişsel problemler, genç popülasyonla kıyaslandığında okuryazar oranının azlığı, hastalıklar ve tedavilerinin girift yapıda olması, yaşlılarla yapılan çalışmalarda üst yaş sınırının olmaması yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesini karmaşıklştırmaktadır (Dharmarajan ve diğerleri 2003) (Palmer, 1999). Fiziksel ve ekonomik iyilik hali, sosyal hayata katılıma imkan veren faaliyetlerde yeterlilik, serbest zaman aktiviteleri, fonksiyonel yetenek, psikolojik durum, içsel ve manevi açıdan iyilik hali, aile ilişkilerinde doyum, daha ileriki yaşamı ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin karakter, yaşamı algılayış biçimi ve sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı değişiklik göstermektedir. Bu durumdan kaynaklı ileri yaştaki bireylerin yaşam kalitesini belirlemek için farklı alanları sorgulayan değişik ölçüm araçları geliştirilmiştir (Bumin ve diğerleri 2006). Geriatrik popülasyonda yaşam kalitesini değerlendirmede genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri daha fazla önem taşımaktadır çünkü bu yaş grubundaki kişilerin çoğunun yaşamlarında sağlık ve toplumsal durumla ilgili birden fazla sorun vardır. Kapsamlı olarak yaşam kalitesini değerlendirecek ölçek sayısı yeterli değildir ve bu ölçekler içerisinde özel olarak ileri yaş için kullanılabilecek ölçüm araçlarının sayısı yetersizdir. Bu yetersizlikten yola çıkan WHOQOL grubu tarafından 22 ülkede eş zamanlı bir yaklaşım kullanılarak geriatrik popülasyona özgü WHOQOL'un yaşlı modülü olan WHOQOL-OLD modülü geliştirilmiş ve geçerliği gösterilmiştir. Ülkemizde İzmir'de bulunan merkezde de eşzamanlı olarak ölçeğin Türkçe sürümü geliştirilmiştir. WHOQOL-OLD modülü, ülkemizde geriatrik popülasyon için geliştirilmiş ilk genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeğidir (Eser, 2010).

Yaşam kalitesinin daha objektif olarak ölçülebilmesi için genel ve hastalığa spesifik ölçekler kullanılmalıdır. Yaşlı bireylere özgü yaşam kalitesi ölçekleri hastalık gruplarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçmek için en sık kullanılan ölçekler; Dünya sağlık örgütü tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeği (WHO-QOL), bu ölçeğin kısaltılmış şekli olan WHOQOL-BREF ölçeği, sadece yaşlılarda kullanılan WHOQOL-OLD ölçeği, EAAQ (Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi-AYTA) ölçeği ve KATZ Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğidir (Sözen, 2014).

2.5.6. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Önemi

Dünyada yaşlı nüfusun artışıyla birlikte gerçekleşecek demografik sürecin neden olacağı olumsuz koşullara karşı hazırlıklı olunması gerekmektedir. Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak toplumun temel ihtiyaçlarının da değiştiği ve ileri yaşta artan kronik hastalıklar ile birlikte sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın da arttığı belirtilmektedir. Ayrıca yaşlılarda görülen bilişsel gerilemeler de günlük yaşam işlevlerini olumsuz etkilediği ve bu durum yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir. Yaşlılık döneminde tedavi edici sağlık hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin de önemi vurgulanmaktadır. Bu hizmetler sağlanırken yaşam kalitesi kavramının ihtiyaç haline geldiği ve yaşlılık döneminde amacın yaşam kalitesini en üst seviyeye taşımak olduğu belirtilmektedir. Yaşlanan bir toplumun yaşam beklentisinden daha çok yaşam kalitesini ve sağlığını sürdürmenin sosyal ve ekonomik olarak önemli olduğu belirtilmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin sağlıkla ilgili çoğu alanda en önemli hedeflerden biri olduğu düşünülmektedir (Doğan, 2018) (Bilir, 2005).

2.6. Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi

Sağlık, yaşamla direkt olarak ilgili, yaşam kalitesini şekillendiren ve her insan için öncelikli ve önemli bir konudur (Sezer ve Karadeniz, 2018). Tıbbi teknolojinin gelişmesi ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusun artması bu popülasyondaki yaşam kalitesine olan önemi arttırmaktadır (Zheng M ve diğerleri, 2018). Sağlık okuryazarlığı daha uzun ve daha kaliteli yaşamı sağlayan, sağlık hizmeti sağlayıcıları için etkili iletişimi kolaylaştıran, sağlık hizmeti alanlar için kendi tedavileriyle ilgili söz sahibi olmalarına olanak sağlayan bir kavram olarak belirtilmektedir (Nielsen-Bohlman L, 2004). Düşük sağlık okuryazarlığı, genellikle düşük öz-yeterlik seviyeleri, artan ölüm oranları, kötü sağlık durumu ve düşük yaşam kalitesi gibi kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Zheng M ve diğerleri, 2018). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve hastalık yönetiminde SOY önemli bir faktördür (Çimen 2015). Düşük SOY 'un yaşlıların sağlık düzeylerini ve sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği bununla ilişkili olarak da düşük SOY 'un daha kötü sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Ehmann A, 2020). Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi hastaların tedavileri hakkında bilgi sahibi olmalarını ve

tedavi sürecine dahil olmalarını, hastaların verilen hizmetleri ve hizmet kalitesini doğru algılamalarını ve olumlu tepki göstermelerini sağlayabilmektedir (Çatı ve diğerleri, 2018). Ayrıca yaşlılarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarabilmekte ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir (Çiftçi, 2019).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Türü

Araştırma analitik kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniği, yetişkin polikliniklerine başvurmuş ve hekim tarafından diyet tedavisi planlanması gerekli görülen hastaların yönlendirildiği bir poliklinikdir. Günde ortalama 20-25 hastaya hizmet vermektedir, bu hastaların ortalama 4-5'i 65 yaş ve üzerindedir. Araştırma bu hastalar arasından dahil edilme kriterlerine uyan ve ulaşabildiğimiz gönüllü bireylerle yürütülmüştür.

3.3. Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında diyet polikliniğine başvuran, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bütün bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme “Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes” başlıklı çalışmada incelenen “access” değişkeninin tanımlayıcı istatistikleri referans alınarak güç analizi yapılmış, etki büyüklüğü 0,229, alfa 0,05 ve istatistiksel güç 0,80 olmak üzere 151 kişi olarak bulunmuştur.

Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

Örneklem kapsamında dahil edilme kriterleri;

Bireylerin;

- 65 yaş ve üzeri olması

- Okuma yazma bilmesi
- Araştırma için gönüllü olması
- Mini Mental Değerlendirme Test puanı 24 puan ve üzeri olması
- İletişim Engelinin Olmamasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Mini Mental Durum Testi’, ‘Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)’ ve ‘Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)’ olmak üzere dört ayrı veri toplama formu kullanılmıştır.

3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi formu (Ek-2)

Tanıtıcı bilgi formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi değerlendirmesi ve var olan hastalıkların sorgulandığı toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Mini Mental Durum Testi (MMSE) (Ek-3)

11 sorudan oluşan test, 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 24-30 puan arası normal olarak, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans olarak sınıflandırılmaktadır. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, dil, motor fonksiyon ve algılama, visuospasial yetenekleri ölçmektedir. Ölçeğin güvenilirlik geçerlilik çalışması 2002 yılında Gülgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

23/24 eşik değeri duyarlı ve özgül olarak saptanmıştır. Testin iç tutarlılığı için MMSE alt testlerinin her biri değişken olarak analiz edilerek testin güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiş ve Cronbach α katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur. Bu katsayı ölçeğin istatistiksel olarak güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada MMSE tarama amaçlı kullanılmış ve analiz edilmemiştir.

3.4.1.3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) (Ek-4)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Avrupa SOY projesi dahilinde Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya ülkelerinde bulunan 9 enstitüden oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. Her ülkeden 15 yaş üzerindeki yaklaşık 1000 kişi, toplamda ise 8102 kişilik bir örnekleme anket uygulanmıştır. Anket raporları 2012 yılında yayımlanmıştır. Bu anket birbirini kapsayan sağlık ve sağlık bilgisi ile ilgili bilgi işleme içeren 12 hücreli bir matriks modeli ile tasarlanmıştır. Tablo 2’de yer alan matriks incelendiğinde; Sağlık hizmeti alanı, sağlıkla ilgili tıbbi ve klinik bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu konularda bilinçli kararlar alıp önerilere uyma kabiliyetini içermektedir. Hastalıklardan korunma alanı sağlık ile ilgili olası risklerle ilgili bilgilere ulaşma, bu alandaki bilgileri anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu risk faktörlerine karşı önlem alma konusunda bilinçli kararlar verme kabiliyetini içermektedir. Sağlığı geliştirme alanı fiziksel ve sosyal çevrede sağlık belirleyicileriyle ilgili mevcut bilgilerini güncelleme, bu bilgileri yorumlama ve sağlığın belirleyicileri ile ilgili mantıklı kararlar verip ortak faaliyetlere katılma kabiliyetini içermektedir (Deniz, 2018).

Tablo 2. ASOY-TR Alt Boyutları

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşabilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Anlayabilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Değerlendirebilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Kullanabilme
Sağlık Hizmeti	1. Tıbbi bilgilere ulaşabilme	2. Tıbbi bilgileri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	3. Tıbbi bilgileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	4. Tıbbi konularda karar verirken bu bilgileri kullanabilme
Hastalıklardan Korunma	5. Sağlık riskleriyle ilgili bilgilere ulaşabilme	6. Sağlık riskleriyle ilgili bilgileri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	7. Sağlık riskleriyle ilgili bilgileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	8. Sağlık riskleriyle ilgili konularda karar verirken bu bilgileri kullanabilme
Sağlığın Geliştirilmesi	9. Sahip olunan sağlık bilgisini güncelleyebilme	10. Sağlıkla ilgili meseleleri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	11. Sağlıkla ilgili meseleleri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	12. Sağlıkla ilgili meselelerde bilgiye dayalı fikirler üretebilme

Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014

ASOY-TR ölçeği 2016 yılında Abacıgil ve diğerleri tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını incelemek üzere genel ve üç boyut için ayrı ayrı Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı; 0,95 olarak bulunmuştur. Her maddenin hem genel ölçek hem de *Sağlık Hizmeti*, *Hastalıkları Önleme*, *Sağlığı Geliştirme* boyutlarındaki madde-toplam korelasyonları hesaplanmış ve hepsi 0,86'nın üzerinde bulunmuş ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada da tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı; 0,973 olarak bulunmuştur. *Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilme*, *Sağlıkla İlgili Bilgileri Anlayabilme*, *Sağlıkla İlgili Bilgileri Değerlendirebilme*, *Sağlıkla İlgili Bilgileri Kullanabilme* alt boyutları da dahil olmak üzere bütün alt boyutlarda hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0,86'nın üzerinde bulunmuştur.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 12 kavramsal çerçeveyi içeren toplam 47 maddeden oluşmaktadır. Her madde '1=Çok zor', '2=Zor', '3=Kolay', '4=Çok kolay' ve 'Bilmiyorum' olacak şekilde 5 derecelidir. Ölçeğin puan aralığı 47-188 arasındadır. Hesaplama pratikliği açısından toplam puan 0-50 arası olacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmektedir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte ‘0’ puan en düşük sağlık okuryazarlığını, ‘50’ puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel, tedavi hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. SOY düzeyi, puan aralıklarına göre dört kategoride değerlendirilmektedir.

(0-25) puan: yetersiz SOY

(>25-33) : sorunlu – sınırlı SOY

(>33-42) : yeterli SOY

(>42-50) : mükemmel SOY

Ölçekte puan hesaplaması yapılabilmesi için ilgili indekse ait soruların en az belirlenen sayıda yanıtlanmış olması gerekmektedir. Hesaplanan indeksler ve bu indeksler için hesaplanması gereken soru numaraları, toplam soru sayısı ve ilgili indeksin hesaplanabilmesi için yanıtlanması gereken en az soru sayısı, alınabilecek en düşük ve en yüksek skorlar Tablo 3’de yer almaktadır (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014; Abacıgil ve diğerleri, 2016; Deniz, 2018).

Tablo 3. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Boyut İndekslerinin Hesaplanması İçin Kullanılan Sorular, Cevaplandırılması Gereken En Az Soru Sayısı, Geçerli Olan En Düşük ve En Yüksek Ölçek Puanı

	Genel SOY	Sağlık Hizmeti SOY	Hastalıklardan Korunma SOY	Sağlığın İyileştirilmesi SOY
Soru	S1.1-S1.47	S1.1-S1.16	S1.17-S1.31	S1.32-S1.47
İndeks Hesaplaması İçin Cevaplanması Gereken Minimum Soru Sayısı				
	43	15	14	14
Soru Sayısı				
En Düşük	0	0	0	0
En Yüksek	50	50	50	50

(Durusu, Tanrıöver ve diğerleri, 2014)

3.4.1.4. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Ölçek Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe sürümünün güvenilirlik geçerlilik çalışması Eser ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL-OLD modülü, altı alt boyut içeren 24 sorudan oluşmaktadır. Her birinde eşit soru bulunan bu altı alt boyut şunlardır: “Duyusal İşlevler”, “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık”. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir. Toplam puan 24-120 aralığındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. “Duyusal işlevler” alt boyutunda duyuşal işlevler ve duyuşal işlev kaybının yaşam kalitesi üzerinde oluşturduğu etkileri değerlendirmektedir. “Özerklik” alt boyutu yaşlılık dönemindeki bağımsızlık anlamına gelmektedir ve kendi kendine yaşama kabiliyetini değerlendirmektedir. “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri” alt boyutu yaşamdan elde edilen doyum ve gelecekle ilgili düşünceleri göstermektedir. “Sosyal katılım” alt boyutu toplum içerisinde günlük yaşam faaliyetlerinde yer edinmekle ilgilidir. “Ölüm ve ölmek” alt boyutu ise ölüm ve ölme ile ilgili korku ve endişeleri değerlendirmektedir. “Yakınlık” alt boyutu ise bireysel ve özel ilişkiler kurma kabiliyetini içermektedir (Demir, 2013).

Genel ölçek yapısı ve alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ve alfa değeri 0,85 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından olan “Özerklik” boyutunun alfa değeri 0,68 iken diğer boyutların tümünden 0,7’nin üzerinde alfa değeri elde edilmiştir (Eser, 2010). Bu araştırmada ise ölçeğin genel ve alt boyutları Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış genel alfa değeri 0,74 olarak elde edilirken ‘Özerklik’ boyutunun alfa değeri 0,68 olarak bulunmuştur. Diğer alt boyutların tümünde 0,7’nin üzerinde değerler elde edilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçlarındaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek ve gerekli düzeltmeleri yapmak amacıyla, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine başvuran ve araştırma kapsamına alınmayan 15 yaşlı ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından pilot uygulama yapılmış ve uygulama sonucunda veri toplama araçlarındaki sorularda herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır.

Araştırmanın verileri, Eylül 2020 ile Aralık 2020 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından örnekleme dahil edilecek birey sayısına ulaşıncaya kadar; Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine, haftanın 5 günü (pazartesi, salı, çarşamba, perşembe ve cuma) gidilerek araştırmaya katılan yaşlılardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşme, diyet polikliniği veya beslenme ve diyet biriminde yapılmıştır. Bir hastadan veri toplamak ortalama 45 dakika sürmüştür.

