



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ
POPÜLASYONUN GÜNLÜK FİZİKSEL AKTİVİTE
DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMUNA
ETKİSİ**

Dr. ELİF AKAR

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ
POPÜLASYONUN GÜNLÜK FİZİKSEL AKTİVİTE
DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMUNA
ETKİSİ**

Dr. ELİF AKAR
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Elif Akar

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Popülasyonun Günlük Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2023
Tıp Fakültesi Dekan

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 7/11/2022 tarihinde onay alınarak (onay no:304) hazırlanmıştır.

10/11/2023
Dr. Elif Akar

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e,

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi ve deneyimlerinden yararlanabilme imkânı bulabildiğim, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Asistanlık sürecimde manevi desteklerini esirgemeyen okul sürecimi kolaylaştıran birlikte çalıştığım ablam Dr. Ayşe Gülyar Görücü ve yanımda her zaman varlığını hissettiğim Nursel Akar'a,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem Cahide Akar'a ve babam Necati Akar'a; ağabeylerim ve değerli eşlerine Akın- Ümmügül Akar; Hakan- Prof. Dr. Füzün Yıldız Akar; Evren- Büşra Akar'a ve biricik yeğenlerime; Enes-Ecenur-Kerem-Nazlı-Beren Akar'a,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Elif AKAR

İÇİNDEKİLER

BEYAN	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Tanımları.....	4
2.2. Yaşlılık ve Yaşlanmanın Sınıflandırılması	7
2.2.1. Kronolojik yaşlanma.....	7
2.2.2. Biyolojik yaşlanma	8
2.2.3. Psikolojik yaşlanma.....	8
2.2.4. Sosyal yaşlanma	8
2.2.5. Ekonomik yaşlanma	9
2.2.6. Fizyolojik yaşlanma.....	9
2.2.7. Toplumsal yaşlanma	9
2.3. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler.....	10
2.3.1. Yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler	10
2.4. Fiziksel Aktivite.....	14
2.4.1. Fizik aktivite tanımı.....	16
2.4.2. Fizik aktivitenin sınıflandırılması	17
2.5. Fiziksel Aktivite ve Covid-19 Pandemisi	18

2.6. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu.....	19
2.7. Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	22
3.4.1. Yaşam doyumu ölçeği Türkçe versiyonu	23
3.4.2. Nottingham sağlık profili'nin Türkçe versiyonu.....	23
3.4.3. Modifiye Barthel indeksi'nin Türkçe versiyonu	24
3.4.4. Birinci basamak için fiziksel aktivite anketi Türkçe versiyonu	24
3.5. Verilerin Analizi	24
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	25
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	37
6. KAYNAKLAR.....	44
7. EKLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-1: Etik Kurul Kararı.....	53
EK-2: Anket Formu	55
EK-3: Ölçeklerin Kullanım İzinleri.....	63
ÖZGEÇMİŞ.....	68

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
BI: Barthel İndeksi
BM: Birleşmiş Milletler
CDC: Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
Covid-19: Coronavirus disease-19
DALY: Disability Adjusted Life Years- Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları
DM: Diyabetes Mellitus
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
HT: Hipertansiyon
IBM: International Business Machines
MET: Metabolik Eşdeğerlilik
NHP: Nottingham Sağlık Profili
OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Development
QALY: Quality Adjusted Life Year- Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TDK: Türk Dil Kurumu
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Hastaların özgeçmiş özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyleri.....	29
Tablo 4.3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları ve iç tutarlık katsayıları.....	30
Tablo 4.4. Çalışma grubunun YDÖ, NSP, BI’de aldıkları puanların sosyo-demografik, özgeçmiş ve fiziksel aktivite durumları ile karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.5. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ve fiziksel aktivite durumlarının hareketlilik durumu ile karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.6. Korelasyon matrisi.....	37
Tablo 4.7. Çalışma grubunun hareketlilik durumları ile YDÖ, BI, NSP’den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	38

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Yaşlandıkça meydana gelen fiziksel yetersizlikler, bilişsel yetilerdeki azalma, kronik hastalıkların meydana çıkması ile yaşam kaliteleri ve doyumları azalmaktadır. Çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaşında ve daha büyük yaştakilerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamız 01.12.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arasında Sakarya İlinde bir aile hekimliği birimine başvuran 65 yaşında ve daha büyük yaştaki kişiler üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme özelliklerine uygun ve çalışmaya yapmaya razı olanlara, 5 bölümden oluşan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan sorular, ikinci bölümde “Yaşam Doyumu Ölçeği”, üçüncü bölümde “Nottingham Sağlık Profili (NHP)”, dördüncü bölüm “Barthel İndeksi” ve beşinci bölümde ise “Birinci Basamak İçin Fiziksel Aktivite Anketi” yer almıştır. Veriler SPSS 20.0 programına kaydedilerek istatistiksel analizi yapılmıştır.

BULGULAR: Toplam 260 katılımcı ile yapılan çalışmamızda 107 (%41,2) kişi erkek iken 153 (%58,8) kişi kadın olarak saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $73,93 \pm 6,52$ Standart Sapma (SS) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan 241’inin (%92,7) en az bir kronik hastalığının bulunduğu, birinci basamakta fiziksel aktivite durumları incelendiğinde ise 161’inin (%61,9) hareketsiz, 40’ının (%15,4) az hareketli, 22’sinin (%8,5) orta derecede hareketli, 37’sinin (%14,2) ise hareketli olduğu saptanmıştır. 81 yaş ve üzerinde olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, öğrenim düzeyi ilköğretim ve altında olanlarda ve pandemi döneminde fiziksel aktivitelerinde engel olanlarda hareketsiz olma oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Hareketli ya da az hareketli olan katılımcıların yaşam doyumuna ölçek puanı; hareketsiz olanlara göre ve hareketli, orta derecede hareketli ya da az hareketli olanlarda modifiye Barthel indeksi hareketsiz olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Yaşam doyumunun ve kalitesinin artırılması için gereken fonksiyonellik yolu fiziksel aktiviteye çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun bağımlılık düzeyinin azalması, yaşam kalitesinin ve yaşam doyumunun artması için fiziksel aktivitelere önem verilmesi ve fiziksel aktivite farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, yaşam doyumuna, yaşam kalitesi, yaşlı

ABSTRACT

The Effect of Daily Physical Activity Levels on the Quality of Life and Life Satisfaction of the Population 65 Years Old and Older Who Apply to the Family Health Center

INTRODUCTION AND AIM: The world population is getting older. As they get older, their quality of life and satisfaction decrease due to physical disabilities, decline in cognitive abilities, and the emergence of chronic diseases. Our study aimed to evaluate the relationship between physical activity levels and quality of life and life satisfaction in the population aged 65 and over who applied to the Family Health Center.

METHOD: Our study was conducted on individuals aged 65 and over who applied to a family medicine unit in Sakarya Province between 01.12.2022 and 31.12.2022. A survey form consisting of 5 sections was applied to those who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study using face-to-face interview technique. In the first part of the survey form, there are questions questioning the socio-demographic characteristics of the participants, in the second part, "Life Satisfaction Scale", in the third part, "Nottingham Health Profile (NHP)", in the fourth part, "Barthel Index" and in the fifth part, "General Practice Physical Activity Questionnaire" has received. The data were recorded in the SPSS 20.0 program and statistically analyzed.

RESULTS: In our study with a total of 260 participants, 107 (41.2%) were male and 153 (58.8%) were female. The average age of the participants was found to be 73.93 ± 6.52 Standard Deviation (SD). 241 (92.7%) of the participants had at least one chronic disease, and when their physical activity status in primary care was examined, 161 (61.9%) were inactive, 40 (15.4%) were less active, 22' It was determined that 37 of them (8.5%) were moderately mobile and 37 of them (14.2%) were mobile. It has been determined that the rate of inactivity is higher in those aged 81 and over, those with low income, those whose education level is primary school or below, and those who were prevented from doing physical activities during the pandemic period. Life satisfaction scale score of participants who are active or less active; The modified Barthel index was found to be significantly higher in those who were sedentary and in those who were active, moderately mobile or less mobile than in those who were sedentary.

CONCLUSION: The functionality required increasing life satisfaction and quality is through physical activity. In order to reduce the addiction level of the elderly population and increase the quality of life and life satisfaction, importance should be given to physical activities and awareness of physical activity should be increased.

Keywords: Elderly, life satisfaction, physical activity, quality of life

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Nüfus politikaları, doğum ve ölüm hızlarının azalması, bebek-çocuk ölümlerinin azalması, bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede önemli bir yol alınması, yaşanan tıbbi ve teknolojik gelişmeler sonucunda sağlık hizmetlerinin artması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması gibi nedenlerden dolayı demografik bir dönüşüm yaşanmaktadır (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>, Erişim Tarihi: 03.08.2023; Kinsella ve Velkoff, 2001). Nüfusun içindeki 60 yaş ve üstü oran giderek artmakta olup, 2019 senesinde 1 milyar olan 60 yaş üstü nüfus Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) projeksiyonlarına göre 2030 senesinde 1,4 milyara, 2050 senesinde 2,1 milyara çıkacağı öngörülmektedir. Tüm dünyada görülen bu değişim gelişmekte olan ülkelerde daha da hızlı oluşmaktadır (<https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab1>, Erişim Tarihi: 03.08.2023). Birleşmiş Milletler dünya nüfus verilerine göre 65 yaş nüfus orantısının 2022 senesinde %9,8'dir. Yaş olarak en büyük nüfusu olan ilk üç ülke sırasıyla %29,9 ile Japonya, %24,1 ile İtalya ve %23,3 ile Finlandiya iken Türkiye 184 ülke içinde 66. olarak bulunmuştur (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?World-Population-Day-2022-4552>; Erişim Tarihi: 04.08.2023). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus kayıtlarına göre daha büyük yaştaki nüfus oranlarının 2030 senesinde %12,9'a, 2040 senesinde %16,3'e, 2060 senesinde %22,6'ya, 2080 senesinde ise %25,6'ya yükseleceği göz önünde bulundurulmuştur. Küresel nüfustaki bu tarihsel değişiklik, toplumların tüm sektörlerde (sağlık ve sosyal hizmetler, ulaşım, barınma ve şehir planlaması) yapılanma biçimlerine uyarlamalar gerektirmektedir. Dünyayı daha yaşlı dostu hale getirmek için çalışmak, değişen demografimizin önemli ve acil bir parçasıdır. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Health-Survey-2022-49747>, Erişim Tarihi:22.10.2023; <https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab1>, Erişim Tarihi: 03.08.2023).

Yaşanan demografik dönüşüm epidemiyolojik dönüşümü beraberinde getirmiştir. Akut ve bulaşıcı hastalıklar yerini kronik ve dejeneratif hastalıklara bırakmıştır. Bu dönüşüm gelişmiş ülkelerde her ne kadar tamamlansa da Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde farklı aşamalarda süreç devam etmektedir (<https://apps.who>

.int/irs/handle/10665/67215, Erişim Tarihi: 10.08.2023). Hem nüfusun yaşlanması hem de kronik hastalıkların artması sağlık sistemi üzerine birden fazla yük bindirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 65 yaşından büyük nüfusun %80’inde en az 1, %50’sinde de 2 kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>, Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2023). Türkiye’de %7,2 olan Diyabetes Mellitus (DM) sıklığı %13,7’e çıkmış olup, günümüzde 20 yaş üzerinde her 100 kişiden en az 15’inin DM olacağı n grlmektedir (Satman ve ark., 2013). Bu durum, giderek artan yaşlı nüfusta, hem kronik hastalıkların kendisi hem de neden oldukları ikincil problemler ile neden oldukları engelliliklerin önlem alınması gereken halk sağlığı acillerinden olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Dünya çapında yaşam süresi artarken düşük ve orta gelire sahip lkelerde yaşlıların önemli bir kısmı için bu süreç engellilik, ekonomik zorluk, günlük aktiviteleri gerçekleştirmek için başkalarına bağımlı olma ve resmi sağlık ve kişisel bakım hizmetlerine sınırlı erişimin artan yaşam süresi ile birlikte yařandėı açıktır (Lpez-Ortega ve Konigsberg, 2020). Amaç sadece hayata yıllar katmak değil kazanılan yılların kaliteli yaşanabilmesini sağlamaktır. Bu nedenle dünyanın her ülkesindeki her insan yaşça daha büyük ve zinde hayat devam edebilme imkanına erişmelidir. (<https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tb=tab2>, Erişim Tarihi: 09.08.2023).