Araştırma verileri Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan yaşlılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra tamamen gönüllülük esası ile doldurulmuştur. Sorular araştırmacı tarafından okunup katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Araştırmanın veri toplama kısmında 21 kişi araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir. Bu kişilerin verileri hiçbir şekilde araştırmada kullanılmamıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 (SPSS Inc.,Chicago, IL) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Bağımsız gruplar normal dağılan değişkenler bakımından bağımsız örneklem t testi ya da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılmayan değişkenler bakımından ise Mann Whitney U ya da Kruskal Wallis H testi ile karşılaştırılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma, normal dağılmayan nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise medyan (25-75. persantil) şeklinde gösterilmiştir. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans n(%) şeklinde ifade edilmiştir. ASOY Genel puanı üzerine etki eden faktörleri birlikte değerlendirmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) anketlerinden elde edilen toplam puan ortalamaları; bağımsız değişken ise yaşlıların bazı kişisel özellikleri (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek) ve bazı tanımlayıcı özellikleri (yaş, gelir, çocuk sayısı)'dir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılması sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca yaşlıların beslenme eğitimi sonrasında ve hastane ortamında veri toplanmasının da araştırmayı sınırlandırdığı düşünülmektedir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verileri, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 5) ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (Ek 6) gerekli izinler alındıktan sonra katılımcılardan 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' (Ek 1) imzalatılarak toplanmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 152 bireyin sosyo-demografik özellikleri, sağlık okuryazarlık düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		Sayı n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	80	52, 6
	Kadın	72	47, 4
Yaş	65-74	106	69, 7
	75-89	46	30, 3
Medeni Durum	Evli	105	69, 1
	Evli Olmayan	47	30, 9
Çocuk Durumu	Yok	5	3, 3
	Var	147	96, 7
Eğitim Durumu	Okuryazar	27	17, 8
	İlkokul	83	54, 6
	Ortaokul	13	8, 6
	Lise	16	10, 5
	Üniversite ve üzeri	13	8, 5
Meslek	Ev hanımı/İşsiz	56	36, 8
	Ücretli çalışan	45	29, 6
	Serbest çalışan	47	30, 9
	Üst düzey yönetici	3	2
	Diğer	1	0, 7
Sosyal Güvence	Yok	2	1, 3
	Var	150	98, 7
Aylık Gelir	Kötü	35	23
	Orta	82	54
	İyi	35	23
Hastalık Varlığı	Yok	0	0
	Var	152	100
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
Yaş	71, 51 $\pm$ 5, 52	65-89	
Çocuk Sayısı	2, 96 $\pm$ 1, 58	0-10	
Hastalık Sayısı	1, 91 $\pm$ 0, 75	1-4	

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de yer almaktadır. Tabloya göre çalışmaya katılan yaşlıların %52,6’sı erkek, %47,4’ü kadındır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %69,7’lik büyük kısmı 65-74 yaş aralığında iken %30,3’ü 75-89 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 71,5’tir.

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerin incelendiğinde; çalışmaya katılan 152 yaşlıdan 105’i (%69,1) evli, 47’si (%30,9) evli değildir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ortalama çocuk sayısı 2,96’dır. Araştırmaya dahil olan 152 kişinin %96,7 ‘sinin (147 kişi) çocuğu varken %3,3 ‘ünün (5 kişi) çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olmayan kişi sayısının az olmasından dolayı çocuk durumu değişkeni gruplandırılmış şekilde analiz edilmemiştir.

Eğitim durumu değişkenine bakıldığında yaşlı bireylerin %17,8’i okuryazar, %54,6’sı ilkokul mezunu, %8,6’sı ilkokul, %10,5’i lise, %8,5’u ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir. Buna verilere göre çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yarısından fazlası ilkokul mezunudur.

Meslek değişkeninde üst düzey yönetici 3, diğer grubunda ise 1 kişi olmasından dolayı meslek durumuna göre analiz yapılırken “üst düzey yönetici” ve “diğer” grubu analize dahil edilmemiştir.

Sosyal güvence değişkeninde çalışmaya katılan yaşlıların tamamına yakın kısmının (%98,7) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 5. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (ASOY) Verdikleri Yanıtların Dağılım Yüzdeleri

Madde No	Maddenin İçeriği	1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
SAĞLIK HİZMETİ						
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma		%	%	%	%	%
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak	25	34, 2	25	15, 8	0
2.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak	24, 3	34, 2	25, 7	15, 8	0
3.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak	13, 8	20, 4	32, 9	31, 6	1, 3
4.	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak	5, 9	3, 9	40, 1	50	0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama						
5.	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak	5, 3	13, 8	46, 7	34, 2	0
6.	İlacınızın prospektüsünü anlamak	26, 3	36, 2	24, 3	13, 2	0
7.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak	3, 9	17, 1	40, 8	38, 2	0
8.	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak	3, 9	10, 5	40, 1	45, 4	0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme						
9.	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek	27, 6	35, 5	24, 3	11, 2	1, 3
10.	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	38, 2	32, 2	15, 8	12, 5	1, 3
11.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	38, 8	25, 7	21, 7	13, 2	0, 7
12.	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek	16, 4	32, 2	33, 6	15, 8	2
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama						
13.	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak	9, 2	7, 2	36, 8	46, 7	0
14.	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek	2	0, 7	12, 5	84, 9	0
15.	Acil bir durumda ambulans çağırmak	15, 1	5, 9	5, 9	72, 4	0, 7
16.	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek	3, 9	2	21, 7	72, 4	0
HASTALIKLARDAN KORUNMA						
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma						
17.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak	25	24, 3	32, 2	16, 4	2
18.	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak	25	27, 6	28, 3	17, 1	2
19.	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak	28, 3	28, 9	24, 3	14, 5	3, 9

Tablo 5. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (ASOY) Verdikleri Yanıtların Dağılım Yüzdeleri (devamı)

Madde No	Maddenin İçeriği	1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
20.	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak	27	27, 6	29, 6	15, 1	0, 7
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama						
21.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak	3, 9	22, 4	35, 5	36, 8	1, 3
22.	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	5, 3	23, 7	32, 9	36, 2	2
23.	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	5, 3	22, 4	34, 2	36, 2	2
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme						
24.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek	26, 3	35, 5	25	13, 2	0
25.	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek	26, 3	30, 9	27, 6	15, 1	0
26.	Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar vermek	43, 4	34, 9	12, 5	6, 6	2, 6
27.	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek	44, 7	35, 5	11, 8	5, 3	2, 6
28.	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek	25	34, 2	27, 6	11, 2	2
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama						
29.	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek	52, 6	25	11, 2	9, 2	2
30.	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek	9, 2	17, 8	41, 4	31, 6	0
31.	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek	12, 5	19, 7	49, 3	15, 8	2, 6
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ						
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma						
32.	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak	16, 4	31, 6	36, 8	15, 1	0
33.	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak	3, 3	19, 7	34, 9	40, 8	1, 3
34.	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak	11, 2	26, 3	27, 6	15, 1	19, 7
35.	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak	2	5, 3	9, 9	6, 6	76, 3
36.	İşyerinde sağlığınıza geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak	0	3, 9	4, 6	3, 9	87, 5
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama						
37.	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	0, 7	5, 9	30, 9	61, 2	1, 3

Tablo 5. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (ASOY) Verdikleri Yanıtların Dağılım Yüzdeleri (devamı)

38.	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak	9, 9	41, 4	28, 3	19, 1	1, 3
39.	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak	4, 6	11, 8	44, 7	37, 5	1, 3
40.	Akıl sağlığını nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak	3, 9	18, 4	45, 4	31, 6	0, 7
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme						
41.	Yaşantınızın sağlığını ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek	6, 6	31, 6	33, 6	15, 8	12, 5
42.	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek	9, 2	25	24, 3	12, 5	28, 9
43.	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınıza ilgili olduğuna karar vermek	2, 6	3, 3	21, 7	71, 1	1, 3
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama						
44.	Sağlığınıza geliştirmek için kararlar almak	1, 3	15, 1	46, 7	36, 8	0
45.	İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak	45, 4	21, 1	13, 2	12, 5	7, 9
46.	Sağlığınıza ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek	23	23, 7	28, 3	15, 1	9, 9
47.	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak	33, 6	18, 4	27	19, 1	2

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin A-SOY ölçeğine verdikleri cevaplar Tablo 5’de yer almaktadır. Tabloya göre;

“Çok zor” olarak ifade edilen cevapların dağılımı aşağıda verilmiştir:

“Sağlık Hizmeti” boyutunda,

- 11. madde olan “Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” (%38,8)
- 10. madde olan “Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” (% 38,2)

“Hastalıklardan Korunma” boyutunda,

- 29. madde olan “Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek” (%52,6)
- 45. madde olan “İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak” (%45,4)
- 27. madde olan “Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek” (%44,7)

“Sağlığın Geliştirilmesi” boyutunda

- 47.madde olan “Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak” (%33,6)

“Çok kolay” olarak ifade edilen yanıtların dağılımı aşağıda verilmiştir:

“*Sağlık Hizmeti*” boyutunda

- 14. madde olan “İlaç tedavisinde talimatları takip etmek” (%84,9)
- 15. madde olan ‘Acil bir durumda ambulans çağırmak’ (%72,4)
- 16. madde olan ‘Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek’ (%72,4)

“hastalıklardan korunma” boyutunda

- 21. madde olan “Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak” (%36,8)
- 22. madde olan “Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak” (%36,2)
- 23. madde olan ‘Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak’ (%36,2)

“*Sağlığın Geliştirilmesi*” boyutunda

- 43. madde olan “Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek” (%71,1)
- 37. madde olan ‘Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak’ (%61,2)

‘Bilmiyorum’ cevapları

- 35. maddede ‘Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak’ (%76,3)
- 36. maddelerde ‘İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak’ (%87,5)

Toplam puan, indeks hesaplarında ve geçerlilik güvenirlik analizlerinde “bilmiyorum” cevapları değerlendirme dışı bırakılarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. Yaşlı Bireylerin ASOY Genel Puan Dağılımları

Puan Aralığı	n	%	Kümülatif Yüzde
0-25 Puan (Yetersiz)	79	52,0	52,0
26-33 Puan(Sorunlu-Sınırlı)	36	23, 7	75, 7
34-42 Puan (Yeterli)	24	15, 8	91, 4
43-50 Puan (Mükemmel)	13	8, 6	100,0
Toplam	152	100	

Araştırmaya katılan yaşlıların ASOY genel puan durumları Tablo 6’da görülmektedir. Buna göre yaşlıların çoğunluğu (%52) 0-25 puan aralığında yetersiz sağlık okuryazarıdır. Puan aralığı 43-50 olan ve SOY düzeyi ‘mükemmel’ olan yaşlı bireylerin oranı %8,6’dır. Tabloya göre çalışmaya katılan yaşlıların %75,6’sı sorunlu/sınırlı veya yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır.

Tablo 7. Yaşlı Bireylerin ASOY Alt Boyutları Puan Dağılımları

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi								
Durumu	Yetersiz		Sorunlu/Sınırlı		Yeterli		Mükemmel	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık Hizmeti SOY	52	34, 2	37	24, 3	44	28, 9	19	12, 5
Hastalıklardan Korunma SOY	88	57, 9	27	17, 8	23	15, 1	12	7, 9
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	92	60, 5	36	23, 7	12	7, 9	12	7, 9
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	103	67, 8	20	13, 2	16	10, 5	13	8, 6
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	39	25, 7	40	26, 3	40	26, 3	33	21, 7
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	110	72, 4	23	15, 1	11	7, 2	8	5, 3
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	62	40, 8	36	23, 7	38	25	16	10, 5

Araştırmaya katılan bireylerin SOY alt boyutları puan dağılımları ve SOY düzeyleri Tablo 7’de görülmektedir. Tabloya göre *Sağlığın Geliştirilmesi SOY* alt boyutunda yaşlıların %60,5’i, *Sağlık Bilgisine Ulaşma* alanında %67,8’i, *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY* alanında ise yaşlıların %72,4’ü; yetersiz düzeydedir. *Sağlık Hizmeti SOY* alanında yaşlıların %12,5’i, *Sağlık Bilgisini Anlama SOY* alt boyutunda ise %21’i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarıdır.

Tablo 8. Genel Sağlık Okuryazarlığı ile Alt Boyutları Puan Ortalamaları

İndeksler	$\bar{X} \pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel SOY	25, 53 $\pm$ 11, 18	23, 74	27, 32
Sağlık Hizmeti SOY	30, 41 $\pm$ 10, 97	28, 65	32, 17
Hastalıklardan Korunma SOY	23, 03 $\pm$ 13, 49	20, 87	25, 19
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	22, 99 $\pm$ 11, 09	21, 22	24, 77
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	20, 14 $\pm$ 13, 39	17, 99	22, 28
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	33, 18 $\pm$ 11, 15	31, 39	34, 97
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	17, 02 $\pm$ 11, 05	15, 17	18, 86
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	29, 83 $\pm$ 10, 60	28, 13	31, 53

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ standart sapma

Araştırmaya katılan yaşlıların ASOY genel sağlık okuryazarlığı ile alt boyutları ortalama puanları ve %95 güven aralıkları Tablo 8’de yer almaktadır. Tabloya göre yaşlıların ortalama ASOY genel puanı 25,53 $\pm$ 11,18’tir. Bu puan araştırmaya katılan yaşlıların SOY düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. SOY alt boyutları incelendiğinde bireyler *sağlık hizmeti SOY* alt boyutunda sınırlı sağlık okuryazarı, *Hastalıklardan Korunma SOY* ve *Sağlığın Geliştirilmesi SOY* alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır. Diğer alt boyutlara bakıldığında yaşlılar *Sağlık Bilgisini Anlama SOY* ve *Sağlık Bilgisini Uygulama SOY* alt boyutlarında sınırlı sağlık okuryazarı *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY* ve *Sağlık Bilgisini Uygulama SOY* altboyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır.

Tablo 9. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre ASOY Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	YAŞ GRUPLARI				t / Z	p
	65-74 (n=106)	Min-Max	75-89 (n=46)	Min-Max		
Genel SOY	26, 94±10, 83	5, 32-49, 65	22, 29±11, 42	3, 19-48, 94	2, 389	0, 018
Sağlık Hizmeti SOY (Medyan 25p-75p)	33, 33 (23, 96-39, 58)	8, 33-50	26, 04 (17, 97-5, 68)	5, 21-50	-2, 673	0, 008
Hastalıklardan Korunma SOY (Medyan 25p-75p)	23, 33 (13, 33-34, 44)	-3, 33-50	20 (6, 67-30, 28)	0-50	-1, 760	0, 078
Sağlığın Geliştirilmesi SOY (Ort±SS)	24, 33±11, 01	1, 04-50	19, 93±10, 81	3, 13-47, 92	2, 278	0, 024
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY (Ort±SS)	21, 63±13, 19	-1, 28-50	16, 72±13, 38	1, 04-50	2, 097	0, 038
Sağlık Bilgisini Anlama SOY (Medyan 25p-75p)	35, 61 (28, 79-42, 80)	4, 55-50	30, 30 (25-39, 77)	6, 06-50	-1, 851	0, 064
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY (Medyan 25p-75p)	16, 67 (10, 76-26, 39)	0-44, 44	11, 81 (5, 56-21, 18)	-1, 39-44, 44	-2, 313	0, 021
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY (Ort±SS)	31, 56±10, 08	6, 06-50	25, 86±10, 84	4, 55-50	3, 133	0, 002

t, Z : Test istatistiği,

Tablo 9’da araştırmaya katılan yaşlıların yaş gruplarına göre ASOY genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tabloya göre 65-74 yaş aralığındaki yaşlıların ASOY genel puanı 26,94±10,83, 75-89 yaş aralığındaki yaşlıların ASOY genel puanı 22,29±11,42 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre 65-74 yaş grubu bireyler sınırdaki sağlık okuryazarıken, 75-89 yaş grubu bireyler yetersiz sağlık okuryazarıdır. 65-74 yaş grubundaki bireylerin ASOY genel düzeyleri 75-89 yaş grubundaki bireylerden anlamlı olarak yüksektir (p<0,05).

Yaş gruplarına göre ASOY alt boyutları puan dağılımları incelendiğinde 65-74 yaş grubundaki bireylerin *Sağlık Hizmeti SOY*, *Sağlığın Geliştirilmesi SOY*, *Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY*, *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY*, *Sağlık Bilgisini Uygulama SOY* alt boyutları 75-89 yaş grubundan anlamlı olarak yüksektir (p<0,05).

Tablo 10. Yaşlıların Cinsiyete Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	CİNSİYET				t / Z	p
	Erkek (n=80)	Min/Max	Kadın (n=72)	Min/Max		
Genel SOY	25, 58±10, 57	5, 32-48, 94	25, 49±11, 90	3, 19-49, 65	0, 049	0, 961
Sağlık Hizmeti						
SOY (Medyan 25p-75p)	31, 25 (22, 92-38, 28)	8, 33-50	31, 25 (21, 35-39, 58)	5, 21-50	-0, 185	0, 854
Hastalıklardan						
Korunma SOY (Ort±SS)	22, 61±12, 81	0-50	23, 50±14, 29	-3, 33-50	-0, 406	0, 685
Sağlığın						
Geliştirilmesi SOY (Ort±SS)	23, 42±10, 34	3, 13-48, 96	22, 52±11, 94	1, 04-50	0, 497	0, 620
Sağlık Bilgisine						
Ulaşma SOY (Medyan 25p-75p)	16, 67 (11, 54-29, 17)	-1, 28-47, 44	18, 59 (6, 73-29, 17)	-1, 28-50	-0, 126	0, 900
Sağlık Bilgisini						
Anlama SOY (Medyan 25p-75p)	33, 33 (25, 76-40, 91)	7-58-50	33, 33 (26, 14-43, 56)	4, 55-50	-0, 308	0, 758
Sağlık Bilgisini						
Değerlendirme						
SOY(Medyan 25p-75p)	15, 28 (8, 33-25)	1, 39-44, 44	14, 58 (8, 33-26, 39)	-1, 39-43, 06	-0, 118	0, 906
Sağlık Bilgisini						
Uygulama SOY (Ort±SS)	30, 04±9, 93	9, 09-50	29, 61±11, 38	4, 55-50	0, 248	0, 804

t, Z:Test istatistiği

Cinsiyete göre ASOY Genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10’da yer almaktadır. Buna göre erkeklerin genel sağlık okuryazarlık puanı 25, 58±10,57, kadınların genel sağlık okuryazarlık puanı 25,49±11,90 olarak bulunmuştur. Buna göre her iki cinsiyetin de SOY düzeyi yetersizdir. Kadın ve erkeklerin ASOY genel ve alt boyut puanları birbirine yakındır. Araştırmaya katılan yaşlıların, erkek ve kadınların ASOY genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 11. Yaşlıların Medeni Duruma Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	MEDENİ DURUM				t / Z	p
	Evli (n=105)	Min-Max	Evli Olmayan (n=47)	Min-Max		
Genel SOY	25, 89±10, 82	6, 38-48, 94	24, 74±12, 03	3, 19-49, 65	0, 585	0, 560
Sağlık Hizmeti						
SOY (Medyan 25p-75p)	32, 29 (22, 40-39, 58)	5, 21-50	30, 21 (23, 96-36, 46)	6, 25-50	-0, 648	0, 517
Hastalıklardan						
Korunma SOY (Ort±SS)	23, 43±12, 81	-3, 33-50	22, 15±15, 01	0-50	0, 538	0, 591
Sağlığın						
Geliştirilmesi SOY (Ort±SS)	23, 27±11, 03	1, 04-48, 96	22, 38±11, 35	3, 13-50	0, 455	0, 650
Sağlık Bilgisine						
Ulaşma SOY (Ort±SS)	20, 31±12, 78	-1, 28-47, 44	19, 78±14, 82	0-50	0, 224	0, 823
Sağlık Bilgisini						
Anlama SOY (Medyan 25p-75p)	34, 85 (27, 27-42, 42)	4, 55-50	31, 82 (25, 76-40, 91)	6, 06-50	-0, 768	0, 442
Sağlık Bilgisini						
Değerlendirme SOY (Medyan 25p-75p)	15, 28 (8, 33-26, 39)	-1, 39-44, 44	13, 89 (5, 56-20, 83)	-1, 39-44, 44	-0, 824	0, 410
Sağlık Bilgisini						
Uygulama SOY (Medyan 25p-75p)	31, 82 (23, 48-37, 88)	4, 55-50	30, 30 (22, 73-34, 85)	6, 06-50	-0, 623	0, 533

t, Z : Test istatistiği,

Tablo11’de yaşlıların medeni durumuna göre ASOY Genel ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Buna göre evli olan (25,89±10,82) ve evli olmayan (24,74±12,03) kişilerin ASOY genel ve alt boyut puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 12. Yaşlıların Meslek Durumuna Göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	MESLEK DURUMU						F/ χ^2	P
	Ev hanımı/İşsiz (n=56)	Min-Max	Ücretli çalışan (n=45)	Min-Max	Serbest çalışan (n=47)	Min-Max		
Genel SOY (Ort±SS)	22, 30±10, 06	3, 19-44, 33	30, 76±12, 04*	10, 64-49, 65	23, 32±9, 44	5, 32-45, 74	9, 177	<0, 001
Sağlık Hizmeti SOY (Ort±SS)	27, 55±10, 79	5, 21-44, 79	35, 19±10, 78*	12, 5-50	28, 44±9, 91	8, 33-50	7, 495	0, 001
Hastalıklardan Korunma SOY (Ort±SS)	19, 96±12, 86	-3, 33-47, 78	28, 62±14, 27*	4, 44-50	20, 17±11, 49	0, 43-33	6, 901	0, 001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY (Ort±SS)	19, 23±9, 51	1, 04-40, 63	28, 36±12, 18*	8, 33-50	21, 17±9, 18	3, 13-48, 96	10, 475	<0, 001
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY (Ort±SS)	15, 82±11, 11	-1, 28-43, 59	26, 81±14, 85*	-1, 28-50	17, 38±11, 21	1, 28-47, 44	10, 974	<0, 001
Sağlık Bilgisini Anlama SOY (Medyan 25p-75p)	30, 30 (25, 76-40, 53)	4, 55-50	39, 39 (28, 03-46, 97)*	13, 64-50	33, 33 (25, 76-39, 39)	7, 58-50	10, 712	0, 005
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY (Ort±SS)	14, 38±10, 40	-1, 39-37, 5	22, 04±12, 96*	1, 39-44	14, 24±9, 00	1, 39-40, 28	7, 926	0, 001
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY(Ort±SS)	26, 81±10, 19	4, 55-45, 45	33, 91±10, 94*	13, 64-50	28, 69±9, 51	9, 09-50	6, 265	0, 002

F/ χ^2 : Test istatistiği, *: Ücretli çalışan grubu diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların meslek durumuna göre ASOY genel ve alt boyutları puan dağılımları Tablo 12’de görülmektedir. Buna göre çalışma hayatında ücretli çalışan bireylerin genel sağlık okuryazarlık puanları $30,76 \pm 12,04$ ’dır ve ücretli çalışan yaşlılar sınırdan SOY düzeyindedir. Ev hanımı/işsiz ve serbest çalışan gruplarında bulunan yaşlıların ASOY genel puanları sırasıyla $22,3 \pm 10,06$ ve $23,32 \pm 9,44$ olarak hesaplanmıştır ve yetersiz SOY düzeyindedir. SOY alt boyutları puan dağılımları incelendiğinde ücretli çalışan bireylerin *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY* puanı $22,04 \pm 12,96$ olarak hesaplanmış ve yetersiz SOY düzeyinde iken diğer bütün alt boyut puanları sınırlı SOY düzeyindedir. Araştırmaya katılan yaşlıların meslek durumuna göre ASOY genel ve alt boyutları puan dağılımları ve ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Gruplar arasındaki farklılık ücretli çalışan gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 13. Yaşlıların Gelir durumuna göre ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	GELİR DURUMU						F/ χ^2	P
	Kötü (n=35)	Min-Max	Orta (n=82)	Min-Max	İyi (n=35)	Min-Max		
Genel SOY (Ort±SS)	21,06±10,38	3,19-44,33	23,65±9,57	5,32-47,6	34,42±10,92 *	6,38-49,65	18,470	<0,001
Sağlık Hizmeti SOY (Ort±SS)	25,48±10,14	6,25-45,83	29,27±10,06	8,33-45,83	38,04±10,16 *	5,21-50	14, 669	<0,001
Hastalıklardan Korunma SOY (Ort±SS)	18,44±13,28	0-47,78	20,83±11,92	-3,33-47,78	32,79±12,74 *	5,56-50	14,469	<0,001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY (Ort±SS)	19,11±9,38	3,13-40,63	20,68±9,38	1,04-48,96	32,32±11,48 *	7,29-50	20,491	<0,001
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY (Ort±SS)	15, 49±11,30	0-43,59	17,62±11,93	-1,28-47,44	30,70±13,33 *	3,85-50	17,597	<0,001
Sağlık Bilgisini Anlama SOY (Medyan 25p-75p)	31,82 (21,21-36,36)	6, 06-49,97	31,82 (25,76-39,77)	4,55-50	42,42 (30,30-48, 48) *	13,64-50	20,107	<0,001
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY (Medyan 25p-75p)	9,72 (4,17-19,44)	-1,39-37,5	13,89 (5,56-20,83)	0-41,67	26,39 (16,67-36,11) *	-1,39-44,44	29,497	<0,001
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY (Ort±SS)	25,80±10,80	6,06-45,45	28,62±9,15	6,06-50,00	36,71±10,70 *	4,55-50	11,924	<0,001

F/ χ^2 : Test istatistiği, *: İyi grubu diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumuna göre SOY genel ve alt boyutları puan dağılımlarının Tablo13’de yer almaktadır. Tabloya göre; gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları $34,42 \pm 10,92$ ’dir ve bu yaşlılar yeterli düzey sağlık okuryazarıdır. Gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların *Sağlık Bilgisini Anlama SOY* düzeyi puan dağılımları 42,42(30,30-48,48) olarak hesaplanmış ve bu bireyler *Sağlık Bilgisini Anlama* alt boyutunda mükemmel düzey sağlık okuryazarıdır. Gelir durumunu kötü olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel ve alt boyutları puan dağılımları yetersiz düzeydedir. Gelir durumunu orta olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel ve alt boyutları puanları da yetersiz düzeydedir. Tabloya göre gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların SOY puanları orta ve kötü olarak ifade eden yaşlıların SOY puanlarından farklıdır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Gruplar arasındaki farklılık gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlılardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 14. Yaşlıların Eğitim Durumuna Göre ASOY Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	EĞİTİM DURUMU										F/ χ^2	p
	Okuryazar (n=27)	Min-Max	İlkokul (n=83)	Min- Max	Ortaokul (n=13)	Min-Max	Lise (n=16)	Min-Max	Üniversite (n=13)	Min-Max		
Genel SOY (Ort±SS)	17, 68±9, 18 ₺	3, 19-39, 01	23, 85±9, 42 **	5, 32-45, 74	25, 78±9, 49 ***	10, 64-43, 62	37, 23±6, 89	25, 18-47, 52	37, 97±11, 25	15, 96-49, 65	17, 547	<0, 001
Sağlık Hizmeti SOY (Medyan 25p-75p)	19, 79 (13, 54- 29, 17) *	6, 25-45, 83	31, 25 (22, 92- 36, 46) **	5, 21-45, 83	36, 46 (23, 44- 39, 58)	14, 58-44, 79	40, 63 (37, 76- 45, 05)	29, 17-50	44, 79 (29, 69-47, 92)	18, 75-50	42, 217	<0, 001
Hastalıklardan Korunma SOY (Medyan 25p- 75p)	11, 11 (4, 44-22, 22) *	0-38, 89	20, 00 (11, 11- 30, 00) **	-3, 33- 47, 78	17, 78 (12, 22- 32, 78) ***	6, 67-41, 11	34, 44 (29, 17- 41, 94)	23, 33-48, 89	41, 11 (30, 56-49, 44)	13, 33-50	39, 969	<0, 001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	16, 20±7, 84 *	1, 04-32, 29	20, 87±9, 13 **	3, 13-45, 83	23, 00±10, 00 ***	9, 38-44, 79	35, 03±8, 71	21, 88-48, 96	35, 90±12, 01	15, 63-50	17, 931	<0, 001
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY (Medyan 25p- 75p)	6, 41 (2, 56-17, 95) ₺	0-32, 05	16, 67 (10, 26- 25, 64) **	-1, 28- 47, 44	20, 51 (14, 74- 29, 49)	5, 13-37, 18	35, 90 (28, 53- 42, 31)	17, 95-47, 44	43, 59 (27, 56-48, 08)	10, 26-50	54, 009	<0, 001
Sağlık Bilgisini Anlama SOY (Medyan 25p- 75p)	25, 76 (16, 67- 33, 33) *	4, 55-48, 48	33, 33 (25, 76- 39, 39) **	7, 58-50	31, 82 (28, 79- 41, 67)	19, 70-45, 45	42, 42 (40, 91- 49, 24)	25, 76-50	45, 45 (30, 30-50, 00)	21, 21-50	33, 220	<0, 001
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY (Medyan 25p-75p)	8, 33 (5, 56-18, 06) *	01, 39- 30, 56	13, 89 (5, 56- 19, 44) **	-1, 39- 37, 5	18, 06 (6, 94- 22, 92)	1, 39-37, 5	28, 47 (22, 22- 35, 42)	13, 89-44, 44	26, 29 (18, 75-41, 67)	12, 50-44, 44	37, 936	<0, 001
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	23, 23±9, 73 *	6, 06-43, 94	28, 77±9, 48 **	4, 55-45, 45	30, 07±10, 25 ϕ	13, 64-50	38, 54±6, 93	22, 73-50	39, 39±11, 24	15, 15-50	10, 132	<0, 001

F/ χ^2 : Test istatistiği,

Tablo 14. Yaşlıların Eğitim Durumuna Göre ASOY Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

*: Okuryazar grubu lise ve üniversite gruplarından farklıdır.