Yaşlanma ile birlikte fiziksel aktivitenin azalmasıyla kronik hastalıkların çoğalması, hareketsizliğe bağlı erken ölümler ve sağlığın bozulmasıyla meydana gelen engellilik durumu, fiziksel yetilerin kaybı, yaşlılarda bazı geriatrik problemler meydana gelmektedir.. Bunları zlemek amacıyla DSÖ 1990 yılında ‘‘Aktif Yaşlanma’’ kavramı tanımlanmış olup aktif yaşlanma tüm dünyanın öncelikli hedefleri arasında yer almıştır. Aktif yaşlanma tüm toplum için geçerli olup, bireylerin hayatları boyunca mental, sosyal bir de fiziksel ferahlık güçlerini ortaya çıkarmalarına, yetilerine, gereksinim ve arzularına bağlı olarak hayata eşlik etmelerine imkan sağlamak hedeflenmiştir (Güneş, 2015; <https://gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/GEBAM-BULTENI-2023.pdf>, Erişim Tarihi:11.08.2023; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43030>, Erişim Tarihi: 10.08.2023). Aktif yaşlanma, kırılğan,

engelli ve bakılmaya ihtiyacı olanlar ve herkesin yaşlandıkça zinde hayattaki beklentiyi bir de yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir (<https://apps.who.int/irs/handle/10665/67215>, Erişim Tarihi: 10.08.2023).

Bir kişinin yaşamının ileriki dönemlerini etkileyen, ekonomik ve beşeri maliyetleri olan birçok kronik hastalık ve buna bağlı sakatlıklar önlenabilir. Ancak önleme, hastalığa yakalanmadan önce bireye ulaşmayı gerektirir ve bu yaşamın daha erken aşamalarında müdahale etmek anlamına gelir. İnsanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için yani DSÖ'nün sağlık, katılım ve yaşam için fırsatları optimize etme süreci olarak tanımladığı sağlıklı ve aktif yaşlanma için ömür boyu bir yaklaşımı benimsemek anlamına gelmektedir (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43030>, Erişim Tarihi: 10.08.2023).

Sağlıklı yaşam tarzı davranışları, kişinin sağlığını koruma ve iyileştirmesine yönelik sorumluluk almasını, yeterince ve dengeli beslenmeyi, stresi yönetebilmeyi, düzenli egzersiz yapmayı, ruhsal gelişimi ve bireylerarası ilişkileri içermektedir (Walker ve ark., 1987). Yaşam tarzından dolayı ortaya çıkan hastalıklar ile bu hastalıkların sebep olduğu ölümlerin ortaya çıkmaması için kişilerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları kazanması gerekmektedir. Bu davranışların kazanılmasıyla birlikte bireylerin kendisi hastalığına dair daha çok bilgi sahibi olmaktadır ve kronik hastalıkların ortaya çıkmamasında, kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve sağlıklı yaş almada büyük önem taşımaktadır. Yaşlı kişilerin sağlıklarını iyileştirmeleri, günlük yaşamlarında bağımlı olmayışları bilişsel ve fiziksel işlevlerinin iyi seviyede olması ve aktif yaşamalarıyla ilişkilidir. Kudo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bağımsız hareket edebilen ve sosyal aktivitelere katılabilen bireylerin yaşam doyumunun yüksek olduğu gösterilmiştir (Kudo ve ark., 2007). Özellikle, bir dizi araştırma, beden ile zihin arasında nedensel bir bağlantı olduğunu ve fiziksel egzersizlerinin beynin performans yetenekleri üzerinde yararlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. İleri yaşlarda yapılan fiziksel egzersizlerin kişilerin uyarılmışlığını artırdığını ve ruhsal olarak güçlü tuttuğunu göstermektedir (Etnier ve ark., 1997).

Çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 65 yaş ve üstü popülasyonun günlük fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Tanımları

Yaş kelimesi kronolojik olarak kaydedilen zamanı-yılları ifade etse de yaşlanma, bu zaman diliminde meydana gelen biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimlerin tümüdür. DSÖ yaşlı nüfusu “65 yaş ve üzeri”, Birleşmiş Milletler (BM) ise “60 yaş ve üzeri” olarak tanımlamaktadır. (<https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons>, Erişim tarihi: 12.08.2023; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39136>, Erişim Tarihi: 11.08.2023). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne bakıldığında ise yaşlı “Yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar (kimse); uzun yılları geride bırakmış” olarak tanımlandığını görmekteyiz (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 11.08.2023).

İnsanoğlu ilk çağlardan itibaren uzun yaşamanın sırrını aramaktadır. Yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede önemli yollar kaydedilmesi, sağlık alanında meydana gelen reformlar, bebek-çocuk ölümlerinin azalması, doğurganlık ve ölüm hızlarının azalması gibi pek çok faktörün etkisiyle doğumda beklenen yaşam süreleri uzamış, global olarak ortalama yaş yükselmiş ve yaşlı nüfusun tüm nüfustaki payı artmıştır (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>, Erişim Tarihi: 03.08.2023; Kinsella ve Velkoff, 2001; Santrock, 2012). Demografik veriler göstermektedir ki son yıllarda yaşanan demografik dönüşüm ile birlikte yeniçağımız yaşlı çağı olacak, neredeyse ülkelerinin hepsi “yaşlı” ülkeler kategorisine girecektir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) kayıtlarına göre 2017 senesinde 6 895 385 kişi olan 65 yaşın ve üzerinin nüfus, son beş senede %22,6 çoğalarak 2022 senesinde 8 451 669 bireye ulaşmıştır. Yaşlı nüfus oranı %8,5’ten 2022’de %9,9’a çıkmıştır (<https://data.tuik.gov.tr/Biten/Index?p=IstatistiklerleYasli2029667#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsaltext=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,9%2C9'a%20y%C3%BCkseld>, Erişim Tarihi: 12.08.2023; Uluocak ve ark., 2013). Bu durumun sağlık sistemi, sosyal, kültürel yapı ve ekonomi üzerine farklı etkilerinin olacağı ve yeni problemlerin ortaya çıkmasına sebep olacağı öngörülmektedir. Bu

nedenle toplumların gerekli önlemleri almaları gerekmektedir. Aksi takdirde her alanla ciddi problemler ile karşı karşıya kalacakları aşıkardır (Uluocak ve ark., 2013).

Yaşlanma her ne kadar bireysel olarak düşünölse de “yaşlılık” toplumsal boyutta değerdendirilmelidir. DSÖ, aktif yaşlanmayı “kişiler yaşlandıkça yaşam kalitelerinin artırılması için sağlık, topluma katılım ve güvenlik fırsatlarının en yüksek seviye sağlanma süreci” olarak belirtmektedir. Burada esasen belirtmek istenen fiziksel yönden kendine yetebilen yaşlıların yanı sıra, sosyal, ekonomik, kültürel yönlerden de yaşlı, bireylerin hayatın içinde kalabilmesidir (Uyanık ve Başyığit, 2018; <https://apps.who.int/irs/handle/10665/67215>, Erişim Tarihi: 10.08.2023).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, nüfusun bir kısmını etkilemesi ve değıştirilebilir bileşenlerden oluşması nedeniyle aktif-sağlıklı yaşlanma hedeflerine ulaşılmasında olukça önemlidir. Özellikle aktif yaşlanma kapsamında, yaşlılıkla oluşan fiziksel aktivite yetersizliği sonucunda kronik hastalıkların, kronik hastalıklara ikincil meydana gelen yeti yitimlerinin, erken ölümlerin önlenerek kaybedilen fiziksel yetilerin geri kazanılması, bireylerin topluma kazandırılması ve böylece hem yaşam doyumlarının hem de yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanmıştır (Aydın, 2006; <https://apps.who.int/irs/handle/10665/67215>, Erişim Tarihi: 10.08.2023). Günümüzde yaşlılık kavramının önemi artmakla beraber yaşanan yılların niteliğı konusu da gündeme gelmiştir. Bu bağlamda daha çok yaş alarak yaşamın sağlıklı, verimli olarak ve aktif biçimde yaşanması anlamına da gelen “yaşam kalitesi” tüm dünyanın ulaşmayı hedeflediğı bir kavram haline gelmiştir (Aslan, 2009).

İnsanların hayatında bir devamlılık gösteren ve de birbirinden değışik gelişim aşamaları vardır. Her bir aşama kendinden sonra gelen döneme zemin hazırlamaktadır. Her ne kadar bir sonraki dönem, bir önceki dönemden etkilense de, her dönemin kendine ait özellikleri, problemleri, kendine has ihtiyaçları ve çözümlemesi gereken sorunları bulunmaktadır (İlgar ve İlgar, 2007). Genel olarak “yaş” bireylerin kronolojik olarak geçirdiğı süreyi ifade etse de, farklı bakış açılarından ele alındığında çok yönlü bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Uluocak ve ark., 2013). Bununla birlikte “yaşlanma” ve “yaşlılık” 2 farklı kavram olarak belirtilmiştir. Birbirini tamamlar niteliğıne sahip olan iki kavramdan “yaşlanma”

zaman içerisindeki yıpranmayı ifade ederken, “yaşlılık” takvimsel yaşa bağlı olarak meydana gelen sonuçları ifade etmektedir. Yaşlanma anne karnından başlayıp, ölüme kadar devam ederken, yaşlılık insan ömründeki belli bir dönemdir (Yakar, 2014).

Yaşlanma süreci ve özellikleri farklı toplumlara, aynı toplumda farklı sosyodemografik ve ekonomik yapıdaki kişilere göre değişiklik göstermektedir. Bu farklılıkların ortaya konulması problemlerin belirlenmesine, yapılacak önleme çalışmalarına ve politikalara yön vereceğinden dolayı oldukça önemlidir (Uluocak ve ark., 2013).

Yaşlanma, artan takvim yaşı, edinilen deneyimlerin çoğalmasıyla karakterize, yaşamın ilerleyen evrelerine doğru değişen sürecin etkisiyle biyopsikososyal varlık olan insanda meydana gelen tüm değişikliklerdir (Uluocak ve ark., 2013). Bu nedenle değişik toplumların yaşlılığa bakış açısı farklıdır.

İnsan ömrü, doğum ile ölüm zaman aralığındadır. Bu süreç bebeklik, çocukluk, yetişkinlik ile yaşlılık adında bölümlere ayrılmaktadır.. Keskin sınırlarla ayrılmayan ancak birbirinden farklı olan bu evrelerde yaşlılık son dönemi ifade etmektedir (Bölüktaş, 2019). Yaşlanma, yaşlılık gibi terimlerin net bir tanımı bulunmamaktadır. Yaşlanma anne karnından başlayarak ölüm gerçekleşene kadar uzanan zaman diliminde biyolojik, ruhsal, fizyolojik ve sosyal yönden değişime uğrayarak hayatı etkileyen, geri dönülmez değişikliklerin olduğu, kaçınılmaz bir süreçtir (Tomanbay, 2002).

Yaşlanma, birincil yaşlanma sürecinin, genetik faktörler ve yaşam tarzı, kronik hastalıklar gibi ikincil süreçlerin etkisiyle oluşan değişikliklerin birbirleriyle etkileşime girdiği karmaşık bir süreçtir (Weinert ve Timiras, 2003). Norman’a göre ise yaşlılık, hastalık ya da sakatlık nedeniyle oluşan kayıplar dışında, organizmanın çeşitli sistemlerinin işlevselliğini zaman içerisinde azar azar kaybetmesidir (Van Norman, 1995). Ömür denilen süreçte zorunlu bir dönem olan yaşlılık, vücutta moleküler, hücresel, doku, organ ile sistem sınırında zamana bağlı olarak meydana gelen, geri dönüşümsüz olarak yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri içeren, ölümden önceki son dönem olarak da tanımlanabilmektedir (Koldaş, 2017).