** : İlkokul grubu lise ve üniversite gruplarından farklıdır.

***: Ortaokul grubu lise ve üniversite gruplarından farklıdır.

¥: Okuryazar grubu ilkokul, lise ve üniversite gruplarından farklıdır.

φ: Ortaokul grubu lise grubundan farklıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumuna göre ASOY genel ve alt boyut puan ortalamaları ve dağılımları Tablo 14’de yer almaktadır. Tabloya göre eğitim durumu gruplarında bulunan kişilerin ASOY genel ve alt boyut puan ortalamaları ve dağılımları istatistiksel olarak birbirinden farklıdır ($p<0,05$). Okuryazar, ilkokul ve ortaokul grubundaki yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları sırasıyla ($17,68\pm9,18$), ($23,85\pm9,42$), ($25,78\pm9,49$)’dır ve yetersiz düzeydedir. Lise ve üniversite grubunda bulunan yaşlıların ASOY genel puanları sırasıyla ($37,23\pm6,89$), ($37,97\pm11,25$)’dir ve yeterli düzeydedir.

Tabloya göre okuryazar grubuna dahil olan yaşlıların ASOY genel ve *Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY* puan ortalamaları ve dağılımları ilkokul, lise ve üniversite gruplarından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). İlkokul grubuna dahil olan yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları ve diğer bütün alt boyut puanları ortalama ve dağılımları ise lise ve üniversite gruplarından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). Ortaokul grubuna dahil olan yaşlıların ASOY genel ortalamaları ve *Hastalıklardan Korunma SOY*, *Sağlığın Geliştirilmesi SOY* puanları ortalama ve dağılımları da lise ve üniversite gruplarından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). Ortaokul grubunda bulunan yaşlıların *Sağlık Bilgisini Uygulama SOY* alt boyut puan ortalaması lise grubundan istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$).

Tablo 15. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Beta	p	OR	OR için %95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Eğitim Durumu		0,002*			
Eğitim Durumu (İlkokul)	0,810	0,313	2,247	0,466	10,823
Eğitim Durumu (Ortaokul)	0,312	0,775	1,366	0,162	11,559
Eğitim Durumu (Lise)	2,283	0,013*	9,809	1,622	59,332
Eğitim Durumu (Üniversite ve üzeri)	2,803	0,004*	16,488	2,429	111,939
Sağlık güvencesi (SGK)	1,075	0,040*	2,930	1,049	8,181
Sabit	-1,732	0,001*	0,177		

Tablo 15’de çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları yer almaktadır. ASOY genel puanı yetersiz ve sorunlu olan yaşlılar “Yetersiz/Sorunlu” olarak tek grupta birleştirilmiş, yeterli ve mükemmel düzeyde olanlar ise “Yeterli/Mükemmel” olarak tek

grupta birleştirilmiştir. ASOY-TR yeni gruplaması bağımlı değişken olarak analize dahil edilirken, birebir değerlendirmelerde Genel SOY puanı üzerine etkileri olduğu saptanan yaş, meslek, sosyal güvence, gelir, eğitim ve çocuk sayısı değişkenleri bağımsız değişkenleri oluşturmuştur. Analizde geriye doğru eleme metodu kullanılmıştır. Model uyumu Hosmer Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar OR ve %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Değerlendirme sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır [$\chi^2=30.901$, $p<0.001$]. Modelde sadece eğitim durumu ve sağlık güvencesi değişkenleri anlamlı şekilde yer bulabilmiştir (sırasıyla, $p=0,002$, $p=0,040$).

Tabloya göre eğitim seviyesi lise mezunu olan yaşlıların genel SOY düzeyinin yeterli olma ihtimalinin okur-yazar olan yaşlıların 9,809 katı olduğu saptanmıştır [OR (%95 GA) = 9,809 (1,622, 59,332), $p=0,013$]. Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan yaşlıların SOY düzeyi yeterli olma ihtimalinin ise okur-yazar olan yaşlıların 2,803 katı olduğu saptanmıştır [OR (%95 GA) = 16,488 (2,429, 111,939), $p=0,004$]. Sağlık güvencesi SGK olan yaşlıların SOY düzeyi yeterli olma ihtimalinin diğer sosyal güvencelere sahip yaşlıların 2,930 katı olduğu bulunmuştur [OR (%95 GA) = 2,930 (1,049, 8,181), $p=0,040$].

Tablo 16. Yaşlı Bireylerin Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel Yaşam Kalitesi (Ort $\pm$ SS)	75, 53 $\pm$ 9, 13	74, 06	76, 99
Duyusal İşlevler (Ort $\pm$ SS)	8, 67 $\pm$ 2, 23	8, 31	9, 03
Özerklik (Ort $\pm$ SS)	15, 53 $\pm$ 2, 63	15, 10	15, 95
Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri (Ort $\pm$ SS)	14, 77 $\pm$ 2, 87	14, 31	15, 23
Sosyal katılım (Ort $\pm$ SS)	12, 84 $\pm$ 3, 74	12, 24	13, 44
Ölüm ve ölmek (Ort $\pm$ SS)	7, 37 $\pm$ 3, 35	6, 83	7, 90
Yakınlık (Ort $\pm$ SS)	16, 35 $\pm$ 2, 54	15, 94	16, 75

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ standart sapma

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin WHOQOL-OLD ölçeğine göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları ve %95 güven aralıkları Tablo 16’de yer almaktadır. Tabloya göre yaşlıların yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde çalışmaya katılan yaşlıların genel yaşam kalitesi ortalama puanı 75,53 $\pm$ 9,13’tür. WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan (16,35 $\pm$ 2,54) *Yakınlık* alt boyunda, en düşük puan (7,37 $\pm$ 3,35) ise *Ölüm ve Ölmek* alt boyundadır.

Tablo 17. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	YAŞ GRUPLARI				Z/t	p
	65-74 (n=106)	Min-Max	75-89 (n=46)	Min-Max		
Genel Yaşam Kalitesi (Ort±SS)	76, 41±8, 81	49-103	73, 50±9, 62	49-93	1, 817	0, 071
Duyusal İşlevler (Medyan 25p-75p)	8 (7-10)	5-14	8 (7-11)	5-14	-0, 093	0, 926
Özerklik (Medyan 25p-75p)	16 (14-18)	6-19	16 (13, 75-17, 25)	10-20	-0, 832	0, 405
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri (Medyan 25p-75p)	15 (13-16)	5-20	15 (12, 75-17)	7-20	-0, 348	0, 728
Sosyal katılım (Medyan 25p-75p)	14 (11-15, 25)	5-20	12 (9-14, 25)	4-20	-2, 247	0, 025
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	7 (5-9)	4-17	6 (4-8)	4-18	-1, 559	0, 119
Yakınlık (Medyan 25p-75p)	16 (15-19)	7-20	17 (14-18)	10-20	-1, 296	0, 195

Z: Test istatistiği

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş gruplarına göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 17’de yer almaktadır. Tabloya göre 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların yaşam kalitesi *Sosyal Katılım* alt boyut puan ortalaması 75-89 yaş grubunda olanlardan istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). Genel Yaşam Kalitesi ortalama puanı ve *Duyusal İşlevler*, *Özerklik*, *Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri*, *Ölüm ve Ölmek* ile *Yakınlık* alt boyutları puan dağılımları iki yaş grubu için istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 18. Yaşlıların Cinsiyete Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	CİNSİYET				Z	p
	Erkek (n=80)	Min- max	Kadın (n=72)	Min- Max		
Genel Yaşam Kalitesi (Ort±SS)	75, 05±7, 64	52-94	76, 06±10, 56	49-103	-0, 666	0, 507
Duyusal İşlevler (Medyan 25p-75p)	8 (7-10)	5-14	8 (7, 25-9)	5-14	-0, 449	0, 653
Özerklik (Medyan 25p-75p)	16 (15-18)	6-20	16 (12, 25-17)	9-20	-2, 454	0, 014
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri (Medyan 25p-75p)	15 (13-16)	8-20	15 (13-17)	5-20	-0, 379	0, 705
Sosyal katılım (Medyan 25p-75p)	12 (10-15)	5-20	14 (11-16)	4-20	-2, 010	0, 044
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	6 (4-8)	4-16	7 (5, 25-9)	4-18	-1, 632	0, 103
Yakınlık (Medyan 25p-75p)	16 (15-18)	10-20	16, 50 (15-18, 75)	7-20	-0, 179	0, 858

Z: Test istatistiği

Araştırma katılan yaşlıların cinsiyete göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları ve puan dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 18’de yer almaktadır. Tabloya göre; erkek yaşlıların yaşam kalitesi alt boyutlarından *Özerklik* ve *Sosyal Katılım* puan dağılımları ve kadınların puan dağılımından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). Genel yaşam kalitesi ve diğer alt boyut puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 19. Yaşlıların Medeni Duruma Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	MEDENİ DURUM				Z	p
	Evli (n=105)	Min- Max	Evli Olmayan (n=47)	Min- Max		
Genel Yaşam Kalitesi (Medyan 25p-75p)	77 (71-82)	49-95	75 (67-78)	49-103	-2, 278	0, 023
Duyusal İşlevler	8 (7-10)	5-14	8 (8-10)	6-14	-1, 798	0, 072
Özerklik (Medyan 25p-75p)	16 (14-18)	9-20	16 (12-18)	6-19	-1, 421	0, 155
Geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri (Medyan 25p-75p)	15 (13-17)	7-20	14 (12-16)	5-20	-1, 199	0, 231
Sosyal katılım (Medyan 25p-75p)	13 (11-16)	4-20	12 (10-14)	4-20	-1, 689	0, 091
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	7 (4-9)	4-18	6 (5-9)	4-17	-0, 467	0, 641
Yakınlık (Medyan 25p-75p)	17 (15-19)	7-20	15 (14-18)	10-20	-2, 855	0, 004

Z: Test istatistiği

Araştırmaya katılan yaşlıların medeni duruma göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları ve dağılımları Tablo 19’de yer almaktadır. Buna göre; evli olan yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ve *Yakınlık* alt boyutu puan dağılımları evli olmayan gruptan yüksektir. Bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer yaşam kalitesi alt boyut puanları evli ve evli olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 20. Yaşlıların Meslek Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	MESLEK DURUMU						F/χ^2	p
	Ev hanımı/İşsiz (n=56)	Min-Max	Ücretli çalışan (n=45)	Min-Max	Serbest çalışan (n=47)	Min-Max		
Genel Yaşam Kalitesi (Ort±SS)	74, 39±10, 28	49-95	78, 75±8, 94*	52-103	73, 11±6, 78	59-94	5, 126	0, 007
Duyusal İşlevler (Medyan 25p-75p)	8 (8-9)	5-14	8 (7, 5-11, 5)	5-14	8 (7-9)	5-14	3, 959	0, 138
Özerklik (Medyan 25p-75p)	15 (12-16)	9-19	17 (15-18) *	6-20	16 (14-17)	9-19	15, 274	<0, 001
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri (Medyan 25p-75p)	14 (12, 25-16)	5-20	16 (14, 5-18) *	8-20	13 (13-15)	10-19	20, 715	<0, 001
Sosyal katılım (Medyan 25p-75p)	14 (11-16)	4-20	13 (11-16, 5)	5-20	12 (9-14)	5-18	5, 911	0, 052
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	6, 5 (5, 25-9)	4-18	6 (4-8, 5)	4-17	7 (5-8)	4-16	1, 911	0, 385
Yakınlık(Medyan 25p-75p)	16 (14, 25-18)	7-20	17 (15-18, 5)	10-20	16 (15-18)	13-20	0, 865	0, 649

χ^2 : Test istatistiği, *: Ücretli çalışan grubu diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıdır.

Yaşlıların meslek durumuna göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları ve dağılımları Tablo 20’da yer almaktadır. Buna göre; ev hanımı/işsiz grubundaki ve serbest çalışan gruptaki yaşlıların genel yaşam kalitesi puanları sırasıyla $74,39 \pm 10,28$ ve $73,11 \pm 6,78$ ‘dir. Ücretli çalışan yaşlı bireylerin genel yaşam kalitesi puanı ise $78,75 \pm 8,94$ ’tir. Bu durumda ücretli çalışan yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer gruptakilerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p < 0,05$). Ücretli çalışan yaşlıların *Özerklik* ile *Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* alt boyut puan dağılımları da ev hanımı/işsiz ve serbest çalışan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p < 0,05$) .



Tablo 21. Yaşlıların Gelir Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	GELİR DURUMU						F/χ^2	p
	Kötü (n=35)	Min-Max	Orta (n=82)	Min-Max	İyi (n=35)	Min-Max		
Genel Yaşam Kalitesi (Medyan 25p-75p)	71 (66-81)	49-95	76 (71, 75-79, 25)	49-93	80 (73-87)**	61-103	9, 460	0, 009
Duyusal İşlevler (Medyan 25p-75p)	8 (7-9)	5-14	8 (7-10)	5-14	8 (7-10)	5-14	0, 692	0, 707
Özerklik (Medyan 25p-75p)	16 (12-17)	10-19	16 (14, 75-17)	6-19	17 (15-18)	10-20	2, 543	0, 280
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri* (Medyan 25p-75p)	13 (12-15)	6-20	15 (13-16)	5-20	17 (15-19)	12-20	27, 299	<0, 001
Sosyal katılım (Ort±SS)	12, 31±3, 83	4-20	12, 55±3, 64	4-20	14, 06±3, 74	7-20	2, 491	0, 086
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	6 (4-9)	4-16	6 (5-9)	4-18	7 (5-8)	4-17	0, 001	0, 999
Yakınlık (Medyan 25p-75p)	17 (15-18)	10-20	16 (15-18)	7-20	18 (15-19)	8-20	4, 466	0, 107

F/χ^2 : Test istatistiği, *: Tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak farklıdır.

** : Gelir durumunu iyi olarak ifade eden grup diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumuna göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları ve dağılımları Tablo 21’de yer almaktadır. Tabloya göre gelir durumunu kötü ve orta olarak ifade eden yaşlıların genel yaşam kalitesi puanları sırasıyla 71 (66-81) ve 76 (71,75-79,25) iken gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların genel yaşam kalitesi puanı 80 (73-87)’dir. Buna göre gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların genel yaşam kalitesi gelir durumunu kötü ve orta olarak ifade eden gruplardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$). Yaşam kalitesi alt boyutlarından *Geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri* alt boyutunda gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden grubun puanı en yüksek (17 (15-19)), ‘kötü’ olarak ifade eden grubun puanı en düşüktür (13 (12-15)). Gelir durumunu ‘iyi’, ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak ifade eden grupların *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde birbirinden farklıdır ($p<0,05$).

Tablo 22. Yaşlıların Eğitim Durumuna Göre Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	EĞİTİM DURUMU										F/χ^2	p
	Okuryazar (n=27)	Min- Max	İlkokul (n=83)	Min- Max	Ortaokul (n=13)	Min- Max	Lise (n=16)	Min- Max	Üniversite ve üzeri (n=13)	Min- Max		
Genel Yaşam Kalitesi	69, 74±9, 58*	49-90	75, 52±8, 03	58-95	78±8, 16	66-93	80, 75±7, 75	63-91	78, 69±11, 75	52-103	5, 166	0, 001
Duyusal İşlevler (Medyan 25p-75p)	8 (8-10)	6-14	8 (7-10)	5-14	8 (7, 5-8)	6-14	8 (7-9)	5-10	11 (8-12, 5)	6-14	6, 586	0, 159
Özerklik (Medyan 25p-75p)	14 (12-16) **	9-19	16 (15-17)	9-19	16 (14, 5-18)	14-19	18 (16-18)	12-20	16 (13-18)	6-20	19, 154	0, 001
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri (Medyan 25p-75p)	13 (12-15) ¥	6-20	15 (13-16) φ	5-20	16 (13, 5-18)	13-19	18 (15-19)	12-20	16 (14, 5-19)	8-20	27, 729	<0, 001
Sosyal katılım	11, 48±3, 81	4-20	12, 92±3, 65	4-20	14, 00±3, 32	9-20	13, 81±3, 83	7-20	12, 85±4, 20	5-19	1, 499	0, 205
Ölüm ve ölmek (Medyan 25p-75p)	6 (4-11)	4-17	6 (5-9)	4-18	6 (4-9, 5)	4-12	6 (5-7)	4-15	8 (7-10)	4-17	5, 172	0, 270
Yakınlık (Medyan 25p-75p)	15 (14-18) **	7-20	17 (15-18)	8-20	16 (15-18)	11-19	19 (18-19, 75)	13-20	16 (14, 5-17, 5)	10-20	17, 613	0, 001

F/χ^2 : Test istatistiği,

*: Okuryazar grubu ile diğer tüm gruplar istatistiksel olarak birbirinden farklıdır.

**: Okuryazar grubu ile lise grubu birbirinden farklıdır.

¥: Okuryazar grubu ile ortaokul, lise, üniversite grupları birbirinden farklıdır.

φ: İlkokul grubu ile lise grubu birbirinden farklıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumuna göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları ve dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 22’de yer almaktadır. Tabloya göre okuryazar (69,74±9, 58), ilkokul (75,52±8,03), ortaokul (78±8,16), lise (80, 75±7,75), üniversite ve üzeri (78,69±11,75) gruplarındaki yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak birbirinden anlamlı ölçüde farklıdır ($p<0,05$). Eğitim seviyesi lise olan yaşlıların yaşam kalitesinin *Duyusal İşlevler ve Özerklik* alt boyutu ve *Yakınlık* alt boyutu puanları okuryazar grubundaki yaşlılardan anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$). Okuryazar grubundaki yaşlıların yaşam kalitesinin *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* alt boyut puanları ortaokul, lise, üniversite ve üzeri gruplarından anlamlı ölçüde düşüktür ($p<0,05$). İlkokul grubundaki yaşlıların yaşam kalitesinin *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* alt boyut puanı lise grubundaki yaşlılardan anlamlı ölçüde düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 23. Yaşlıların Yaş, Çocuk Sayısı ve Hastalık Sayısı ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları ile ASOY Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

ALT BOYUTLAR	YAŞ	ÇOCUK SAYISI	HASTALIK SAYISI
Genel Yaşam Kalitesi	$r=-0,133$ $p=0,102$	$r=-0,228$ $p=0,005^*$	$r=0,028$ $p=0,736$
Duyusal İşlevler	$r=0,041$ $p=0,615$	$r=-0,173$ $p=0,033^*$	$r=0,025$ $p=0,763$
Özerklik	$r=-0,098$ $p=0,232$	$r=-0,114$ $p=0,161$	$r=-0,002$ $p=0,983$
Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri	$r=-0,092$ $p=0,258$	$r=-0,248$ $p=0,002^*$	$r=0,036$ $p=0,656$
Sosyal katılım	$r=-0,162$ $p=0,047^*$	$r=0,010$ $p=0,902$	$r=0,109$ $p=0,181$
Ölüm ve ölmek	$r=-0,036$ $p=0,658$	$r=-0,157$ $p=0,054$	$r=-0,159$ $p=0,051$
Yakınlık	$r=-0,156$ $p=0,055$	$r=-0,085$ $p=0,295$	$r=0,044$ $p=0,589$
Genel SOY	$r=-0,282$ $p<0,001^*$	$r=-0,173$ $p=0,033^*$	$r=0,056$ $p=0,495$
Sağlık Hizmeti SOY	$r=-0,287$ $p<0,001^*$	$r=-0,182$ $p=0,025^*$	$r=0,062$ $p=0,448$
Hastalıklardan Korunma SOY	$r=-0,264$ $p=0,001^*$	$r=-0,172$ $p=0,034^*$	$r=0,025$ $p=0,762$
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	$r=-0,237$ $p=0,003^*$	$r=-0,155$ $p=0,057$	$r=0,054$ $p=0,510$
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	$r=-0,261$ $p=0,001^*$	$r=-0,211$ $p=0,009^*$	$r=-0,010$ $p=0,901$
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	$r=-0,239$ $p=0,003^*$	$r=-0,134$ $p=0,099$	$r=0,050$ $p=0,538$
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	$r=-0,285$ $p<0,001^*$	$r=-0,164$ $p=0,044^*$	$r=0,090$ $p=0,271$
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	$r=-0,267$ $p=0,001^*$	$r=-0,135$ $p=0,097$	$r=0,096$ $p=0,241$

*: $p<0,05$ r: korelasyon katsayısı

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş, çocuk sayısı ve hastalık sayısı ile genel yaşam kalitesi ve alt boyutları ile ASOY genel ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 23’de gösterilmektedir.

Buna göre; yaş ile yaşam kalitesi alt boyutlarından *sosyal katılım* puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yaş arttıkça yaşam kalitesi *Sosyal Katılım* puanı azalmaktadır. Yaş ile diğer yaşam kalitesi alt boyutlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yaş ile ASOY genel ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaş arttıkça ASOY genel ve alt boyut puanları azalmaktadır.

Çocuk sayısı ile yaşam kalitesi alt boyutlarından *Duyusal İşlevler* ile *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* ve genel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocuk sayısı daha fazla olan yaşlıların *Duyusal İşlevler* ve *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* ve genel yaşam kalitesi puanları daha düşüktür. Çocuk sayısı ile diğer yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çocuk sayısı ile SOY indekslerinden; ASOY Genel, *Sağlık Hizmeti SOY*, *Hastalıktan Korunma SOY*, *Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY* ve *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY* indeksleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), çocuk sayısı ile diğer sağlık okuryazarlığı indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çocuk sayısı arttıkça ASOY Genel, *Sağlık Hizmeti SOY*, *Hastalıktan Korunma SOY*, *Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY* ve *Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY* puanları azalmaktadır.

Hastalık sayısı ile yaşam kalitesi ve SOY indeksleri arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık sayısı ile yaşam kalitesi ve SOY indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 24.Yaşlıların ASOY Genel ve Alt Boyutları ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt boyutları Arasındaki İlişki

SOY İNDEKSLERİ	YAŞAM KALİTESİ ALT BOYUTLARI						
	Genel Yaşam Kalitesi	Duyusal işlevler	Özerklik	Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri	Sosyal katılım	Ölüm ve ölmek	Yakınlık
Genel SOY	r=0, 548 p=<0, 001	r=-0, 207 p=0, 010	r=0, 449 p=<0, 001	r=0, 570 p=<0, 001	r=0, 462 p=<0, 001	r=0, 025 p=0, 756	r=0, 371 p=<0, 001
Sağlık Hizmeti SOY	r=0, 543 p=<0, 001	r=-0, 174 p=0, 032	r=0, 450 p=<0, 001	r=0, 565 p=<0, 001	r=0, 462 p=<0, 001	r=-0, 034 p=0, 676	r=0, 365 p=<0, 001
Hastalıklardan Korunma SOY	r=0, 500 p=<0, 001	r=-0, 199 p=0, 014	r=0, 378 p=<0, 001	r=0, 525 p=<0, 001	r=0, 458 p=<0, 001	r=0, 037 p=0, 650	r=0, 326 p=<0, 001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	r=0, 502 p=<0, 001	r=-0, 211 p=0, 009	r=0, 446 p=<0, 001	r=0, 522 p=<0, 001	r=0, 370 p=<0, 001	r=0, 070 p=0, 390	r=0, 350 p=<0, 001
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	r=0, 559 p=<0, 001	r=-0, 142 p=0, 082	r=0, 436 p=<0, 001	r=0, 594 p=<0, 001	r=0, 447 p=<0, 001	r=0, 086 p=0, 293	r=0, 340 p=<0, 001
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	r=0, 500 p=<0, 001	r=-0, 232 p=0, 004	r=0, 430 p=<0, 001	r=0, 507 p=<0, 001	r=0, 434 p=<0, 001	r=-0, 002 p=0, 980	r=0, 323 p=<0, 001
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	r=0, 479 p=<0, 001	r=-0, 221 p=0, 006	r=0, 352 p=<0, 001	r=0, 535 p=<0, 001	r=0, 469 p=<0, 001	r=-0, 056 p=0, 492	r=0, 361 p=<0, 001
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	r=0, 498 p=<0, 001	r=-0, 197 p=0, 015	r=0, 441 p=<0, 001	r=0, 510 p=<0, 001	r=0, 378 p=<0, 001	r=0, 070 p=0, 393	r=0, 367 p=<0, 001

r: korelasyon katsayısı

ASOY Genel ve alt boyutları ile genel yaşam kalitesi ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 24’te yer almaktadır. Tabloya göre; ASOY genel ve alt boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutlarından olan *Özerklik*, *Sosyal Katılım* ve *Yakınlık* arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). ASOY genel ve alt boyutları ile *Geçmiş*, *Bugün* ve *Gelecek Faaliyetleri* arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). ASOY genel ve alt boyutları ile *Ölüm* ve *Ölmek* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). SOY indekslerinden sağlık bilgisine ulaşma SOY dışındaki alt boyutlar ve ASOY genel ile *Duyusal İşlevler* arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), sağlık bilgisine ulaşma SOY ile *Duyusal İşlevler* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Genel yaşam kalitesi ile SOY indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 25. Yaşam Kalitesinin Tahmini İçin Eşzamanlı Regresyon Modelinin Açıklaması

Model	B	SE _B	t	p	VIF	R ²
Sabit	64, 629	1, 582	40, 845	<0, 001		0, 274
ASOY Genel	0, 427	0, 057	7, 515	<0, 001	1, 00	

Tablo 25’te yaşam kalitesinin tahmini için eşzamanlı regresyon modelinin açıklaması yer almaktadır. Tabloya göre birbiri ile korelasyonu olan değişkenlerin (ASOY Genel, *Tedavi ve Hizmet SOY*, *Hastalıklardan Korunma SOY*, *Sağlığın Geliştirilmesi SOY*, *yaş*) yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak için yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda; ASOY genel değişkenin yaşam kalitesi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşam kalitesi üzerinde *Sağlık Hizmeti SOY* ($p=0,211>0,05$), *Hastalıktan Korunma SOY* ($p=0,450>0,05$), *Sağlığın Geliştirilmesi SOY* ($p=0,666>0, 05$) ve *yaş* ($p=0,939>0,05$) değişkenlerinin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 25). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının %27,4’ü yaşam kalitesini tahmin etme becerisine sahiptir.

Model:

$$\text{Yaşam Kalitesi} = 64,629 + 0,427 * \text{Genel Soy}$$

5. TARTIŞMA

Yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %52,6'sı erkeklerden, %47,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %69,7'sinin 65-74 yaş aralığında olduğu %30,3'ünün 75-89 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 71,5 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 105'inin (%69,1) evli, %96,7'sinin (147 kişi) çocuğunun olduğu ve ortalama çocuk sayısının 2,96 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %17,8'inin okuryazar, %54,6'sının ilkokul, %8,6'sının ortaokul, %10,5'inin lise, %8,5'unun ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların %98,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

5.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri Bulgularının İncelenmesi

Tablo 5'daki bulgular incelendiğinde yaşlılar “Grip aşısı olmaları gerektiğine karar vermek” “Hangi aşıları olmaları gerektiğine karar vermek”; “İstedikleri zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak” ve “Hangi sağlık taramalarını yaptırmaları gerektiğine karar vermek” sorularında çok zorlandıklarını bildirmişlerdir. “İlaç tedavisinde talimatları takip etmek” ve “Acil bir durumda ambulans çağırmak” ile “Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek” noktalarını ise kolay bulduklarını bildirmişlerdir. Düşük SOY düzeyindeki kişilerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri daha az anladığı, bu hizmetlere daha zor ulaştığı ve bu hizmetlerini daha az kullandığı belirtilmektedir (US Department of Health and Human Services, 2010). Yaşlılara yönelik aşı uygulamalarıyla ilgili eğitimlerin halk sağlığı eğitim programına dahil edilerek yaşlıların bu konuda yeterince eğitilmelerinin sağlanmasıyla bu alandaki zorluğun azalabileceği düşünülmektedir. Genel olarak yaşlı bireylerin spor salonu veya kulübüne katılma alışkanlıklarının olmaması nedeniyle bu konuda karar veremekte zorlanıyor olabilecekleri düşünülmektedir. Bozkurt'un yaşlı bireylerde SOY düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı

araştırmada da bu araştırma ile benzer sonuçlar elde edilirken Abacıgil ve diğerlerinin (2016) daha genç katılımcılarla yaptığı araştırmada bireyler en çok “Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek” noktasında zorlanmaktadırlar (Bozkurt, 2017). Araştırma sonucundaki farklılığın gençlerin bilgiye daha sorgulayıcı yaklaşımlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımları Bulgularının İncelenmesi

Tablo 6’de yaşlı bireylerin ASOY Genel ve alt boyutları puan ortalamaları ve dağılımları incelendiğinde yaşlıların SOY seviyelerinin; %52 oranında yetersiz, %23,7 oranında sorunlu/sınırlı, %15,8 oranında yeterli ve % 8,6 oranında mükemmel düzeyde olduğu bulunmuştur. Buna göre yaşlıların %75,7 ‘sinin yetersiz veya sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Almanya’da HLS-EU anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada da benzer olarak yaşlılar büyük oranda (%66) yetersiz veya sorunlu/sınırlı SOY düzeyindedir (Vogt ve diğerleri 2018). Abacıgil ve diğerlerinin (2016) araştırmasına göre de yaşlıların %42,1’i yetersiz ve %36,8’i sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarıdır. İran’da yapılan benzer başka bir araştırmada ise yaşlıların %35,42’i yetersiz, %36,57’i sorunlu/sınırlı, %24,57’i yeterli, %3,42’i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarıdır (Aryankhesal ve diğerleri, 2019). Hazer, Ateşoğlu’nun (2019) araştırmalarında da yaşlıların %53,7 si sorunlu/sınırlı düzey, %30,4’ü ise yetersiz düzey sağlık okuryazarıdır. Dünya genelinde de bu araştırma ile uyumlu olarak 65 yaş ve üzeri bireylerin yarısı temel düzeyin altında sağlık okuryazarıdır (Kutner ve diğerleri, 2006; Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, 2004; Sørensen ve diğerleri, 2012). Bu durumun yaşlıların eğitim seviyesinin daha düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin alt boyut puan dağılımları incelendiğinde yaşlıların *Sağlık Hizmeti* alanında nispeten daha iyi düzeyde oldukları, *Hastalıklardan Korunma* (%57,9) ve *Sağlığın Geliştirilmesi* (%60,5) alanlarında daha yetersiz oldukları bulunmuştur. *Sağlık Bilgisine Ulaşma* (%67,5) ve *Sağlık Bilgisini Değerlendirme* (%72,4) alanlarında ise *Sağlık Bilgisini Anlama* (%25,7) ve *Uygulama* (%40,8) alanlarına göre daha düşük SOY düzeyindedirler. Bozkurt’un yaşlılar ile yaptığı araştırmada da bu araştırmaya paralel olarak *Sağlık Hizmeti* alanında, *Sağlığın Geliştirilmesi*

alanına göre daha iyi düzeydedirler (Bozkurt, 2017). Ünver (2020)'in Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada da bireylerin *Sağlık Hizmeti* alanında daha iyi düzeyde sağlık okuryazarı oldukları bulunmuştur. Bu durumun mevcut sağlık sisteminin tedavi amaçlı hizmetleri daha fazla desteklemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yaşlılar ile yapılan araştırmalarda bu araştırma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 8'de araştırmaya katılan bireylerin ASOY genel puan ortalaması incelendiğinde yaşlıların genel SOY puanlarının $25,53 \pm 11,18$ olduğu, bulunmuştur. Bu konuda Bozkurt (2017)'un yaptığı araştırmada yaşlıların genel SOY puanı 27,09 iken Yılmaz Kartal'ın (2019) araştırmasında ise bireylerin SOY puanları $28,7 \pm 7,09$ olarak bulunmuştur. Ülkemizde ve Avrupa'da daha genç katılımcılar ile yapılan araştırmalarda bireylerin SOY genel puanları daha yüksektir (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014). Dünya genelinde bütün yaş gruplarında SOY puanlarının istenilenin altında olduğu bu doğrultuda global olarak SOY farkındalık oluşturacak çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.