Yaşlanma, yaşla ilintili olarak kronik hastalıkların risklerinin arttığı, strese uyum kapasitesinin azaldığı, dış uyaranlara karşı homeostatik dengeyi korumanın giderek zorlaştığı, çevresel uyaranlara uyum sağlama becerisinin giderek azalmasıdır (Can ve Aslan, 2014). Yaşlılık, bireylerin fiziksel gücünün zayıfladığı, üretkenlikten çekildiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, artmış yaşın etkilerinin hem sağlık hem sosyal yönden görülebildiği dönemdir (Duyar, 2008; Kalınkara, 2011).

Daha farklı tanımlamayla yaşlılık, patolojik, morfolojik ve fizyolojik değişikliklerin negatif yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların eşlik ettiği, günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde zorluk yaşandığı bu nedenle başkalarına ihtiyaç duyulduğu, çaresizlik duygusunun eşlik edebildiği bir dönemdir (Aksüllü, 2002; Tereci ve ark., 2016). Yaşlılık, kronolojik yaşlanma ile pek çok faktörün matrisinde şekillenen, göreceli bir kavram olup sıklıkla bireylerin çevreyle iletişimlerinin, adaptasyon yeteneklerinin azalmaya başladığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılığın ne zaman başladığı, bireylerin hangi durumlarda yaşlılık kategorisine girdiği net tanımlanamamaktadır. Özellikle son yıllarda kaydedilen ilerlemeler ile doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış olup, yaşlı-yaşlılık gibi kavramlar yeniden tartışılmaya başlanmıştır (Kutsal, 2003).

2.2. Yaşlılık ve Yaşlanmanın Sınıflandırılması

Yaşlanmaya dair çalışmalar araştırıldığında çok boyutlu kavram olarak anlaşılmaktadır. Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, fizyolojik, sosyal, psikolojik, ekonomik, toplumsal yaşlanma olarak bilimsel anlamda çeşitli alt sınıflara ayrılmaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.1. Kronolojik yaşlanma

Bireyin dünyaya gelmesiyle başlayarak yaş aldığı zaman aralığına kronolojik yaşlanma denilmektedir. Takvim yaşı üzerinden yapılan değerlendirmede, gerek bireysel gerekse çevresel faktörler göz önünde bulundurulmamaktadır. Dolayısıyla kişisel özellikler nedeniyle ortaya çıkan farklılıkların önemi yoktur (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.2. Biyolojik yaşlanma

Anne karnında başlayan biyolojik sürec kişi geliştikçe vücutta yapısal ve işlevsel değişme gösteren ve meydana gelen yıpranmaya biyolojik yaşlanma olarak tanımlanmaktadır. Yaşam tarzı, hücrelerin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi tersi de olabilir, hızlandırabilmektedir. Kısacası biyolojik yaşlanmayı, yaşayan bir organizmanın zaman içerisinde fonksiyonelliğinin azalması diye anlatılabilir (Hablemitoğlu ve zmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.3. Psikolojik yaşlanma

Davranış değişiklikleri ile beraber kişinin uyum yeteneğinde değişiklikler meydana gelir. Geçmişe duyulan zlem, eski zamanlardaki anıları unutamama orada yaşama ve geleceğe güvensizlik olduğu için korku, üzüntü gibi duyguların hepsi depresyon, kaygı gibi ruhsal değişimlere sebep olmaktadır. Zamanla evreye uyum sağlama yeteneğinde zayıflamanın yanı sıra hafıza, öğrenme gibi bilişsel fonksiyonlardaki gerileme, kendini işe yaramaz, değersiz ve kötümser hissetmesine neden olabilir. Kısacası psikolojik yaşlanma kişilerin duygularında, algılamasında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir (Hablemitoğlu ve zmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.4. Sosyal yaşlanma

Bireyin yaşadığı toplumdaki kıymetinin azalması sebebiyle görevinde ve bulunduğu yerinde meydana gelen değişimleri ifade eder. Bireyin kendisini nasıl ifade ettiğinden ziyade toplumun onu nasıl bir konuma koyduğu önemlidir. Sosyal yaşlanmada bireyin hem toplumdaki hem aile içerisindeki sosyal etkinliklerdeki rolleri değişmiş, azalmıştır. Aslında yaşlılığı fonksiyonların kaybedildiği, etkisiz edildiği dönem olarak değil, tecrübelerin biriktiği, geçiş ile gelecek arasında bağlantı sağlayan, birer büyük olduğunu bilmeli ve onların deneyimlerinden yararlanarak önemli olduklarını hissettirmeliyiz (Hablemitoğlu ve zmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.5. Ekonomik yaşlanma

Kişilerin emekliliğe ayrılması ile birlikte, gelir ve toplumsal statü kaybı yaşamasına, sağlık ve bakım maliyetlerinin de yaşla birlikte artmasına bağlı olarak yaşam biçiminde meydana gelen değişmedir. Ükelere göre emekliliğe ayrılma yaşı farklılık göstermektedir. Özellikle emeklilikle azalan gelir, artmış sağlık ve bakım harcamaları nedeniyle değişen gelir-gider dengesinin bireyin yaşamında oluşturduğu değişikliklerdir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.6. Fizyolojik yaşlanma

Yaşın ilerlemesiyle beraber organizmayı oluşturan sistemlerdeki değişimle birlikte üretkenlikte sürekli düşüşler görölmektedir. Vücutta fizyolojik gücünün, yeterliliğinin normal beklenildiği süreden daha erken yaşlarda azaldığının sebebi olarak, yaşama olan bakış ve hayatla olan iletişimdeki başarısızlıktır. Fizyolojik yaşlanma, bedenin ve vücudun fonksiyonel değişimlerini içermektedir. Değişimlerin içinde, aerobik kapasitenin azalması, hafızada kaydedilenler, vücut duruşunun değişmesi, derinin esnekliğinin kaybolması, deride kırışıklıkların oluşmasıyla yaş aldıkça hücrede eskisi gibi olamayan kayıplar varolmaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

2.2.7. Toplumsal yaşlanma

Biyopsikososyal bir varlık olan insan yaşamını bulunduğu toplum içerisinde bir birey olarak geçirir. Bireyler toplumlarda, belirlenen değere yargıları ve kurallara göre yaşarlar. Bu nedenle toplumsal yaşlanmada bireyin içinde bulunduğu toplumun kültür yapısıyla belirlenir. Bireylerin toplum içindeki yaşamında, iğe kapanıklık, dış ortamdaki uzaklaşma ve yalnızlık duygusu nedeniyle, iletişim kurma, çalışma ve sosyal yaşamında sosyal faaliyetlerinin azalması ya da kaybolması kısacası toplumsal rollerinin beklenildiği gibi yerine getirememesidir. Toplumsal yaşlanma doğuştan beklenen yaşamdaki süre ile toplumda ortalama yaş gibi bazı ölçütlerle değerlendirilmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010; Soygüden ve Cerit, 2015; Tümerdem, 2006; Uluocak ve ark., 2013).

Yaşlılık kavramının belirli zaman aralıkları üzerinden tanımlanması karşılaştırılma yapılmasına olanak verir. DSÖ yaşlılığı; “65-74: Genç yaşlılık” “75-84: Orta yaşlılık” “85 yaş ve üzeri: Çok yaşlı” olarak kategorize etmektedir. Yaşlılık sınırı 65 olarak alındığına, toplumda 65 yaş ve üstü nüfusun orantısına göre; “Genç toplum: 65 yaş ve üzeri nüfus %4’ten azdır.” “Erişkin toplum: 65 yaş ve üzeri nüfus %4-7 arasındadır.” “Yaşlı toplum: 65 yaş ve üzeri nüfus %7-10 arasındadır.” “Çok yaşlı toplum: 65 yaş ve üzeri nüfus %10’un üzerindedir” (Lee ve ark., 2018).

2.3. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler

Yaşlılık, biyolojik, sosyolojik ve psikolojik süreçlerde yoğun değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. İlerleyen yıllar ile rejenerasyon kapasitesinin azalması, durması ve yıpranma sürecinin başlaması gibi değişiklikler meydana gelmektedir. Biyolojik değişiklikler gözle görülebilirken, psikolojik değişiklikler fark edilmeyebilir. Yaşanan değişimler çevresel, bireysel faktörler gibi pek çok etkenin sentezlenmesiyle oluştuğu için toplumlara ve bireylere göre farklılık göstermektedir (Kotter-Grühn ve Hess, 2012). Nüfusun yaşlanması ile kronik hastalıkların riskinin artması sağlık sistemi üzerine birden fazla yük bindirmektedir. ABD’de 65 yaş üstü nüfusun %80’inden en az 1, %50’sindeyse 2 kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2023). Türkiye’de %7,2 olan DM sıklığı %13,7’e çıkmış olup, günümüzde 20 yaş üzerinde her 100 kişiden en az 15 tanesinin DM olacağı ön görülmektedir (http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf, Erişim Tarihi:22.10.2023; Satman ve ark., 2013).

2.3.1. Yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler

Derideki değişimler: Deri yaşlamanın en belirgin yaşandığı, gözle görüldüğü organdır. Yaşlanma ile birlikte, kollajen miktarı, deri altı yağ ve kas dokusu azalır. Epidermis incelir, kuru, hassas ve kırışık bir cilt meydana gelir. Derinin esnekliği kaybolur, immün sisteminde hücre sayısı azalır ve disfonksiyonlar meydana gelir (Aiken, 1995; Akın, 2004). Dermis tabakasının incilmesi, damar yapılarının

bozulması gibi nedenlerden dolayı dekubit yaralarının meydana gelmesi kolaylaşır ve iyileşmesi zorlaşır. Derinin hassaslaşmasıyla kaşıntı artar, deride melanositler dolasıyla melanin salgısı eksilir. D vitamini sentezlenmesi azalarak eksikliği meydana gelir. Melanin salgısının ve de cilt altı yağ-bağ dokusunun azalmasıyla vasküler yapı belirginleşir. Pigmentasyon bozuklukları ultraviyole ışın hassasiyetine neden olur (Porta, 2002).

Deri ile birlikte saç ve kıllarda da farklılaşmalar olur. Saç proteini azalır, saçın uzama hızı yavaşlar, dökülür ve özellikle temporal bölgeden başlayarak beyazlaşır. Cinsiyetlere göre değişen hormonal yapı ile kıllar çıkabilir, kalınlaşabilir. Tüm bu değişiklikler özellikle yüz bölgesinde görülür. Göz bölgesinde torbalanma meydana gelir, kemikler belirginleşir ve diş dökülmeleri oluşur (Özgül, 2000).

Kas-iskelet sistemindeki değişimler: Yaşlanmayla beraber kas atrofisi sıklıkla meydana gelmektedir. Ancak bireysel özelliklerin dışında kişinin aktiflik durumuna göre atrofi düzeyi de farklılık gösterebilir. Atrofi kas aktivitesine göre değişmekle beraber sıklıkla ağırlık taşıyan alt ekstremitte kaslarında meydana gelir (Özgül, 2000). Benzer şekilde artan yaşla beraber hem kemik kitlesinde azalma olur hem de yapısında zayıflama görülür. Normal şartlarda yapım ve yıkım birbirini dengeleyen kemik dokuda, yaşla birlikte bu denge yıkım yönünde değişir. Senil osteoporoz gelişir ve boy kısalığı meydana gelir (Dikmenoğlu, 2000). Yaşanan bu durum genetik faktörler, kalsiyum eksikliği, inaktivite gibi kötü yaşam biçimi davranışları ile daha da ağırlaşabilir. Duruş bozukluğu düşme riskini, düşme riski ise kırıkların meydana gelme olasılığını artırır. Özellikle de osteoartrit, eklem hastalıkları gibi hastalıkların da beraberinde olması varolan tabloyu fazlaca ağırlaştırabilir (Dikmenoğlu, 2000). Yaşla birlikte eklemlerde meydana gelen deformasyonlar, kas kitlesinin azalması gibi, özellikle fleksiyon şeklinde postural değişiklikler meydana gelir. Boy kısalır, baş öne eğik, artmış ve kifoz gözlenir. Boy kısalmasındaki temel unsur vertebral kolondaki kısalmalardır. Değişen postur ile birlikte denge merkezi değişir. Omuz genişliğinin azalması, pelvisin genişlemesi ve göğüs derinliğinin artması gibi bazı antropometrik değişikliklerde meydana gelir (Gündüz, 2000).