5.3. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımlarının İncelenmesi

Tablo 9 incelendiğinde 65-74 yaş aralığındaki bireylerin ASOY genel ve alt boyut puan ortalama ve dağılımlarının 75-89 yaş aralığındaki bireylerden yüksek olduğu bulunmuştur. Tabloya göre 65-74 yaş grubu bireyler sınırda sağlık okuryazarıyken, 75-89 yaş grubu bireyler yetersiz sağlık okuryazarıdır. Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda da daha ileri yaştaki bireylerin ASOY genel puan ortalamaları daha düşüktür (Abacıgil ve diğerleri, 2016; Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014). Vogt ve diğerlerinin (2018) HLS-EU anketini kullanarak yine yaşlılarla yaptıkları bir araştırmada ise 76 yaş ve üzerindeki bireylerin daha genç bireylere göre SOY seviyeleri daha düşük bulunmuştur. Bu doğrultuda yurtiçi ve yurtdışı bulguları bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019; Nguyen, 2013; Baker, 2006; HLS-EU Consortium, 2012; IOM, 2004). Bu durumun yaşlıların daha düşük eğitim seviyesinde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. ASOY ölçeği alt boyutları puan ortalama ve dağılımları incelendiğinde 65-74 yaş grubundaki bireylerin '*Hastalıklardan Korunma*' ve '*Sağlık Bilgisini Anlama*' alt boyutları

dışındaki diğer alt boyutlardaki puanları 76-89 yaş grubundaki bireylerden istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksektir. Bu alt boyutlarda da 65-74 yaş grubundaki bireylerin ortalama puanları daha yüksektir fakat farkın anlamlı çıkmamasının araştırmaya katılan kişi sayısının anlamlılık düzeyine yeterli gelmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 10 incelendiğinde erkek ve kadınların ASOY genel ve alt boyut puanlarının yetersiz düzeyde olduğu ve ASOY genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Bozkurt'un yaşlılarla yaptığı araştırmada kadınların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı bulunduğu bildirilmektedir (Bozkurt, 2017). Genç katılımcılarla yapılan bazı araştırmalarda da bu araştırma ile benzer olarak cinsiyet ve SOY arasında anlamlı bir fark olmadığı ve (Abacıgil ve diğerleri, 2016; Hazer ve Ateşoğlu, 2019) bazılarında kadınların daha düşük SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014). Bu durumun araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin eğitim düzeylerinin eşit olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 11'de yer alan medeni durum açısından ASOY genel ve alt boyut puan dağılımları incelendiğinde evli olan grubun ASOY genel puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çimen'in (2015) ve Hazer ve Ateşoğlu'nun (2019) farklı SOY ölçekleriyle yaşlı bireylerle yaptığı araştırmalarda ve Yılmaz Kartal'ın (2019) gençlerle yaptığı araştırmada evli olanların SOY puanları daha yüksektir. Evli bireylerin SOY düzeylerinin daha yüksek olması eşlerin birbirlerine verdikleri sosyal destek ve sağlık bilgisi paylaşımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 12'de yer alan araştırmaya katılan yaşlıların meslek durumlarına göre ASOY genel puan ortalamaları ve dağılımları incelendiğinde ücretli çalışan gruptaki yaşlıların SOY düzeyleri sınırdan iken ev hanımı/işsiz ve serbest çalışan gruplarında bulunan yaşlıların yetersiz düzeyde olduğu bulunmuştur. ASOY alt boyutları puan dağılımları incelendiğinde ise ücretli çalışan bireylerin *Sağlık Bilgisini Değerlendirme* puanı yetersiz düzeyde iken diğer bütün alt boyut puanları sınırlı düzeydedir. Araştırmaya katılan yaşlıların meslek durumuna göre genel SOY ve alt boyutları puan dağılımları ve ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çimen'in (2015) yürüttüğü bir araştırmada yaşlıların SOY düzeyleri çiftçi ve diğer meslek grubunda en düşük, ev hanımı ve devlet memurlarında ise en yüksek olduğu bulunurken, Üçpunar (2014)'ın ASOY ölçeğini kullanarak yetişkinlerle yaptığı araştırmada belirli bir eğitim düzeyi gerektiren işlerde çalışan bireylerin SOY

düzeyleri niteliksiz işlerde çalışan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre yaşlıların meslek durumu ve SOY seviyesi arasındaki ilişkinin eğitim ve ekonomik düzey ile de bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da eğitim ve ekonomik düzeyinin yüksek olduğu ücretli çalışan grubun SOY ve alt boyut puanları diğer meslek gruplarından daha yüksektir.

Tablo 13’de araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumuna göre ASOY genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade edenlerin genel SOY puan ortalamaları yeterli düzeyde, *Sağlık Bilgisini Anlama* altboyut puanları ise mükemmel düzeyde bulunmuştur. Gelir durumunu ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak ifade eden yaşlıların genel SOY ve alt boyut puanları yetersiz düzeyde bulunmuştur. Gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden yaşlıların SOY puanları ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak ifade edenlerinkinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. Durusu Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) yetişkinlerle yaptığı bir araştırmada da bu araştırma ile benzer olarak sosyoekonomik düzey düştükçe SOY düzeyinin de düştüğü görülmektedir. Üçpunar (2014)’ın yaptığı araştırmada ise ekonomik durumunu ‘iyi’ olarak değerlendiren bireylerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Farklı ölçekler kullanılarak farklı yaş gruplarında yapılan birçok araştırmada da gelir durumunu iyi olarak değerlendiren, ekonomik düzeyi daha iyi olan bireylerin SOY puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Özdemir ve diğerleri, 2010; Çimen, 2015; Schaffler ve diğerleri 2018; IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı yaşanan sosyal ortama bağlı edinilebilen bir kabiliyet olabildiği için yaşlıların sosyo-ekonomik düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucu çıkarılabileceği düşünülmektedir.

Tablo 14’de yer alan yaşlıların eğitim durumlarına göre ASOY genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde eğitim durumu gruplarında bulunan kişilerin ASOY genel ve alt boyut puan ortalamaları ve dağılımları istatistiksel olarak birbirinden farklı bulunmuştur. Okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan yaşlıların genel SOY puan ortalamalarının yetersiz düzeyde olduğu, lise ve üniversite mezunu olanların ise yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur. Farklı yaş gruplarında veya farklı SOY ölçekleri ile yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların SOY puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014; Abacıgil ve diğerleri, 2016; Öztaş, 2018; Çimen, 2015; Bozkurt, 2017; HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Ha Nguyen ve diğerleri, 2013; IOM, 2004; Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Eğitim düzeylerinin

artmasıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabildiği, anlayabildiği ve bu bilgileri daha kolay değerlendirebildiği ve nedenle SOY düzeyinin arttığı düşünülmektedir (Güven, 2016).

Tablo 15’de yer alan çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları incelendiğinde ASOY genel puanı üzerine etkileri olduğu saptanan yaş, meslek, sosyal güvence, gelir, eğitim ve çocuk sayısı değişkenleri incelenmiş ve modelde sadece eğitim durumu ($p=0,002$) ve sağlık güvencesi ($p=0,040$) değişkenleri anlamlı olarak yer bulabilmiştir. Bu verilere göre ASOY genel puanı üzerinde en çok eğitim durumu ve sosyal güvence değişkenlerinin etkili olduğu bulunmuştur. Çimen’in (2015) yaşlılarla yaptığı bir araştırmada ise sağlık okuryazarlığı ölçeğini etkileyen yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim gibi değişkenler arasında en fazla etkili olan değişkenin yaş olduğu belirtilmektedir. Ünver’in (2020) Tip 2 diyabetli yetişkinlerle yaptığı araştırmada ise genel SOY puanını etkileyen yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi gibi değişkenler arasında en fazla etkili olan değişkenin eğitim durumu olduğu belirtilmektedir. Okuryazarlığın, eğitimle ilgili bir dizi kabiliyet olduğu ve sağlığın en önemli bağlantısının eğitim olduğu ek olarak eğitimin sağlık üzerinde nedensel bir ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (Kirsch, 2001; Grossman ve Kaestner, 1997; House ve diğerleri, 1994). Bu durumun bireylerin eğitim seviyelerinin artması ile bilgiye erişim ve bilgiyi uygulama kabiliyetlerinin artması ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili konularda söz sahibi olabilmesiyle ilişkili olarak SOY düzeylerinin yüksek olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir (Ünver, 2020).

5.4. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımları Bulgularının İncelenmesi

Tablo 16’da yer alan yaşlı bireylerin genel yaşam kalitesi ve *Duyusal İşlevler, Özerklik, Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri, Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek, Yakınlık* alt boyutlarının ortalama puanlarının dağılımı incelendiğinde bireylerin genel yaşam kalitesi ortalama puanının $75,53 \pm 9,13$ olarak bulunduğu görülmektedir. WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan ($16,35 \pm 2,54$) *Yakınlık* alt boyunda, en düşük puan ($7,37 \pm 3,35$) ise *Ölüm ve Ölmek* alt boyundadır. Çıbık (2016) tarafından büyük çoğunluğu kronik hasta olan yaşlılarla yapılan bir araştırmada ise bu araştırma ile paralel

olarak yaşlıların genel yaşam kalitesi ortalama puanı $74,5 \pm 12,9$ olarak belirtilmiştir. Çıbık'ın araştırmasında en yüksek puan ortalaması *Yakınlık* ($15,8 \pm 2,8$) alt boyutunda, en düşük ise *Ölüm ve Ölmek* ($7,9 \pm 3,3$) alt boyutundadır. Doğan'ın kronik hastalığı olmayan bireylerle yaptığı araştırmada bireylerin yaşam kalitesi ortalama puanı 71.73 ± 18.65 'tir ve bu araştırmada farklı olarak bireyler *Ölüm ve Ölmek* alt boyutu en yüksek, *Sosyal Katılım* alt boyutu en düşük puan olduğu belirtilmiştir, bu farklı bireylerin kronik hastalığının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Doğan, 2018). İran'da yapılan bir araştırmada bireylerin genel yaşam kalitesi puanı $77,72 \pm 10,44$ olarak belirtilmiş ve bu araştırmaya benzer olarak bireyler *Ölüm ve Ölmek* ($10,89 \pm 4,10$) alt boyutunda en düşük puanı alırken en yüksek puan *Duyusal İşlevler* ($13,98 \pm 3,16$) alt boyutundadır (Rezaeipandari, 2020). Çin'de yapılan bir araştırmada ise yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalaması $73,01 \pm 11,99$, 'tir (Zhang ve diğerleri, 2018). Eser ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise genel yaşam kalitesi puan ortalaması 56.02 ± 11.86 'dır. Katılımcıların en yüksek ve en düşük puan aldıkları alt boyutlar ise bu araştırma ile benzerdir (Eser ve diğerleri 2010). İslami bakış açısıyla ölüm, korku ve endişeye sebep olacak bir durum değildir. Ölüm ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ifade eden *Ölüm ve Ölmek* alt boyut puanlarının bu araştırmada bu durumla ilişkili olarak düşük çıktığı düşünülmektedir. Bu araştırmada ve ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda bireylerin kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini ifade eden *Yakınlık* alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun ülkemizin kültürel özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.5. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Dağılımlarının İncelenmesi

Tablo 17'de yer alan bireylerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalama ve dağılımları incelendiğinde; yaşlılarda yaş ile genel yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken sadece *Sosyal Katılım* alt boyutunda 65-74 yaş grubundakilerin puanları, 75-89 yaş grubundakilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Buna göre daha yaşlı bireylerin toplum içindeki gündelik faaliyetlere katılmakta zorluk çekebileceği düşünülmektedir. Bulu (2018) tarafından yapılan bir araştırmada yaş ile genel yaşam kalitesi

ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken bazı araştırmalarda *Duyusal İşlevler* alt boyut puanının daha ileri yaşlardaki bireylerde daha düşük olduğu bulunmuştur (Söylemez, 2020; Aydın ve diğerleri, 2012; Doğan, 2018). Bilgili ve Arpacı (2014) tarafından yapılan bir araştırmada ise daha ileri yaşta *Duyusal İşlevler* puanı daha yüksektir. Bu araştırmada genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ileri yaşta daha düşük olmasına rağmen katılımcı sayısından kaynaklı olarak ilişkinin anlamlı çıkmadığı düşünülmektedir. Araştırma verilerinin toplandığı tarihler yaşlı bireylerin sosyal olarak kısıtlandığı covid-19 pandemisi dönemine denk geldiği için daha yaşlı katılımcıların toplumsal gündelik yaşam faaliyetlerinin kısıtlandığı ve *Sosyal Katılım* alt boyutundaki farkın bu durumdan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 18’de araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyete göre genel yaşam kalitesi ve alt boyut puanları incelendiğinde genel yaşam kalitesi ile *Özerklik* ve *Sosyal Katılım* alt boyutu dışındaki alanlarda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Erkeklerin *Özerklik* ve *Sosyal Katılım* puanlarının kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Eser (2010) ve arkadaşları ve Söylemez (2020) tarafından yapılan araştırmada da genel yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı fakat Eser (2010)’in araştırmasında erkeklerin *Özerklik*, *Sosyal Katılım* ve *Yakınlık* alt boyut puanlarının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Çıbık (2016) ve Arslantaş (2006) tarafından yapılan araştırmalarda da erkeklerin genel yaşam kalitesi puanları kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın olmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur (Bulu, 2018; Altay ve diğerleri, 2016; Tavşanlı 2013). Erkek ve kadın cinsiyetine özel toplumsal rollerin, erkek ve kadınla ilgili fizyolojik ve psikolojik faktörlerin bu sonuçların ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir ve cinsiyet faktörünün yaşam kalitesine etkisiyle ilgili daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir (Tavşanlı, 2013).

Tablo 19’da araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumlarına göre genel yaşam kalitesi ve alt boyut puanları incelendiğinde evli olanların genel yaşam kalitesi ve *Yakınlık* alt boyutu puanları evli olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bazı araştırmalarda evli olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek iken (Aydın ve Karaoğlu 2012; Özyurt, 2007; Arpacı ve diğerleri 2015) bazı araştırmalarda medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Bulu, 2018; Söylemez, 2020; Çıbık, 2016). Evlilerin yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olması, yaşlıların evlerinde duygusal ve sosyal anlamda kendilerine yakın olan birileriyle yaşamaları ve birbirlerine destek

olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Altay ve diğerleri, 2016). Evli yaşlıların daha kolay kişisel ve özel ilişkiler kurabilmelerinden dolayı *Yakınlık* alt boyutunun yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 20’da yer alan yaşlıların meslek durumuna göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puanları incelendiğinde; ücretli çalışan yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ile *Özerklik*, *Geçmiş*, *Bugün* ve *Gelecek Faaliyetleri* puanları ev hanımı/işsiz ve serbest çalışanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Literatürde meslek ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamış, meslek ile bağlantılı olarak yaşam kalitesi ile ekonomik durum ve eğitim durumu arasındaki ilişkilerin incelendiği görülmüştür. Bu araştırmada ücretli çalışan gruptaki yaşlıların daha düzenli gelire sahip olabileceği ve gelecek kaygısını daha az yaşayabileceği bu durumun yaşam doyumlarını arttırabileceği ve geleceğe bakışlarını iyileştirebileceği bununla ilişkili olarak da *Geçmiş*, *Bugün* ve *Gelecek Faaliyetleri* puanlarının ücretli çalışan grupta daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 21’de yer alan yaşlıların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalama ve dağılımları incelendiğinde gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden yaşlıların genel yaşam kalitesi, ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak ifade edenlerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yine Gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden yaşlıların *Geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri* alt boyut puanları gelir durumunu ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı (Paskulın ve diğerleri, 2007; Knesebeck ve diğerleri, 2007; Erkal ve diğerleri 2011; Bilgili ve Arpacı, 2014; Batkın ve Sümer, 2010) bazı araştırmalarda da gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir (Çıbık, 2016). Ekonomik koşulların en önemli sağlayıcısı olan gelir durumunun; bireylerin sağlıkları, yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde önemli göstergelerden biri olduğu belirtilmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Gelir düzeyini ‘iyi’ olarak ifade eden grubun yaşam doyumlarının daha iyi olabileceği ve böylece geleceğe bakışlarının daha olumlu olabileceği bununla ilişkili olarak da *Geçmiş*, *Bugün* ve *Gelecek Faaliyetleri* puanlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 22’de yaşlıların eğitim durumuna göre genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, farklı eğitim grubundaki yaşlıların

genel yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. En düşük genel yaşam kalitesi puanları sadece okuryazar olanlarda, en yüksek ise üniversite ve üstü eğitim alan yaşlılarda bulunmuştur. Sadece okuryazar olanların *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* puanları, daha yüksek eğitim seviyesindeki yaşlılardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. İlkokul mezunu olanların *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* puanları lise mezunu olanlardan anlamlı ölçüde düşük bulunurken lise mezunu olanların *Duyusal İşlevler* ve *Özerklik* ile *Yakınlık* puanları sadece okuryazar olan yaşlılardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Söylemez (2020)' in yaptığı bir araştırmada ilkököl ve üstü eğitim düzeyindekilerin genel yaşam kalitesi puanlarının okuryazar olmayanlar ile ilkököl mezunlarından anlamlı olarak yüksek çıktığı bildirilmiştir. Başka bir araştırmada eğitim seviyesi yüksek olan yaşlıların *Duyusal İşlevler*, *Yakınlık*, *Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri*, *Sosyal Katılım*, *Ölüm ve Ölmek* alt boyut puanları daha yüksektir (Bilgili ve Arpacı, 2014). Yapılan farklı araştırmalarda da eğitim seviyesi yüksek olanların yaşam kalitesi puanlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (Arpacı ve diğerleri, 2015; Campos ve diğerleri, 2014; Yağcıoğlu, 2013; Lucas-Carrascove Romano, 2010). Eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla bireylerin daha yüksek gelire sahip olması, daha nitelikli işlerde çalışması, daha iyi sosyal ağ ve ilişkiye sahip olması ve bunlarla bağlantılı olarak da yaşam kalitelerinin daha yüksek olması beklenmektedir (Tavşanlı, 2018; Aydıner Boylu ve Terzioğlu, 2007).

5.6. Yaşlıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Anketi Genel ve Alt Boyutları ile Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Anketi Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Dağılımlarının İncelenmesi

Tablo 23'de yaşlıların yaş, çocuk sayısı, hastalık sayısı ile genel yaşam kalitesi ve alt boyutları ile ASOY genel ve alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş değişkeni ile yaşam kalitesi alt boyutlarından olan *Sosyal Katılım* ve ASOY genel ve bütün alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı değişkeniyle ise genel yaşam kalitesi ve alt boyutlarından olan *Duyusal İşlevler*, *Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri* arasında ayrıca ASOY genel ve alt boyutlarından olan *Sağlık Hizmeti*, *Hastalıklardan Korunma*, *Sağlık Bilgisine Ulaşma*, *Sağlık Bilgisini Değerlendirme*

arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalık sayısı ile ASOY ve yaşam kalitesi genel ve alt boyutları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Arpacı (2015) ve diğerleri tarafından huzurevlerinde yapılan bir araştırmada genel yaşam kalitesi ve tüm alt boyut puanları ile çocuk sayısı arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir. Söylemez (2020) tarafından yapılan bir araştırmada ise yaşam kalitesinin *Yakınlık* alt boyutunda çocuğu olmayanlar ile 10 ve daha fazla çocuğu olanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmektedir. Hastalık sayısı ile SOY ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmaması katılımcıların hastaneye başvuran hasta bireyler olmasından ve hastalık sayılarının benzer olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 24’de yaşlıların ASOY genel ve alt boyut puanları ile genel yaşam kalitesi ve alt boyutları puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre yaşlıların ASOY genel puanları ile genel yaşam kalitesi puanları ve *özerklik*, *sosyal katılım* ve *yakınlık* alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. *Geçmiş*, *Bugün* ve *Gelecek Faaliyetleri* arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ASOY genel ve *Sağlık Bilgisine Ulaşma* dışındaki alt boyutlar ile *Duyusal İşlevler* arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, *Sağlık Bilgisine Ulaşma* ile *Duyusal İşlevler* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Genel yaşam kalitesi ile SOY alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İran’da yaşlılarla yapılan, SOY ve yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada genel SOY ve genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir. Aynı araştırmada yaşam kalitesi ile SOY alt boyutlarından olan *Sağlık Bilgisine Ulaşma*, *Sağlık Bilgisini Anlama*, *Sağlık Bilgisini Değerlendirme*, *Sağlık Bilgisini (Karar Verme) Uygulama* arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Aryankhesal ve diğerleri 2019). Ülkemizde ASOY ölçeği kullanılarak kronik hastalığı olan yetişkin bireylerle yapılan başka bir araştırmada da katılımcıların yaşam kalitesi algısı ile ASOY puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Kartal, 2019). Diyabetli olan ve olmayan bireylerde SOY ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada ise SOY ile yaşam kalitesi arasında zayıf, istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki vardır (Shayan, 2018). 2008 yılında aile eğitimi kliniğinde yapılan bir araştırmada düşük SOY düzeyleri düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkilidir (Wallace ve diğerleri, 2008). Başka bir araştırmada ise daha yüksek düzey sağlık okuryazarı olan hastalar daha iyi yaşam kalitesi puanlarına sahiptir (Wang ve

diğerleri, 2017). İskemik kalp hastalığı olan bireylerde SOY ile yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada ise düşük SOY olan hastaların yaşam kaliteleri düşüktür (González-ChicaD.A, ve diğerleri, 2016). SOY ve yaşam kalitesiyle ilgili farklı popülasyonlarda yapılan bazı araştırmalarda SOY ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki varken (Lee ve diğerleri 2016; Naimi ve diğerleri 2017; Shi ve diğerleri 2017), bazılarında ilişki yoktur (Montbleau ve diğerleri, 2017; Yehle ve diğerleri 2016). Düşük SOY seviyesinin kötü hastalık yönetimiyle ve bununla bağlantılı olarak daha kötü genel sağlık durumu ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 25’de ASOY genel ve alt boyutlarından olan *Sağlık Hizmeti, Hastalıklardan Korunma, Sağlığın Geliştirilmesi* ve yaş değişkenlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırılmak için yapılan çoklu regresyon analiz sonuçları incelendiğinde; genel SOY değişkeninin yaşam kalitesi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Şekil 2’deki model incelendiği genel yaşam kalitesinin %27, 4’ünün SOY ile açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Şekil 2). Aryankhesal ve diğerleri (2019) tarafından İran’da yapılan bir araştırmada ise yaşam kalitesinin %31,98’i SOY tarafından açıklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik günlük hayatlarında sağlıkla ilgili karar almak için gerekli olan sağlık bilgisine erişmeyi, sağlık bilgisini değerlendirmeyi, bu bilgiyi anlamayı ve uygulamayı sağlayacak motivasyon ve kabiliyet olmasının araştırma sonucunu açıkladığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlıların sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda:

- Araştırmaya katılan yaşlıların çoğunun 65-74 yaş aralığında, erkek, evli, çocuk sahibi, ilkokul mezunu, gelir düzeyi orta seviyede olan bireyler olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların ASOY-TR genel puan ortalamalarının yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların farklı tedavi seçenekleri ve farklı doktorlardan görüş almak konularında, aşı ve sağlık taramaları yaptırmak gibi koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaya kararı vermek konularında en çok zorlandıkları saptanmıştır.
- Yaşlıların ASOY-TR alt boyutlarından *Sağlığın Geliştirilmesi*, *Sağlık Bilgisine Ulaşma* ve *Sağlık Bilgisini Değerlendirme* alanlarında daha yetersiz düzeyde oldukları belirlenmiştir.
- Yaş, meslek, gelir durumu, eğitim seviyesi değişkenlerinin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İleri yaşta olan, ücretli çalışmayan, gelir durumu kötü olan ve eğitim seviyesi düşük olan yaşlıların SOY seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Regresyon analizi modeline göre eğitim durumunun SOY puanında en etkili değişken olduğu belirlenmiştir.
- WHOQOL-OLD ölçeğinin ortalama genel yaşam kalitesi puanının $75,53\pm9,13$ olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından Yakınlık alanında en yüksek, Ölüm ve Ölmek alanında en düşük puan aldıkları saptanmıştır.
- Medeni durum, meslek, gelir durumu, eğitim seviyesi değişkenlerinin yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olmayan, ücretli çalışmayan, eğitim seviyesi ve gelir durumu daha düşük olan yaşlıların genel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlılarda ASOY genel ve genel yaşam kalitesini düzeylerinin birbiriyle pozitif yönlü zayıf ilişkili olduğu ve genel yaşam kalitesinin %27,4'ünün SOY ile açıklandığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini göz önünde bulundurmalarıyla daha etkili sağlık hizmeti sağlanabilir.
- Yaşlılara daha kolay erişilebilecek, anlaşılabilir ve kullanılabilir sağlık hizmeti sunumu sağlanarak yaşlıların tedavileri ile ilgili konularda daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve

sağlıkları ile ilgili konularda daha kolay karar verebilmelerine olanak tanınabilir.

- Yaşlılara özel, eğitim düzeyleri de dikkate alınarak sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de içeren kapsamlı, anlaşılır eğitimler planlanabilir.
- Daha ileri yaşta, eğitim seviyesi düşük, evli olmayan, gelir durumu kötü olan yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirmeye yönelik stratejiler geliştirilebilir, uygulanabilir ve değerlendirilebilir. Temel eğitim ve okuryazarlığın desteklenmesi ile SOY düzeyleri arttırılabilir.
- Düşük yaşam kalitesi açısından riskli bulunan evli olmayan, gelir durumu kötü, düşük eğitim seviyesinde olan yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik bireysel ve toplumsal stratejiler geliştirilebilir, yaşlılara sosyal ve ekonomik destek sağlanabilir.
- Yaşlıların SOY düzeyleri ile daha uyumlu sağlık hizmeti verilebilir ve dolay olarak yaşam kalitesini düzeylerinin artması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. Okyay P, Abacıgil F, editörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025. s.21-41
2. Adams DD, Edelson PJ, Koren HS. (1981) Methods for Studying Mononuclear Phagocytes San Diego, Academic Press. s.78-96.
3. Akça KN, Taşçı S. (2005). 65 yaş üstü Yaşlılara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 14: 30-6.
4. Akdemir N, Akyar İ. (2009). Geriatri Hemşireliği *Akad Geriatri* ;1: 73-81
5. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. (2019). Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları' İzbirak G, Editör. *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-15.
6. Alagöz Etki Z. (2020). *Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyon
7. Alexandre, T. D. S.,Cordeiro, R. C., Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*. 43: 613-621.
8. Altay B. , Çavuşoğlu F.,Çal A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 15(3) DOI: 10.5455/pmb.1-1438765038
9. American Medical Association (AMA) (2004) Health Literacy a Manual for Clinicians, *AMA Foundation Press, USA*
10. American Medical Association (AMA). (1999). Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281: 552-557.

11. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. (2015). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015, 1: 1-11.
12. Arpacı F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları ;33-40.
13. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi. Tıp Dergisi*, 28 (2):81-89
14. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, Ranaei A, Kalteh EA, Naghdi B. (2019). Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *J Educ Health Promot.* 29;8:225. doi: 10.4103/jehp.jehp_310_19. PMID: 31867389; PMCID: PMC6904942.
15. Aslan M, Hoccoğlu Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilgili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / Inst ISSN: 2146-443X ;7(1): 53-62*
16. Avcı, K.,Pala, K.. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 81-85.
17. Aydın S, Karaoğlu L. (2012). Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4): 24-33.
18. Aydın Boylu, A, Paçacıoğlu, B. (2016).Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* ,8(15),137-150.DOI: 10.20990/kilisiibfakademik.266011
19. Aydın Boyu A., Terzioğlu Günsel R., (2007) *Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi*. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel müdürlüğü yayınları: Bilim serisi 130.sayı/ T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Genel Yayın, Türkiye
20. Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of healthliteracy. *Journal of General Internal Medicine* 21; 878–883
21. Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.

22. Balçık P.Y., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014) Sağlık Okur-Yazarlığı, *TAF Preventive*,
23. Batkın D., Sümer H. (2010). Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*. 20(2), 31- 39.
24. Baur C. (2010). *National action plan to improve health literacy*; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion, ss: 7-8
25. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 15:67.
26. Beğer T. (1998). *Yaşlanma ve Yaşlılık*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu İstanbul 12-13 Kasım:9-13.
27. Beğer T. (2003) *Geriatrik Yaş grubunda Fizyolojik Değişiklikler* 5.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi
28. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, (et al.) (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*; No:199. AHRQ publication number 11-E006.
29. Bilgili, N., Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 59(2), 415-421.
30. Bilir N., (2005). *Türkiye’de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler*. 1.baskı. Arıoğlu S. editör. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Mn Medikal& Nobel; s. 3-9, 2005.
31. Bowling, A., Gabriel Z. (2007). Lay Theories Of Quality Of Life In Older Age. *Ageing & Society*, 2007, 27, 827-848
32. Bozkurt H. (2017). *Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.