Sinir sistemindeki değişimler: Yaşlanma ile birlikte, nörotransmitter etkinliği, sinapsların sayısı, fonksiyonu ve nöron sayısı azalmaktadır. Aksonal ileti hızı

yavaşlamaktadır. Sinir ileti hızının azalması kas atrofisine katkıda bulunarak postural değişiklikleri hızlandırabilmektedir. Meydana gelen nöronal atrofi sonucunda hafıza bozuklukları, dikkat eksikliği, koordinasyon bozukluğu gibi işlevsel problemler ortaya çıkar. Hafızada azalma ile bazı zihinsel yeteneklerde azalma olur. Yaşla birlikte öğrenme ve depolama özelliklerinde güçlükler ortaya çıkar. Bireyin etrafında olup bitenlere karşı ilgisi azalmaya başlar. Yeni bilgiler öğrenmek, öğendiklerini hatırlamak, konuşurken yerine doğru kelimeleri bulmada zorlanma, günlük yaşama ait problemleri çözümlemede yavaşlama zaman geçtikçe anlaşılır hale gelir. Bellekteki zayıflama telefon numaralarını unutma, günlük olayları tam olarak hatırlayamama, dikkatte dağılma, sosyal ilişkilerde bozulma meydana gelir. Reflekslerde zayıflama, tepki süresinde uzama gibi olumsuzluklar kişilerin araç sürme gibi günlük aktivitelerini zorlaştırır. Beynin bu özellikleri bireyin yaşam biçimi davranışları ile yakından ilişkilidir. Yaşlıların sosyal hayattan izole edilmemesi, sorumluluklarının yetenekleri doğrultusunda devam etmesi bu sürecin yavaş seyirli olmasında, hem bedensel hem de zihinsel sağlıkları üzerinde olumlu etkileri vardır (Clark ve Perry, 1987; Dikmenoğlu, 2000).

Kardiyovasküler sistemdeki değişimler: Yaşlanma ile birlikte sol ventrikül duvar kalınlığı artar. Aortun dilatasyon yetisi ve koroner arterlerin esnekliği azalır. Efor kapasitesi azalır, eforla birlikte ulaşılacak maksimum kalp atım hızı ve vasküler esneklik azalır, direnç artar. Aort kapak başta olmakla beraber kapaklarda kalsiyum depolanması ve dolayısıyla sertleşme meydana gelir. Damarlarda meydana gelen değişiklikler (elastikiyetin azalması, kalsiyum depolanması sonucunda kardiyovasküler olay görülme riski artar. Hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon gibi hastalıkların görülme riski artar (Dikmenoğlu, 2000).

Solunum sistemindeki değişimler: Artan kronolojik yaş ile birlikte solunum yüzey alanı, akciğer elastikiyeti azalır. Bronşiollelerde elastik lif oranının azalması, alveollerin dilatasyonu, siliaların azalması, destekleyici doku kaybı gibi değişiklikler sonucunda vital kapasite ve reziduel kapasitede azalma görülür. Azalan elastikiyet sonucunda nefes-alış vermede harcanan enerji miktarı artacaktır. Kostalarda ve intervertebral aralıkta meydana gelen değişiklikler soluk alıp verme işini

zorlaştırabilmektedir. Diafragma ve diğer solunum kaslarında meydana gelen değişiklikler, göğüs duvarının elastikiyetinin kaybolması gibi nedenler solunum zorluğunun gelişmesine katkı sağlamaktadır (Aiken, 1995).

Gastro-intestinal sistemdeki değişimler: Sindirim sisteminde oluşan değişiklikler bireylerin beslenme şekillerini de etkilemektedir. Yaşlılıkla meydana gelen sindirim sistemindeki değişiklikler ve yaşlılıkta beraberinde olan kronik hastalıkların gerek kendilerinin gerekse neden oldukları ilaç kullanımı nedeniyle sindirimi sistemi üzerine yük bindirmektedir. Bu durumda yaşlıların diyet içerikleri ve miktarlarında değişiklik yapmayı gerektirmektedir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004). Yaşlanma ile birlikte susama isteği azalır. Diğer yandan sık idrara çıkma, diüretik, laksatif gibi ilaçların kullanımı elektrolit denge bozukluğuna neden olabilir. Dilde Tadın, burndaki kokunun ve tükürük bezlerinin salgılama işlevleri azalır (Baysal, 1994). Sistemik değişiklikler ile birlikte, ağız ve diş sağlığındaki oluşan değişikliklerden dolayı diş kayıpları yaşanabilir (Nazlıel, 1999). Özefagus peristaltizmi azalır, yutma güçleşir. Midede meydana gelen atrofi sonucunda, kalsiyum, demir, çinko gibi elementlerin emilimi bozulur. Bu durum yaşlıların beslenme programları düzenlenirken göz önünde bulundurulmalıdır (Baysal, 1994; Özgül, 2000).

Ürogenital sistemdeki değişimler: Yaşlanma ile birlikte glomerulusların sayısında azalma, glomeruler filtrasyon hızı düşer. Bu nedenle yaşlılarda sıvı-elektrolit dengesini korumakta zorluk yaşanabilir. Hipopotasemi, hipokalsemi, asidoz gibi tabloların görülme sıklığı artar. Mesane küçülür, erkeklerde prostat büyümesine bağlı problemler görülür. Kadınlarda ürogenital sistemde meydana gelen değişiklikler daha fazladır. Meme bezlerinde atrofi, vajinal kuruluk, erkeklerde testislerde küçülme, ereksiyonda zayıflama gibi değişiklikler meydana gelir (Aiken, 1995).

Bağışıklık sisteminde oluşan değişimler: Yaşlılık ile birlikte lenf dokusunda kayıplar yaşanır. Bağışıklık hücrelerinin işlevlerindeki azalma, yaşlıları enfeksiyonlara bir de otoimmün hastalıklara daha da duyarlı olabilmektedir (Baştürk ve Boyacıoğlu, 2004).

2.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin kalp, beden ve mental sağlık üzerine pozitif etkileri olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kanser (meme, kolon vs), kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesinde, yönetilmesinde katkı sağlamaktadır. Yeterli fizik aktivite, düşünme, öğrenme ve muhakeme gibi zihinsel işlevler üzerinde olumlu etki etmekte, demansın başlangıcını geciktirmekte ve genel olarak iyi olma halinin yanı sıra depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemlerinin belirtilerini azaltmaktadır. Ek olarak yaşamın erken dönemlerinde büyüme ve gelişmeye olumlu katkıları vardır. Tüm önerilere rağmen dünya çapında 4 erişkinden 1'i, ergenlerin dahi %80'i önerilen düzeyde fizik aktivite düzeyini karşılamamaktadır. DSÖ'nün verileri incelendiğinde, dünyada erişkin nüfusun 1,4 milyarının fiziksel inaktivite düzeyinin yetersiz olduğu görölmektedir. Cinsiyetlere göre değerlendirme yapıldığında ise, kadınlarda her 3 kadından 1'inin, erkeklerde de her 4 erkekten 1'inin fiziksel inaktif olduğu ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ölkelerde yetersiz fiziksel aktivite sıklığı erkeklerde %26'sı, kadınların %35'i, gelişmekte olan ölkelerde erkeklerde %12, kadınlarda %24 olarak, global olarak ise %28 (erkeklerde %23, kadınlarda %32) olduğu rapor edilmiştir (<https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/physical-activity>, Erişim tarihi: 20.08.2023).

Yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde mortalite riski yeterli düzeyle fiziksel aktivite yapabilen kişilere kıyasla %20-30 artış gösterir ve fiziksel inaktivite global mortalitenin 4. önemli risk faktörüdür (Committee ve P. A. G. A. 2008; <https://www.who.int/publicatons/i/item/978924159979>, Erişim Tarihi: 20.08.2023; <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/physical-activity>, Erişim tarihi: 20.08.2023). DSÖ fiziksel aktivite ve bulaşı olmayan kronik hastalıklar arasındaki öneme dikkat çekerek, 9 küresel hedeften birinde fiziksel aktiviteye yer verilmiştir. Buna göre mevcut yetersiz fiziksel aktivite düzeylerinin, nedenlerinin, riskli popölyasyonların belirlenerek hedefleri bu yönde güncellemek ve 2025 yılına kadar yetersiz fiziksel aktivite sıklığının %10 azaltılması olarak belirtilmiştir

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>, Erişim Tarihi: 01.11.2023).

Fiziksel aktif bireyler hem daha uzun yaşamakta hem de obezite, kanser, diyabet gibi kronik hastalıklar için daha az risk altındadırlar. Kronik hastalıkları olan bireylerin ise fiziksel aktif olmaları komplikasyonların gelişmesinde koruyucu rol oynamakta, hastalık yöntemine yardımcı olmaktadır. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for diseases Control ve Prevention (CDC)) raporuna göre 50 yaş üzeri yaklaşık 31 milyon kişi inaktif, her 5 yetişkinden 4'ü yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmıyor olarak saptanmıştır. Yetersiz fizik aktivite ise yaklaşık olarak 117 milyar dolar sağık harcaması ile ilişkilendirilmektedir (https://www.cdc.gov/physical-activity/downloads/active_people_healty__nation_at-a-glance_082018.pdf, Erişim Tarihi:25.08.2023).

Giderek artan yaşlı nüfusla beraber kaçınılmaz olarak epidemiyolojik bir dönüşüm yaşanmış ve kronik hastalık yükü artmış ve artmaya devam etmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların önlenmesinin önemi artmıştır. Ortalama yaşam süresinin artması sonucu yaşlı nüfusunda ve buna paralel olarak artan bulaşıcı olmayan hastalık yükü uzun dönem ve nitelikli bakım hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koymuştur. Türkiye’de “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Eylem Planı” belirlenmiş ve amaçlar içinde değiştirilebilir risk faktörlerini azaltmaya yönelik faaliyetlerin teşvik edilmesi belirlenmiştir (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597418>, Erişim Tarihi: 20.08.2023). Risk faktörlerine sağıksız besleme, fiziksel inaktivite, alkol-tütün kullanımı örnek verilebilir. Bu nedenle, bu hastalıkların çoğı, yaşam tarzı değışiklikleri ile önlenbilir niteliktedir (Budreviciute ve ark., 2020). Yaşlanma nitelikli yaşam ve sağıklı yaşlanma, genetik mirastan ziyade bireysel yaşam tarzı tercihleriyle şekillenir (Passarino ve ark., 2016). Yapılan araştırmalar sağıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ile yaşam kalitelerinin arttığı, kronik hastalık sıklığının azaldığı ve sağıklı yaşam tarzının düşük mortalite ve daha uzun yaşam beklentisine katkı sağladığını göstermiştir (Elwood ve ark., 2013; Tamakoshi ve ark., 2009). Sağıklı yaşam biçimi davranışları içerisinde kronik hastalıklardan korunmada en önemli faktörlerinden biri olan fiziksel aktivitenin önemi özellikle yaşlı nüfusta aşıkardır. Yaşlı kişilerin sağıklı

kalması ile kaliteli hayat için fiziksel aktivite son derece önemlidir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Düzenli olarak fiziksel aktivite yapmanın birçok vücut sisteminin çalışmasına olumlu etkileri olmaktadır. İnsanlar aktif bir yaşam sürdürdüklerinde kardiyak ölüm riski, kanser ve diyabet riskleri azalmakta, kas ve kemik sağlıkları gelişmekte, fiziksel iş kapasiteleri artmakta, psikolojik iyi oluş hali ve zihinsel sağlığı iyileştirmektedir. Kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklarla ilişkili engellerin ciddiyetini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Düzenli egzersizin ek faydaları arasında, kemik sağlığının iyileştirilmesi ve dolayısıyla osteoporoz riskinde azalma, geliştirilmiş duruş stabilitesi, böylece düşme ve buna bağlı yaralanma ve kırık riskinin azalması olarak sayabiliriz. Aktif olmak, yaşlı insanların mümkün olduğunca uzun süre bağımsız kalmasına yardımcı olmaktadır. Bunun yanı sıra sosyal ilişkilerin arttırılmasına yardımcı olur. Böylece fiziksel aktivite çoğu hastalıktan engelleyici ve de iyileştiricidir. Önemli etkilere sahip olmakta ve dolayısıyla da yaşam kalitesini arttırmaktadır. Araştırma sonuçları fiziksel aktivite ile sadece doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması değil, aynı zamanda yaşam kalitesinin de artacağı kanıtlanmıştır. Ayrıca yaşlı insanlar fiziksel olarak aktif olduklarında önemli ekonomik faydalar sağlamakta, tıbbi maliyetleri önemli ölçüde düşürmektedir (Akyol ve ark., 2008; <https://apps.who.int/irs/handle/10665/67215>, Erişim Tarihi: 10.08.2023).