33. Bulu Y. G. (2018). *Geriatrik Bireylerde Ambulasyon Seviyesinin Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Mental Durumları ile İlişkisinin İncelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep.
34. Bumin G, Kırdı N, Kayıhan H. (2006). Geriatrik yaş grubunda yaşam kalitesi değerlendirmesi. Arıoğlu S Ed. *Geriatry ve Gerontoloji* 2006; 221–231.
35. Campos A. C. V., Ferreira, E. F., Vargas A. M. D., Albala C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian communityd welling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1),1.
36. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. (2016). Health literacy and older adults: a systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*;2:1-13.
37. Couture ve diğerleri, (2017). Therelationship Between Healthliteracy And Quality Of Life Among Frequen Tusers Of Health Care Services: A Cross-Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes* 15:137 DOI 10.1186/s12955-017-0716-7
38. Çatı K., Karagöz Y., Yalman F., Öcel Y. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67- 88.
39. Çetin Erden M. (2020). *Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir
40. Çıbık B. (2016). *Yaşlılarda Polifarmasi Yaygınlığı, İlaç Etkileşimi, İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Çanakkale.
41. Çiftçi F. R. (2019) . *65 yaş üstü kadınlarda tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri*. Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
42. Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir
43. Çopurlar CK, Kartal M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016; 10(1).

44. Demir, G.,Ünsal, A., Arslan, GG., Çoban, A. (2013). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*; 2(1)
45. Demirsoy A.,Bozcuk N. (1997). *Ölümün Evrensel Öyküsü*. Geriatri I,
46. Deniz S. (2018). *Malatya ili akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi
47. Deniz S.,Öztaş D., Akbaba M. (2018). Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi' *Sakarya Tıp Dergisi*;8(2):214-228
48. Dharmarajan TS, Ahmed S, Adapa SR. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment.'In: Dharmarajan TS, Norman RA, editors. *Clinical Geriatrics*, London: The Parthenon Publishing Group: 23–35.
49. Doğan S.,(2018). *Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bakım, Yaşam Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kars
50. Dönmez G. (2010). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
51. Durusu Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. (2014) 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.' 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 96 p.
52. Ehmann A, Groene O.,Rieger M., Siegel A. (2020). The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. ; 17(5): 1683. Published online 2020 Mar 5. doi: 10.3390/ijerph17051683
53. Er D. (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* ;4(11):131-144
54. Ercan Şahin N. (2015). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
55. Erdal B. (2008). *Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa
56. Ergin K. (1992). Yaşlanma ile İlgili Fizyolojik Değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;8;2: 75-81.

57. Erkal, S.,Şahin, H. , Sürgit, E. B. (2011). Huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi ile demografik ve kazaya ilişkin özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, , 14(1), 45-53.
58. Ertan T. (1966). *Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği'nin 60 Yaş Üzeri Türk Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik İncelemesi*. Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
59. Eser S. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21(1): 37-48
60. European Commission Together for Health: *A Strategic Approach for The EU 2008-2013*. Com (2007) 630 final 2007.
61. Eyüboğlu C.,Şişli Z., Kartal M. (2016). Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. *Turkish Family Phycsian*;3 (1)
62. Gedik G, Ülger Z. (2015). *Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Minicog Testinin Minimental Teste Göre Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
63. González-ChicaD.A, Mnisi Z.,Avery J., Duszynski K., Doust J., Tideman P., Murphy A., BurgessJ, Beilby J, Stocks N. (2016). Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian *General Practice*. DOI:10.1371/journal.pone.0151079
64. Grossman M, Kaestner R. (1997). The effects of education on health. In: *The Social Benefits of Education*. Behermean R, editor; , Stacey N, editor. , Editors. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press. Pp.69–123.
65. Gülay D. (2010). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bolu
66. Güven A. (2016) *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara

67. Hazer O, Ateşoğlu L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. Akdemir N, editör. *Geriatric ve Gerontolojiye Disiplinlerarası Yaklaşım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.48- 56.
68. Healthy People (2010): *Understanding and Improving Health*. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington DC: US Government Printing Office
69. Henriques A.,Silva S., Severo M. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive Medicine* Volume 135, 106073 <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106073>
70. HHS (U.S. Department of Health and Human Services). (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services
71. House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. (1994).The social stratification of aging and health. *Journal of Health & Social Behavior*.35: 213–234.
72. Howarth A, Shone GR. (2006). Ageing and the auditory system. *Postgrad Med J* 2006;82:166- 71.
73. Hussenoeder Felix S.,Conrad I., Roehr S.,Fuchs A., Pentzek M., Bickel H., Moesch E., Weyerer S., Werle J.,Wiese B., Mamone S., Brettschneider C., Hesel K, Kleineidam L., Kaduszkiewicz H., Eisele M., Maier W., Wagner M., Scherer M., König H.H.,Riedel-Heller S. G. (2020). Mild Cognitive Impairment And Quality Of Life In The Oldest Old: A Closer Look. *Qual Life Res.*; 29(6): 1675–1683.
74. Ido J. (2016). *Huzurevinde Yaşayan Geriatriklerde Uyku Düzeninin Mobilite ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
75. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): *National Academies Press (US)*; 2004. p.65- 81.
76. IOM, (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: *National Academies Press*
77. İlhan ve diğerleri, (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Clin Exp Health Sci*; 6(2): 56-65

78. Kanj M, Mitic W. (2009). Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. *Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document*, 16, ss: 1-46
79. Karadakovan A. (ed.), Eti Aslan F. (ed.), Karadakovan A. (2011). *Yaşlılık ve Bakım: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Nobel Kitabevi Adana:119-141.
80. Kirsch IS. (2001). *The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured* Princeton, NJ: Educational Testing Service.
81. Knesebeck Von Dem, O., Wahrendorf, M., Hyde, M., Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing and Society*. 27: 269-284.
82. Koldaş L. (2017). Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? *Türk Kardiyoloji Derneği Ars*;45 Suppl 5: 1–4 doi: 10.5543/tkda.2017.40350)
83. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003. *National Assessment of Adult Literacy*. Erişim 7.04.2021 <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.
84. Lee EH, Lee YW, Moon SH. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nurs Res.*;10(1):82–7.
85. Lucas-Carrasco Ramona (2010). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15:5, 595-604, DOI: 10.1080/13607863.548054
86. Luleci, E., Hey, W., Subası, F. (2008). Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 46: 57-66.
87. MancusaMJ. Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences* 2008;10: 248-255.
88. Montbleau KE, King D, Henault L, Magnani JW. (2017). Health literacy, health-related quality of life, and atrial fibrillation. *Cogent Med*. 2017;4:1412121.

89. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. (2017) *Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016*. *Electron Physician*. ;9(11):5712–20.
90. Nalbant S. (2008). Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. *Nobel Medicus Online Dergi* [Erişim tarihi 21.04.2012]. Erişim adresi: www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm.
91. Nguyen T., Kirk J., Arcury T., Ip E., Grzywacz J. G., Saldana S. J., Bell R. A. (2013). Cognitive function is a risk for health literacy in older adults with diabetes' *Diabetes Research and Clinical Practice*, 145-147
92. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. (2004). Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): *National Academies Press (US)*; p.65- 81.
93. Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promot. Int.* 13 (4): 349-364
94. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3):259-267
95. Ong-artborirak P., Seangpraw K. (2019). Association Between Self-Care Behaviors and Quality of Life Among Elderly Minority Groups on the Border of Thailand. *J Multidiscip Healthc*. 12: 1049–1059. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6924579/>)
96. Ölmez, E., H., Barkan, O., B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, IV, 8: 121-127.
97. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. 1;25(3):464–77
98. Özerdoğan Ö, Yüksel B, Çelik M, Oymak S, Bakar C. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turk JPH*. 2018; 16(2): 90-105.
99. Özerkan Çakan F. (2017). İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler Changes in cardiovascular physiology in the elderly. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2017;45 Suppl 5: 5–8 doi: 10.5543/tkda. 89856

100. Öztaş Ö. (2018). *Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli
101. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*;10(3):117- 123.
102. Palmer RM. (1999). Geriatric Assessment.' *Medical Clinics of North America* 83(6): 1503–23.
103. Paskulin, L. M. G.,Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*. 29: 10-26.
104. Pehlivan S. Karadakovan A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences*;2 (3)
105. Rezaeipandari H.,Morowatisharifabad M. A., Mohammadpoorasl A., Shaghaghi A. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the World Health Organization quality of life-old module (WHOQOL-OLD) for Persian-speaking populations' *Health Qual Life Outcomes*. 18: 67.*Health Qual Life Outcomes*.; 18: 67. Published online Mar 11. doi: 10.1186/s12955-020-01316-0
106. Richmond M ve diğerleri, (2019). *Margarete The Global literacy challenge: a profile of youth and adult literacy at themid-point of the United Nations Decade 2003-2012*. Erişim;08.03.2019, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000163170>
107. Safeer ve Keenan. (2005). U.S. Department of Health and Human Services
108. Samancı Tekin Ç.,Kara F., (2018). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık.*Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi* (IBAD). Yıl 2018, Cilt 3, Sayı 1, S: 219 – 229,<https://doi.org/10.21733/ibad.370584>
109. Sarıyar S.,Kılıç H. F., (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(2), 126-131
110. Saygun M, Eser E. (2012). Yaşlılık Döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz? “Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler” içinde. (Eds) Aslan D, Ertem M. Ankara, *HASUDER Publishing*, ISMN:978-975-97836-1-7.

111. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, Lambert SD. (2018). The Effectiveness of Self Management Interventions for Individuals with 73 Low Health Literacy and/or Low Income. A Descriptive Systematic Review *J Gen Intern Med*- 33(4):510-523. doi: 10.1007/s11606-017-4265-x.
112. Sedat D. (2018). *Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bakım, Yaşam Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kars, 2018
113. Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S., Parker, R.M. (2000). Health literacy; current bibliographies in medicine; *National Institute of Health CBM*. U.S. Department of Health and Human Services, 1-33.
114. Sezer A, (2012). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İSTANBUL
115. Sezer C., Karadeniz G., (2018) Hastane Olgusuna Atfedilen Metaforik ve Açık Anlamlar Üzerinden Sağlık Hizmeti Algisinin Belirlenmesi ve Analizi, *Peşforma* №4(80)
116. Sezgin D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*: 73-92.
117. Shayan N. A. (2018). *Diyabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, ANKARA
118. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R. (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Intern Emerg Med*. 12(6):765–76.
119. Simonds, S. K. (1974). Health Education As Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1), pp: 1-10.).
120. Smith JL, Haggerty J. (2003). Literacy in primary care populations: is it a problem? *Canadian J Public health = Revue canadienne de sante publique*. 94(6):408–12.

121. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*;25;12: 80.
122. Soyuer F., Soyuer A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 15 (3) 219-224
123. Söylemez F. (2020). *Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler* ‘İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Malatya
124. Sözen F., (2014). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara,
125. Sözen F., Çolak MY., Ersoy K. (2020) Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *Jour Turk Fam Phy*; 11 (4): 191-199. Doi: 10.15511/tjtfp.20.00491.
126. Steiner H ve diğerleri, (1996) Hemebinding to a conserved Cys-Pro-Val motif is crucial for the catalytic function of mitochondrial hemelyases. *J Biol Chem* 271(51):32605-11
127. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). *Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi*. Erişim:09.02.2021 <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
128. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*. Ankara,
129. Taş AT, Akış N. (2016) Sağlık okuryazarlığı. *STED*. 04 22;25(3):119-24.
130. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25: 93-100.
131. Taylor R M., Gibson F., Franck L S. (2008). A Concept Analysis Of Health Related Quality Of Life in Young People With Chronic illness. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1823-1833.

132. Temel A.,Çimen U. (2007). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3):105-125.
133. The WHOQOL Group. (1994). The Development of the World Health Organisation Quality of LifeAssessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. *Heidelberg: Springer Verlag*, 41–57.
134. TÜİK (2020). *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar*. Sayı: 37227. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>
135. Tümerdem Y. (2006). Editöre Mektup. Gerçek Yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*; 9 (3): 195-196
136. U.S. Department of Education (2002). Adult Literacy in America, a First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey. *National Center for Education Statistics*, pp: 16.
137. United Nations Educational Scientific And Cultural Organization (Unesco) (2003 – 2012). *The Global Literacy Challenge A Profile of Youth and Adult Literacy at he Mid-point of the United Nations Literacy Decade*. Erişim:[<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>], Erişim tarihi: 07.04.2021.
138. United Nations, (2019) *World Population Ageing* <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.
139. US Department of Health and Human Services, and Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National action plan to improve health literacy*. Washington, DC.
140. Üçpınar E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
141. Ünver S. (2020) *Aile sağlığı merkezine kayıtlı tip 2 diyabetes mellitus hastalarının diyabet ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi , Afyon

142. Vogt D., Schaeffer D., Messer M., Berens M., Hurrelmann K. (2018). Health literacy in old age: result of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*; 33:739–747 doi: 10.1093
143. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. (2008) Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med*. 101(5):35–9.
144. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*. ;16(1):58.
145. WHO (1988). *Health Promotion Glossary*, WHO Health Education and Health Promotion Unit, pp: 10, Switzerland.
146. WHO (1998). *A population aged 65 and above*. <http://www.who.org/whr/1998/age-97-e.gif>.
147. WHO (2013) *Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Erişim :08.06.2021
148. WHO (2015). *World report on Ageing and Health. Active Ageing: A Policy Framework Geneva* [http://www.who.int/ageing], Erişim tarihi: 06.04.2020.
149. WHO (World Health Organization). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Erişim: 24.01.2021
150. Wurm S, Tesch-Römer C, Tomasik MJ. (2007). Longitudinal Findings On Aging-Related Cognitions, Control Beliefs, and Health In Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 62(3):156-164.)
151. Yağcıoğlu, R. (2013). *Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
152. Yasavul Ü. (ed.), Arıoğlu S. (2003). Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler: *Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara –ss:812-819.
153. Yehle KS., Plake KS., Nguyen P., Smith D. (2016). Health-related quality of life in heart failure patients with varying levels of health literacy receiving telemedicine and standardized education. *Home Healthc Now*. ;34(5):267–72.

154. Yıldırım B.,Özkahraman Ş., Ersoy S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 2(2): 19-23
155. Yılmaz Kartal İ. B. (2019). *Kronik Hastalığı Olan Bğreylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu ile İlişkisi*. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum,
156. Yılmaz M.,Tiraki Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?' *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 9(4), 142-147.
157. Yılmaz A. (2013). *Dünyada ve Türkiyede Yaşlılarda Demografik Değişiklikler*. In: *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*, Altındış M. (Ed), İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2-9.
158. Zhang X.,Xia R., Wang S., Xue W., Yang J., Sun S., Zhuang G. (2018). Relative Contributions of Different Lifestyle Factors to Health-Related Quality of Life in the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 3;15(2):256. doi: 10.3390/ijerph15020256
159. Zheng, M.,Jin, H., Shi, N. (2018) The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 16, 201. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>