2.4.1. Fizik aktivite tanımı

Fiziksel aktivite, yaşamda gün içerisinde iskelet kaslarının ile eklemlerin fonksiyonu sayesinde, enerji harcayarak, kalbin hızını ve solunum hızını arttıran; değişik şiddetlerde yorgunluk meydana gelen aktiviteler olarak betimlenmektedir (Kirkendall ve Garrett, 1998). Boş zamanlar dahil olmak üzere, bir yere ulaşmak amacıyla, bireyin işinin gereği yapılan tüm hareketler, ev işleri, alışveriş, günlük rutin işler gibi enerji harcanmasıyla sonuçlanan tüm bedensel hareketler olarak da ifade edilebilir. Fiziksel aktif olmanın yolları arasında yürüme, bisiklete binme, tekerlek çevirme, spor yapma, oyun oynama gibi her bireyin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri değişiklik gösterebilir. Düzenli fizik aktivite bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan hem korunmada hem de hastalık yönetiminde destek olmakta, vücut ağırlığını korumaya yardımcı olmakta, iyilik halinin ve yaşam kalitesini arttırmaktadır

(<https://www.who.int/news-room/fact-shets/detail/physical-activity>, Erişim tarihi: 20.08.2023).

DSÖ farklı yař grupları için fizik aktivite düzeyi için farklı önerileri vardır. Bu yař grupları 5 yař altı, 5-17 yař, 18-64 yař ile 65 yař ve bu yaşın üzeri olarak kategorilendirilmektedir. 65 yař ve üzeri önerilen fiziksel aktivite düzeyleri erişkin dönemde aynı olmakla beraber, yaşlı kişiler fonksiyonel kapasitelerini arttırmak, dūřmelerini önlemek için haftada en az 3 gün en az orta yoğunlukta denge ve dayanıklılık egzersizleri yapmalıdır. Eriřkin döneme önerilen aktiviteler; “en az 150-300 dakika orta yoğunlukla aerobik/75-150 dakika yüksek yoğunluklu aerobik, haftada en az 2 gün büyük kas gruplarını içeren orta/yüksek yoğunlukta kas güçlendirme aktiviteleri, bu aktivitelerin eř değer kombinasyonları, sedanter geçirilen süre sınırlandırılmalı” şeklinde sıralanmıştır (<https://www.who.int/news-room/fact-shets/detail/physical-activity>, Eriřim tarihi: 20.08.2023).

2.4.2. Fizik aktivitenin sınıflandırılması

Fiziksel aktivite Metabolik Eşdeğerlilik (MET) değerine göre hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmaktadır. MET; yapılan fizik aktivitenin enerji değerini göstermektedir. 1 MET = 1 kcal/kg/saatte harcanan metabolik hızdır. Kısacası dinlenme aşamasında iken yakılan enerji miktarı denilebilir. Fiziksel aktivitenin sınıflandırılması (<https://www.who.int/news-room/fact-shets/detail/physical-activity>, Erişim tarihi: 20.08.2023):

Hafif Düzeyde Fiziksel Aktivite (≤ 3 MET): Bu aktivite düzeyinde solunum ve kalp hızı dinlenme değerinin biraz üzerinde olup, az efor gerektiren aktiviteler örnek verilebilir. Kalp atım hızı ve maksimum oksijen tüketim hızı yaklaşık %10 artmaktadır. Haftanın 5-6 gününde, günde 3 kez 5 dakika yürüme örnek verilebilir.

Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite (3-6 MET; 3-7 kcal/dk): Solunum ve kalp hızı normalden hızlıdır. Kalp atım hızı ve maksimum oksijen tüketim hızı yaklaşık %15 artmaktadır. Dans etmek, saat 3-4 km hızla yürüme örnek verilebilir.

Ağır Düzeyde Fiziksel Aktivite (>6 MET, >7 kcal/dk): Solunum ve kalp hızı normale göre çok artmıştır. Ağırlık kaldırma, 5 km hızla yürüme örnek verilebilir.

2.5. Fiziksel Aktivite ve Covid-19 Pandemisi

Fiziksel aktivite, insanların sağlığının geliştirilmesinde en iyi yöntemlerden birisidir. Az oturan, orta-ağır düzeyde fiziksel aktif olan insanlar sağlıkları için faydalı kazanımlar elde etmektedir. Mental sağlık, kognitif fonksiyonlar, kronik hastalıkların ve bunların neden olduğu komorbidite risklerinin azalması, immün fonksiyon ve uyku kalitesi üzerine faydaları bulunmaktadır. Yapılan sistematik derlemede fiziksel aktif olan bireylerin Covid-19 enfeksiyonu geçirme riskinin daha az olduğu gösterilmiştir (<https://www.cdc.gov/physicalactivityand-COVID-19.html>, Erişim Tarihi: 23.08.2023; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/clinical-care/e-physical-inactivity-review.pdf>, Erişim Tarihi:23.08.2023). Ancak Covid-19 pandemisi, sağlık yönünden oluşturduğu risklerin yanı sıra tüm dünyada sosyal ilişkiler, ekonomi, bireysel yaşama tarzları, günlük yaşam aktivitelerinin sektöre uğraması gibi pek çok olumsuzluğa neden olmuştur. Pandemide özellikle Türkiye’de gerek Covid-19 pozitif kişilerin belli süre izole edilmesi gerekse bu pozitif kişiler ile temasta olan bireylerin karantinaya alınması, mikroorganizmanın yayılımının azalması ve enfeksiyonun kontrol altına alınması, sağlık sistemi üzerine binen yükün azalması için sokağa çıkma yasakları, “Evde Kal Türkiye” gibi kampanyalar kişi zorunlu bir sedanter yaşama itilmiş, fiziksel aktif kalma zorlaşmıştır. Hatta hemen hemen tüm öğrenim seviyelerinde çevrimiçi eğitim sistemine geçilmiş, çalışma hayatından uzaktan çalışma sistemine geçirilmiştir. Evde geçirilen sürenin artması, rutin işlerin yapılamaması, spor salonlarının kapatılması ve/veya enfeksiyon korkusu-endişesi gibi nedenlerle spor merkezlerine olan talep azalmıştır. Bu durum zaten çok sık olan fiziksel inaktif tablosunun daha ağırlaşmasına sebep olmuştur (<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19rehberi.html>, Erişim tarihi: 02.11.2023; <https://www.cdc.gov/physicalactivity/physical-activity-and-COVID-19.html>, Erişim Tarihi: 23.08.2023).

Fiziksel inaktive önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Pandemi döneminde fiziksel aktivite etkinlikleri askıya alınması, iptal edilmesi kronik hastalık risklerinin, mortalitenin artmasına katkıda bulunmuştur. Türkiye’de, Kanada’da yapılan araştırmalarda pandemi döneminde fiziksel aktif olmanın sıklığının azaldığı gösterilmiştir (Caner ve ark., 2020; Lesser ve Nienhuis, 2020).

2.6. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu

Dünya nüfusunun yaş alması ile beraber, yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşam doyumu kavramları oldukça önemli duruma gelmiştir. İnsanlar artık sadece yaşamın uzun süresine değil, niteliğine de önem vermeye başlamışlardır. Yaşam, kalite (nitelik) ile kantite (nicelik) olarak iki kavramda değerlendirilebilir. Yaşamın niceliği, hayatın zamanı olarak tanımlanırken, yaşam kalitesi için ortak paydaları olan birden fazla tanımlamalar kullanılabilmektedir. Bu durum yaşam doyumu, yaşam kalitesi gibi kavramları gündeme getirmiştir. Yaşam doyumu ve yaşam memnuniyeti yaşam kalitesi ile benzer anlamlarda kullanılmaktadır. Yaşamın doyumu ile yaşamın kalitesi arasındaki ayırım net olmamakla beraber, kavramlar bazen birbirinin yerine kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin kendi hayatına bakış açısını, hayatını bir bütün olarak subjektif olarak değerlendirilmesini, kişinin neyi algıladığının değer biçtiğini ve bu durumlardan edindiği doyumu içermektedir (Borg ve ark., 2006). DSÖ yaşam kalitesini, “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması” olarak tanımlamaktadır. Diğer bir ifadeyle bir bireyin fiziksel sağlığını, ruhsal halini, bağımsızlık derecesini, sosyal ilişkilerini bir de kişisel inançlarını kompleks şekilde birleştiren kalabalık içerikli bir kavramdır. İnsanlar yaşlandıkça, yaşam kaliteleri büyük ölçüde özerklik ve bağımsızlığı koruma yetenekleriyle belirlenir (<https://www.who.int/tools/whoqol>, Erişim Tarihi: 23.08.2023).

Diğer bir tanımlamaya baktığımızda yaşam kalitesi, bireyin veya toplumun hayatın belli bir noktasında negatif ve pozitif unsurların bütünlüğü içinde refahı yakalamayı amaçlayan bir kavramdır. Yaşam kalitesi yaygın olarak, kişisel sağlık (fiziksel, mental), ilişkiler, öğrenim düzeyi, sosyal statü, çalışma ortamı, ekonomik durum,

güvende hissetme, özgürlük, karar vermede bağımsızlık, fiziksel çevre, sosyal aidiyet gibi yönleri bulunmaktadır (Teoli ve Aeddula, 2020).

İyilik halinin üç ana göstergesinden biri olan yaşam doyumu Diener ve ark. tarafından, yaşamının bir noktasında, bireyin kendi yaşamıyla ilgili duygu ve tutumlarını negatiften pozitive değişen bir aralıkta genel olarak değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır. Yaşlanan nüfusla yaşam doyumu çalışmaları artmıştır. Yaşam doyumu; kişinin yaşamıyla ilgili bilişsel ve duysal anlamda genel olarak değerlendirmesi olarak da tanımlanabilir (Diener ve ark., 2002). Yaşam doyumunda esas amaç “iyi yaşam” için kriterler belirlemektir. Yaşam doyumu ise gerçek hayatta bu kriterlere ne kadar yaklaşıldığıdır. Yaşam doyumu kavramı, mutluluk ve iyi olma halinin felsefe ve psikolojideki karşılığı olarak kullanılabilir. Yaşam doyumu, mutluluk kelimesi ile sıklıkla aynı anlamda kullanılmakta olup, iyi olma haline katkısı olduğu görülmektedir. Yaşam doyumu genel anlamda kişilerin yaşadıkları dünyaya olumlu yaklaşımlarını gösterir. Sevgi, ilim, bağımsızlık gibi kavramlar yaşam doyumunun temel bileşenleri olmakla beraber, bazı araştırmalarda din ve maneviyatın da önemli etkileri olduğu gösterilmiştir (Bakhshipour, 2008; Bayani ve ark., 2007).

Sağlık ölçütleri ülkelerin genel durumu hakkında bilgi edinmek için kullanılmaktadır. Yaşam doyumu ile yaşam kalitesi gibi algılamalar toplumun refah düzeyini göstermek için kullanılan kavramlardır. Dolayısıyla ülkede yürütülen sosyal politikaların yansıması hakkında fikir verebilmektedir. Yaşam doyumu, bireysel hedeflerin bireysel başarılarla ne kadar iyi denkleşmesine dayalı olarak yaşamın değerlendirmesidir. Kişinin sahip olduğu yaşam memnuniyeti; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerinin bireysel ve genel değerlendirmesidir. Gerçekte bireylerin yaşamlarına değer biçmesidir (Shyim and Korb, 2016).

2.7. Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu

Yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna bağlı ilişkili çalışmalar incelendiğinde, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, engellilik durumu, sağlık hizmetlerine ulaşma özellikleri, sigara-alkol kullanımı, kronik ağrı durumu, bilişsel fonksiyonların yaşam kalitesi ve yaşam

doyumunu ile ilgili faktörler olduğunu gösterilmiştir (Alexandre ve ark., 2009; Canbaz ve ark., 2003; Çalıştır ve ark., 2006).

Fiziksel aktivite, sağlıklı yaşlanmaya katkı sağladığı, yaşlıların fonksiyonel yeteneklerini artırdığı, kronik hastalıkların gerek sıklığının azaltılmasında gerekse hastalık yönetiminde faydaları olduğu için yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasında oldukça etkilidir. Düzenli fiziksel aktivitenin düşmeleri engellediği, kalça kırığı oluşma riskini azalttığı, hareketliliği-kas gücünü arttırdığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (Day ve ark., 2002; Gregg ve ark., 2000).

Yaşlıların geçmiş veya şimdiki yaşam tarzları, yaşam doyum düzeylerini etkilemektedir. Bir birey, yaşam doyum standartlarını, özel diyetler, egzersiz yapma, tütün kullanımı ya da alkol tüketimi gibi geçmiş sağlık uygulamalarına dayandırabilir (Cho ve Cheon, 2023).

Ayrıca yaşam doyumsuzluğunun sigara içmek, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel hareketsizlik gibi olumsuz sağlık uygulamalarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Strine ve ark., 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tıpta uzmanlık tezi kapsamında yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız 01.12.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Sapanca Kırkpınar Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Dokuz Nolu birime başvuran 65 yaş ve üstü bireyler üzerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı Sakarya Sapanca Kırkpınar Aile Sağlığı Merkezi Dokuz Nolu Birimde, dahil edilme kriterlerine uygun hastalar (n=607) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme dahil edilecek kişi sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 236 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum kişi sayısını belirtmektedir. Çalışma 260 kişi ile tamamlanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2005).

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Çalışmada amacımıza uygun olarak literatür taranarak 5 bölümden oluşan anket formu oluşturuldu. Çalışma sürecinde herhangi bir nedenle Sakarya Sapanca Kırkpınar Aile Sağlığı Merkezi Dokuz No'lu Birime herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üstü bireylere çalışmanın amacı ve konusu anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden, bilişsel fonksiyonları yeterli, ortanye ve koopere olabilen 65 yaş ve üstü bireylere anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. Anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerini ve özgeçmiş özelliklerini sorgulayan maddelerden oluşmaktadır. İkinci bölüm “Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)”, üçüncü bölüm “Nottingham Sağlık Profili (NHP)”,

dördüncü bölüm “Barthel İndeksi (BI)” ve beşinci son bölüm ise “Birinci Basamak İçin Fiziksel Aktivite Anketi’nin” maddelerini içermektedir.

3.4.1. Yaşam doyumu ölçeği Türkçe versiyonu

Yaşam Doyumu Ölçeği Diener ve ark. ile birlikte 1985 yılında geliştirilmiştir. “Kesinlikle katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” derecesinde değişen yedili likert tipinde olan ölçek 5 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır (Diener ve ark., 1985). Türkçe geçerlik-güvenirlik ölçek çalışması ilk kez 1991 yılında Köker tarafından yapılmıştır. Geçerli-güvenilir olduğu gösterilmesine rağmen 7’li likert tipinde cevapların birbirine çok yakın olması nedeniyle cevaplanabilirliğinin zor olması, kültürel uyarlamasının uygun olmaması üzerine Dağlı ve Baysal ile birlikte 2016 senesinde 5’li likert tipinde yeniden Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında puanlanmakta olup, toplamdan alınacak puan 5-25 arasında değişmektedir. Yaşam Doyumu Ölçeğinin herhangi bir kesim noktası olmayıp puan arttıkça yaşam doyumunun artmakta olduğu şeklinde değerlendirilir (Dağlı ve Baysal, 2016; Köker, 1991).

3.4.2. Nottingham sağlık profili’nin Türkçe versiyonu

Nottingham Sağlık Profili İngiltere’de 1993 yılında Avrupa Yaşam Kalitesi Değerlendirme ve Sağlık Ölçümü grubu tarafından geliştirilmiş olup, 2000 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından Türkçe geçerlik-güvenirliği yapılmıştır. Kişinin algıladığı sağlık problemlerinin günlük yaşamını ne derece etkilediğinin ölçen genel bir ölçektir. 6 bölüm, 38 maddeden oluşmaktadır. Alt bölümleri uyku, emosyonel reaksiyon, ağrı, sosyal izolasyon, enerji düzeyi ve fiziksel yeteneklerdir. Her soru “evet”, “hayır” olarak cevaplanmakta olup alınacak puan 0-100 arasında değişmektedir. Toplam puan ise 0-600 arasındadır. Alınan puan ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ters orantılıdır. Kestirim değeri bulunmayan ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi kötüleşmektedir (Küçükdeveci ve ark., 2000; Hunt ve ark., 1993).

3.4.3. Modifiye Barthel indeksi'nin Türkçe versiyonu

İlk olarak Mahoney ve ark. tarafından 1955 yılında geliştirilen Barthel İndeksi, daha sonra Shah ve ark. tarafından modifiye haline dönüştürülmüştür. Modifiye Barthel İndeksinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 2000 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından düzenlenmiştir (Küçükdeveci ve ark., 2000; Shah ve ark., 1989; Mahoney ve Barthel, 1965). Transfer, ambulasyon, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo yapma, tuvalete oturup kalkma, idrar kontinansı, gaita kontinansı parametrelerini değerlendiren ve bu parametre skorlarına göre hastaları 5 grupta toplayan indekstir. İndeksten alınacak puanlar 0-100 arasında değişmekte olup, alınan puana göre bireyler “0-20: tam bağımlı”, “21-61: ileri derecede bağımlı”, “62-90: Orta derecede bağımlı”, “91-99: Hafif derecede bağımlı” ve “100: Tam bağımsız” olarak değerlendirilmektedir.

3.4.4. Birinci basamak için fiziksel aktivite anketi Türkçe versiyonu

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı’nın desteğiyle 2002 yılında The London School of Hygiene and Tropical Medicine tarafından Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında birinci basamakta erişkinlerin fiziksel aktivite düzeyini değerlendirmek üzere geliştirilen “General Practice Physical Activity Questionnaire” oluşturulmuştur (NHS, 2013). Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 2019 yılında Kaya ve ark. tarafından yapılmıştır. 3 ana başlıkta 7’ser maddeden oluşmaktadır. Birinci bölüm bireyin iş yerindeki hareketliliği, ikinci bölümde son bir haftada yapılan aktiviteleri, son bölümde ise bireyin normal yürüyüş hızı ile ilgili maddeler içermektedir. Alınan değere göre kişi hareketli, orta derecede hareketli, az hareketli ve hareketsiz olmak üzere dört kategoriye ayrılır (Noğay ve Mehmet, 2019).

3.5. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktarılarak analiz edilmiştir. Çalışmamızın verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Değişkenler arasında ölçümler bakımından fark olup olmadığına grup sayısı iki ise “iki ortalama arasındaki farkın

önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “Tek Yönlü Varyans Analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, sonrasında farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Ki Kare testinden, sayısal ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın kesitsel tipte olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisinin kurulamaması, tek bir birime başvuran hastalar üzerinde yapıldığı için genellememesi en önemli kısıtlılıklarımızdandır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmaya T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan E-71522473-050.01.04-186716-304 karar sayılı ve 07.11.2022 tarihli etik kurul onayı alınarak başlanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmamıza toplam 260 kişi katılmıştır. Katılımcıların %58,8'inin (n:153) kadın, %41,2'sinin (n:107) erkek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $73,93 \pm 6,52$ Standart Sapma (SS) yıl olarak bulunmuştur. Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	65-70 yaş	93	35,8
	71-75 yaş	78	30,0
	76-80 yaş	48	18,5
	81 yaş ve üzeri	41	15,8
Cinsiyet	Erkek	107	41,2
	Kadın	153	58,8
Medeni durum	Bekar	83	31,9
	Evli	177	68,1
Eğitim durumu	Okuryazar değil	5	1,9
	Okuryazar	27	10,4
	İlkokul mezunu	63	24,2
	Ortaokul mezunu	43	16,5
	Lise mezunu	48	18,5
	Lisans mezunu	59	22,7
	Yüksek lisans/Doktora	15	5,8
Meslek	Emekli	121	46,5
	Ev hanımı	100	38,5
	Serbest meslek	19	7,3
	Ücretli çalışan	10	3,8
	Çiftçi	4	1,5
	Kamu çalışanı	3	1,2
	Yönetici	2	0,8
	İşçi	1	0,4
Gelir durumu	5 500 ₺'l altı	42	16,2
	5 500-15 000 ₺	126	48,5
	15 001 ₺ ve üstü	92	35,4
Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız	47	18,1
	Eşimle	143	55,0
	Eş/çocuk/anne/baba ile	29	11,2
	Çocuklar ile	41	15,8

Katılımcıların %92,7'sinin (n:241) hekim tanılı en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Ek hastalığı olanların %79,3'ünde (n:191) hipertansiyon (HT),

%32,8’inde (n:79) diabetes mellitus (DM), %30,3’ünde kalp damar hastalığı mevcut olduğu saptanmıştır. Hastaların özgeçmiş özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyleri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların özgeçmiş özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyleri

Özgeçmiş özellikler ve fiziksel aktivite düzeyleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık durumu	Evet	241	92,7
	Hayır	19	7,3
Ek hastalıklar	Hipertansiyon (HT)	191	79,3
	Diabetes Mellitus (DM)	79	32,8
	Kardiyovasküler hastalıklar	73	30,3
	Hiperlipidemi	43	17,8
	Kas eklem kemik hastalıkları	27	11,2
	Akciğer hastalığı	24	10,0
	Psikiyatrik hastalıklar	24	10,0
	Hormonal hastalıklar	21	8,7
	Böbrek hastalığı	17	7,1
	Prostat hastalıkları	17	7,1
	Romatizmal hastalık	15	6,2
	Nörolojik hastalık	15	6,2
	Kanser	13	5,4
	Göz hastalıkları	13	5,4
	Diğer*	12	5
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	246	94,6
	Hayır	14	5,4
Pandemi öncesi fiziksel aktivite durumu	Fiziksel aktivitemde engel yoktu çoğu aktiviteyi kendim yapabiliyordum	217	83,5
	Desteğe ihtiyaç duyuyordum	32	12,3
	Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıydım	11	4,2
Pandemide fiziksel aktivite durumu	Fiziksel aktivitemde engel yoktu çoğu aktiviteyi kendim yapabiliyordum	181	69,6
	Fiziksel aktivitemi kendim yapabilirsem de desteğe ihtiyaç duyuyordum	55	21,2
	Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıydım	24	9,2
Pandeminin azaldığı bugünlerde fiziksel aktivite durumu	Fiziksel aktivitemde engel yoktu çoğu aktiviteyi kendim yapabiliyorum	163	62,7
	Fiziksel aktivitemi kendim yapabilirsem de desteğe ihtiyaç duyuyorum	62	23,8
	Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıyım	35	13,5

*Diğer: Allerji, Hematolojik hastalık

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin güvenirliklerinin gösterilmesi için iç tutarlık kat sayıları (Cronbach alpha) hesaplanmıştır. Değerlendirilmesi ise; “ $0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değil” “ $0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenilir” “ $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise oldukça güvenilir” “ $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir” parametrelerine göre yapılmıştır (Tavşancıl, 2010). Daha sonra güvenilir olduğu

gösterilen ölçeklerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Katılımcıların birinci basamakta fiziksel aktivite durumları incelendiğinde %61,9'u (n:161) hareketsiz, %15,4'ü (n:40) az hareketli, %8,5'i (n:22) orta derecede hareketli ve %14,2'si (n:37) hareketli olduğu saptanmıştır. Yaşam doyumu ölçek ortalama puanı $20,76 \pm 4,43$ (SS), Modifiye Barthel indeksi ortalama puanı $90,40 \pm 18,45$ (SS) ve Nottingham sağlık profili ortalama puanı $112,86 \pm 126,02$ (SS) olarak tespit edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları ve iç tutarlık katsayıları Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları ve iç tutarlık katsayıları

		Sayı (n) Yüzde(%)	Ortalama $\pm$ SS	Min-maks	Cronbach alfa
Birinci basamakta fiziksel aktivite	Hareketsiz	161 (%61,9)			0,790
	Az hareketli	40 (%15,4)			
	Orta derecede hareketli	22 (%8,5)			
	Hareketli	37 (%14,2)			
Yaşam doyumu ölçeği			$20,76 \pm 4,43$	7-25	0,934
Modifiye Barthel indeksi			$90,40 \pm 18,45$	10-100	0,969
Nottingham sağlık profili			$112,86 \pm 126,02$	0-523,9	0,945
Ağrı			$16,60 \pm 23,89$	0-100	0,843
Duygusal reaksiyonlar			$12,56 \pm 19,81$	0-92,8	0,782
Uyku			$14,84 \pm 19,97$	0-100	0,598
Sosyal izolasyon			$10,17 \pm 19,31$	0-100	0,634
Fiziksel aktivite			$24,92 \pm 27,33$	0-100	0,871
Enerji			$33,77 \pm 39,46$	0-100	0,794

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma durumları ile yaşam doyumu ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (her biri için; $p > 0,05$). Öğrenim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivite durumları ile yaşam doyumu ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre, lisans ve üzeri mezunlarında yaşam doyumu ölçek puanı ilkökul ve altı mezunlara göre, çalışanlarda yaşam doyumu ölçek puanı ev hanımı olanlara göre, 15 001 ₺ ve üzeri geliri olanlarda yaşam doyumu ölçek puanı diğerlerine göre, eşiyile yaşayanlarda yaşam doyumu ölçek puanı çocuklarıyla yaşayanlara göre, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivitelerinde engel olmayanların yaşam doyumu ölçek puanı desteğe ihtiyacı olan

ya da dışa bağımlı olanlara göre daha yüksek saptanmıştır (her biri için $p<0.05$).

Katılımcıların cinsiyet, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma durumları arasında modifiye Barthel indeksi puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunamazken (her biri için; $p>0.05$) yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivite durumları arasında modifiye Barthel indeksi puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, 65-80 yaşında olanların modifiye Barthel indeksi puanı 81 ve üzeri olanlara göre, evli olanların modifiye Barthel indeksi puanı bekar olanlara göre, ortaokul, lise ya da lisans mezunlarında modifiye Barthel indeksi puanı ilköğretim ve altı mezunlara göre, çalışanlarda modifiye Barthel indeksi puanı ev hanımı olanlara göre, 15 001 ₺ ve üzeri geliri olanlarda modifiye Barthel indeksi puanı 5 500 ₺ altında olanlara göre, yalnız, eşiyile ya da ailesiyle birlikte yaşayanlarda modifiye Barthel indeksi puanı sadece çocuklarıyla yaşayanlara göre, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivitelerinde engel olmayanların modifiye Barthel indeksi puanı desteğe ihtiyacı olan ya da dışa bağımlı olanlara göre ve desteğe ihtiyacı olanların modifiye Barthel indeksi puanı dışa bağımlı olanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0.05$).

Yaş durumları arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır (her biri için; $p<0.05$). Buna göre, 81 yaş ve üzerinde olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0.05$).

Cinsiyetler arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, kadınlarda Nottingham sağlık profili ve ağrı, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları erkeklere daha yüksek olarak bulunmuştur (her biri için $p<0.05$).

Medeni durumlar arasında Nottingham sağlık profili ve uyku, fiziksel aktivite, enerji

alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, bekarlarda Nottingham sağlık profili ve uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları evlilere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (her biri için $p<0,05$).

Öğrenim düzeyleri ile Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ilkokul ve altı mezunu olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur (her biri için $p<0,05$).

Meslek durumları arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ev hanımı olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek saptanmıştır (her biri için $p<0,05$). Gelir durumları arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, geliri 5 500 ₺ altı olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları diğer gelir gruplarına göre daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0,05$). Birlikte yaşanan kişiler arasında Nottingham sağlık profili ve uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, sadece çocuklarıyla yaşayanların Nottingham sağlık profili ve uyku, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları ailesiyle birlikte yaşayanlara daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0,05$).

Kronik hastalık durumları arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, kronik hastalığı olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal

reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0.05$).

Pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivite durumları arasında Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, desteğe ihtiyacı olan ya da dışa bağımlı olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları engeli olmayanlara daha yüksek saptanmıştır (her biri için $p<0.05$). Katılımcıların Yaşam doyumu, Nottingham sağlık profili, Modifiye Barthel İndeksi ölçeklerinden aldıkları puanların sosyo-demografik, özgeçmiş ve fiziksel aktivite durumları ile karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivite durumları arasında birinci basamakta fiziksel aktivite durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, 81 yaş ve üzerinde olanlarda hareketsiz olma oranı, kadınlarda hareketsiz ya da az hareketli olma oranı, ilkökul ve altı mezunlarında hareketsiz olma oranı, ev hanımı olanlarda hareketsiz, az hareketli ya da orta derecede hareketli olma oranı, 15 001 ₺ ve üzeri geliri olanlarda hareketli olma oranı, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivitelerinde engel olmayanların hareketli olma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır (her biri için $p<0.05$). Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ve fiziksel aktivite durumlarına göre birinci basamakta fiziksel aktivite ölçeğinden alınan puana göre belirlenen hareketlilik durumu ile karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışma grubunun Yaşam doyumu, Nottingham sağlık profili, Modifiye Barthel İndeksi ölçeklerinden aldıkları puanların sosyo-demografik, özgeçmiş ve fiziksel aktivite durumları ile karşılaştırılması

	Yaşam doyumu ölçeği	Modifiye Barthel indeksi	Ağrı	Duygusal reaksiyonlar	Uyku	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji	Nottingham sağlık profili
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş									
65-70 yaş	21,31±4,57	96,51±9,96a	11,73±20,31b	9,31±16,60b	10,45±16,93b	7,81±18,75	15,59±22,08b	21,53±33,80b	76,42±105,14b
71-75 yaş	21,01±4,00	95,67±8,16a	14,64±22,46b	10,23±17,04	14,11±18,59b	8,66±16,38	21,28±22,89b	29,75±36,49b	98,68±111,35b
76-80 yaş	20,67±4,91	90,60±17,21a	18,51±27,52	16,39±26,21	15,94±20,05	13,31±23,95	27,86±27,12	36,83±40,06b	128,85±140,19b
81 yaş ve üzeri	19,12±4,03	66,32±27,63b	29,13±25,64a	19,91±20,79a	24,89±25,20a	14,72±19,12	49,55±31,32a	65,56±39,70a	203,76±134,84a
F/p	2,487/0,061	42,747/0,000*	5,610/0,001*	3,795/0,011*	5,289/0,001*	1,817/0,144	18,474/0,000*	14,071/0,000*	11,547/0,000*
Cinsiyet									
Erkek	21,28±4,65	92,88±17,25	11,14±21,77	10,20±19,84	10,94±18,41	7,48±17,59	16,93±26,46	23,37±38,14	80,05±126,50
Kadın	20,39±4,24	88,67±19,10	20,42±24,62	14,22±19,68	17,57±20,62	12,05±20,28	30,50±26,61	41,04±38,85	135,80±120,88
t/p	1,597/0,112	1,850/0,066	-3,205/0,002*	-1,617/0,107	-2,719/0,007*	-1,938/0,054	-4,058/0,000*	-3,635/0,000*	-3,591/0,000*
Medeni durum									
Bekar	19,98±4,20	86,00±21,74	18,55±20,86	13,82±19,19	19,07±22,42	12,54±20,63	32,56±27,73	41,12±39,30	137,67±123,86
Evli	21,12±4,49	92,47±16,35	15,68±25,19	11,97±20,12	12,86±18,45	9,06±18,62	21,33±26,47	30,32±39,17	101,22±125,68
t/p	-1,961/0,051	-2,411/0,017*	0,903/0,367	0,700/0,484	2,201/0,029*	1,357/0,176	3,141/0,002*	2,070/0,039*	2,190/0,029*
Eğitim durumu									
İlkokul ve altı	19,45±4,38b	83,61±22,55b	23,66±25,42a	17,05±21,06a	19,01±21,30	13,34±21,6	36,44±28,79a	50,16±39,70a	159,67±127,24a
Ortaokul mezunu	21,51±3,62	93,56±17,31a	9,96±18,83b	6,81±11,19b	10,17±17,11	6,10±12,83	15,79±24,20b	22,21±35,10b	71,05±96,57b
Lise mezunu	20,96±4,50	94,13±14,08a	11,85±21,73b	12,49±21,82	13,64±20,36	8,73±15,14	19,33±22,68b	29,10±37,12b	95,14±115,47b
Lisans mezunu	21,58±4,71a	95,44±8,78a	14,95±22,54	11,00±20,96	14,56±19,78	11,06±23,36	20,89±24,36b	24,37±36,79b	96,82±131,78b
Y.lisans/Doktora	23,00±3,63a	92,67±22,18	12,62±29,76	7,07±14,35	6,75±13,50	2,84±7,52	11,80±28,21b	14,93±35,08b	56,01±120,60b
F/p	4,049/0,003*	5,544/0,000*	3,704/0,006*	2,566/0,039*	2,330/0,057	1,777/0,134	7,855/0,000*	7,583/0,000*	6,152/0,000*
Meslek									
Ev hanımı	19,82±4,36b	87,10±20,41b	22,38±24,87a	15,34±20,48a	19,42±22,12a	11,84±19,82	33,76±26,63a	45,99±38,50a	148,72±121,62a
Çalışan	22,64±2,95a	97,69±4,27a	6,48±15,92b	4,61±11,50b	5,80±6,35b	3,69±12,17	8,09±16,70c	11,55±27,96c	40,22±69,39c
Emekli	20,93±4,69	90,79±18,93	15,09±24,04	12,84±20,78	13,97±19,99	10,88±20,43	23,03±27,90b	30,82±39,95b	106,63±133,12b
F/p	6,090/0,003*	4,812/0,009*	6,977/0,001*	4,242/0,015*	7,048/0,001*	2,683/0,070	14,228/0,000*	12,308/0,000*	11,546/0,000*
Gelir durumu									
5 500 ₺ altı	18,50±5,53c	84,02±23,02b	33,85±31,47a	25,82±27,47a	24,30±24,82a	19,78±25,67a	40,07±28,47a	55,77±40,57a	199,59±146,69a
5 500-15 000₺	20,44±4,01b	89,21±20,07	13,59±19,08b	11,90±17,93b	13,25±18,17b	10,66±19,53b	25,85±27,45b	35,54±40,46b	110,79±117,90b
15 001 ₺ ve üstü	22,22±3,91a	94,96±11,60a	12,84±22,67b	7,43±15,05b	12,70±18,83b	5,11±13,10b	16,72±23,46c	21,29±32,48c	76,09±107,54b
F/p	11,667/0,000*	5,786/0,003*	14,443/0,000*	13,820/0,000*	5,847/0,003*	8,910/0,000*	11,526/0,000*	11,526/0,000*	12,238/0,000*

a,b,c: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Tablo 4.4. Çalışma grubunun Yaşam doyumu, Nottingham sağlık profili, Modifiye Barthel İndeksi ölçeklerinden aldıkları puanların sosyo-demografik, özgeçmiş ve fiziksel aktivite durumları ile karşılaştırılması (devam)

Birlikte yaşanılan kişiler									
Yalnız	20,15±4,28	94,02±11,48a	13,24±17,61	14,72±20,25	16,64±20,43	14,26±23,68	22,55±22,57b	32,03±37,05	113,45±121,16
Eşimle	21,48±4,36a	92,41±16,37a	15,76±25,76	12,44±21,32	13,37±19,68	10,06±19,99	20,74±26,43b	28,90±39,26b	101,27±130,81b
Eş/çocuk/anne/baba	19,69±5,03	92,62±17,29a	14,57±23,55	7,47±13,06	9,18±8,43b	3,47±7,80	21,92±26,17b	32,41±39,44	89,01±99,57b
Çocuklar ile	19,71±4,05b	77,71±26,31b	24,81±22,53	14,14±17,57	21,92±24,33a	10,62±16,02	44,31±28,82a	53,68±38,03a	169,47±118,68a
F/p	2,947/0,033*	8,450/0,000*	2,077/0,104	0,915/0,434	2,948/0,033*	1,896/0,131	8,984/0,000*	4,415/0,005*	3,615/0,014*
Kronik hastalık durumu									
Evet	20,69±4,43	90,07±18,42	17,5±24,45	13,37±20,26	15,63±20,46	10,91±19,85	26,21±27,66	35,80±40,00	119,42±128,02
Hayır	21,63±4,36	94,63±18,78	5,12±9,53	2,40±7,47	4,82±6,53	0,84±3,66	8,48±15,44	7,92±17,47	29,56±45,65
t/p	-0,893/0,372	-1,038/0,300	4,597/0,000*	5,093/0,000*	5,422/0,000*	6,578/0,000*	4,471/0,000*	5,854/0,000*	6,741/0,000*
Düzenli ilaç kullanma durumu									
Evet	20,64±4,45	90,26±18,28	17,42±24,28	13,28±20,13	15,53±20,28	10,75±19,70	25,98±27,50	35,43±39,83	118,39±127,17
Hayır	22,86±3,42	93,00±21,82	2,22±4,75	0,00±0,00	2,69±5,35	0,00±0,00	6,24±15,27	4,51±11,86	15,67±28,95
t/p	-1,833/0,068	-0,541/0,589	7,588/0,000*	10,347/0,000*	6,658/0,000*	8,559/0,000*	4,445/0,000*	7,613/0,000*	9,165/0,000*
Pandemi öncesi fiziksel aktivite durumu									
Engel yok	21,30±4,30a	94,89±11,19a	12,81±21,24b	10,57±18,40b	12,86±18,00b	8,47±17,87b	19,22±23,13b	27,24±36,21b	91,17±111,31b
Desteğe ihtiyaç var	18,09±4,28b	71,69±27,84b	34,17±24,68a	22,92±22,85a	23,90±24,14a	21,29±24,82a	53,86±26,74a	66,93±39,72a	223,07±130,89a
Dışa bağımlı	17,82±3,66b	56,27±29,41c	40,21±35,13a	21,83±26,61	27,52±31,70a	11,36±19,84	53,17±36,13a	66,04±39,06a	220,13±169,81a
F/p	10,572/0,000*	61,101/0,000*	19,095/0,000*	6,989/0,001*	6,868/0,001*	6,427/0,002*	36,336/0,000*	20,673/0,000*	22,693/0,000*
Pandemide fiziksel aktivite durumu									
Engel yok	21,97±4,18a	97,65±7,25a	9,66±19,73b	8,75±16,99b	10,70±16,48b	6,33±15,73b	13,43±18,51c	18,58±30,29b	67,44±97,19b
Desteğe ihtiyaç var	18,13±3,60b	82,82±16,79b	29,37±23,07a	20,48±23,17a	21,53±20,42a	18,96±24,08a	46,74±24,57b	66,89±34,87a	203,97±114,22a
Dışa bağımlı	17,67±3,90b	53,17±27,58c	39,66±28,42a	23,22±22,67a	30,76±29,67a	18,96±22,81a	61,54±27,14a	72,40±38,70a	246,53±139,78a
F/p	26,747/0,000*	139,925/0,000*	33,339/0,000*	12,192/0,000*	16,322/0,000*	12,835/0,000*	95,083/0,000*	66,819/0,000*	56,672/0,000*
Pandeminin azaldığı bugünlerde fiziksel aktivite durumu									
Engel yok	22,15±4,11a	98,04±7,16a	8,80±18,68c	8,20±16,67c	10,73±16,91c	5,95±16,25b	11,65±17,31c	16,18±29,06c	61,51±95,23c
Desteğe ihtiyaç var	19,10±3,76b	88,23±13,70b	24,53±24,11b	16,24±21,78b	17,79±19,13b	15,23±19,56a	39,43±23,98b	56,17±35,52b	169,39±111,97b
Dışa bağımlı	17,23±4,02b	58,69±26,21c	38,88±26,91a	26,35±22,39a	28,76±26,89a	20,86±25,43a	60,99±25,75a	75,98±36,62a	251,82±130,09a
F/p	28,511/0,000*	134,195/0,000*	34,352/0,000*	14,958/0,000*	13,881/0,000*	12,383/0,000*	105,690/0,000*	71,288/0,000*	59,632/0,000*

a,b,c: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t: Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05

Tablo 4.5. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ve fiziksel aktivite durumlarının hareketlilik durumu ile karşılaştırılması

		Birinci basamakta fiziksel aktivite									
		Hareketsiz		Az hareketli		Orta derecede hareketli		Hareketli		Ki kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş	65-70 yaş	48	29,8	15	37,5	12	54,5	18	48,6	21,728	0,010*
	71-75 yaş	48	29,8	16	40,0	6	27,3	8	21,6		
	76-80 yaş	29	18,0	6	15,0	3	13,6	10	27,0		
	81 yaş ve üzeri	36a	22,4	3	7,5	1	4,5	1b	2,7		
Cinsiyet	Erkek	53b	32,9	17b	42,5	10	45,5	27a	73,0	20,174	0,000*
	Kadın	108a	67,1	23a	57,5	12	54,5	10b	27,0		
Medeni durum	Bekar	58	36,0	13	32,5	6	27,3	6	16,2	5,672	0,129
	Evli	103	64,0	27	67,5	16	72,7	31	83,8		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	81a	50,3	8b	20,0	2b	9,1	4b	10,8	57,748	0,000*
	Ortaokul mezunu	25	15,5	7	17,5	4	18,2	7	18,9		
	Lise mezunu	22	13,7	12	30,0	4	18,2	10	27,0		
	Lisans mezunu	31	19,3	9	22,5	6	27,3	13	35,1		
	Y.lisans/Doktora	2b	1,2	4a	10,0	6a	27,3	3	8,1		
Meslek	Ev hanımı	80a	49,7	15a	37,5	5a	22,7	0b	0,0	51,198	0,000*
	Çalışan	11	6,8	6	15,0	6	27,3	16	43,2		
	Emekli	70	43,5	19	47,5	11	50,0	21	56,8		
Gelir durumu	5 500 ₺ altı	32	19,9	7	17,5	1	4,5	2	5,4	14,286	0,027*
	5 500-15 000 ₺	84	52,2	16	40,0	10	45,5	16	43,2		
	15 001 ₺ ve üstü	45b	28,0	17	42,5	11	50,0	19a	51,4		
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız	33	20,5	7	17,5	5	22,7	2	5,4	12,749	0,174
	Eşimle	82	50,9	22	55,0	14	63,6	25	67,6		
	Eş/çocuk/anne/baba	15	9,3	5	12,5	3	13,6	6	16,2		
	Çocuklar ile	31	19,3	6	15,0	0	0,0	4	10,8		
Kronik hastalık durumu	Evet	150	93,2	37	92,5	20	90,9	34	91,9	0,194	0,979
	Hayır	11	6,8	3	7,5	2	9,1	3	8,1		
Düzenli ilaç kullanma	Evet	152	94,4	39	97,5	21	95,5	34	91,9	1,236	0,744
	Hayır	9	5,6	1	2,5	1	4,5	3	8,1		
Pandemi öncesi fiziksel aktivite durumu	Engel yok	125b	77,6	35	87,5	21	95,5	36a	97,3	13,932	0,030*
	Desteğe ihtiyaç var	25	15,5	5	12,5	1	4,5	1	2,7		
	Dışa bağımlı	11	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Pandemide fiziksel aktivite durumu	Engel yok	92b	57,1	34a	85,0	19a	86,4	36a	97,3	33,381	0,000*
	Desteğe ihtiyaç var	47	29,2	4	10,0	3	13,6	1	2,7		
	Dışa bağımlı	22	13,7	2	5,0	0	0,0	0	0,0		
Pandeminin azaldığı bugünlerde fiziksel aktivite durumu	Engel yok	78b	48,4	33a	82,5	19a	86,4	33a	89,2	38,097	0,000*
	Desteğe ihtiyaç var	51	31,7	5	12,5	2	9,1	4	10,8		
	Dışa bağımlı	32	19,9	2	5,0	1	4,5	0	0,0		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare:Ki kare testi, *:p<0,05

Çalışmamızda Nottingham Sağlık profilinin alt alanlarından alınan puanlar ile Yaşam Doyumu ve Modifiye Barthel İndeksinden alınan puanlar arasında zayıf-orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ölçekler arasındaki korelasyon matrisi Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Korelasyon matrisi

		Yaşam doyumu ölçeği	Modifiye Barthel indeksi
Ağrı	r	-0,458	-0,500
	p	0,000*	0,000*
Duygusal reaksiyonlar	r	-0,556	-0,383
	p	0,000*	0,000*
Uyku	r	-0,396	-0,357
	p	0,000*	0,000*
Sosyal izolasyon	r	-0,474	-0,306
	p	0,000*	0,000*
Fiziksel aktivite	r	-0,528	-0,628
	p	0,000*	0,000*
Enerji	r	-0,512	-0,527
	p	0,000*	0,000*
Nottingham sağlık profili	r	-0,584	-0,560
	p	0,000*	0,000*
Yaşam doyumu ölçeği	r	1	0,390
	p		0,000*

Katılımcıların hareketlilik durumları ile yaşam doyumu ölçeği, modifiye Barthel indeksi, Nottingham sağlık profili ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmıştır (her biri için; $p < 0,05$). Buna göre, hareketli ya da az hareketli olanlarda yaşam doyumu ölçek puanı; hareketsiz olanlara göre ve hareketli, orta derecede hareketli ya da az hareketli olanlarda modifiye Barthel indeksi hareketsiz olanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (her biri için $p < 0,05$). Ayrıca hareketsiz olanlarda Nottingham sağlık profili ve alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır. Katılımcıların hareketlilik durumları ile yaşam doyumu ölçeği, modifiye Barthel indeksi, Nottingham sağlık profilinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Çalışma grubunun hareketlilik durumları ile YDÖ, BI, NSP'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Birinci basamakta fiziksel aktivite				F	p
	Hareketsiz	Az hareketli	Orta derecede hareketli	Hareketli		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Yaşam doyumu ölçeği	19,66±4,44b	22,28±3,86a	22,14±3,96	23,05±3,70a	9,769	0,000*
Modifiye Barthel indeksi	85,39±21,83b	98,35±3,83a	97,59±4,56a	99,38±2,23a	11,790	0,000*
Ağrı	23,18±26,23a	6,57±11,05b	6,89±19,81b	4,59±13,29b	12,135	0,000*
Duygusal reaksiyonlar	16,48±21,12a	6,02±13,85b	6,93±18,64	5,94±15,78b	5,839	0,001*
Uyku	18,79±22,37a	9,57±14,91b	11,47±15,06	5,34±8,54b	6,405	0,000*
Sosyal izolasyon	13,81±21,22a	5,05±16,86	2,83±7,30	4,24±13,61b	5,320	0,001*
Fiziksel aktivite	33,86±28,62a	11,64±15,32b	11,46±18,06b	8,35±18,51b	18,244	0,000*
Enerji	47,16±40,70a	11,44±20,36b	13,75±31,90b	11,52±26,17b	19,801	0,000*
Nottingham sağlık profili	153,28±132,48a	50,29±73,35b	53,32±93,95b	39,98±77,33b	17,327	0,000*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

*F:One-way ANOVA testi, *:p<0,05*

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyanın her ülkesinde her bir insan uzun ve sağlıklı bir yaşam şansına sahip olmalıdır. Her ne kadar tüm insanlar eşit koşullara sahip olmasa da global olarak 60 yaş ve üstü kişi sayısı ve oranı gün geçtikçe artmaktadır. (<https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab1>, Erişim Tarihi: 03.08.2023). Fiziksel aktivitenin her yaş grubunda sağlık için olumlu etkileri vardır. Wen ve ark. Tayvan’da yaptıkları 12 yılı kapsayan prospektif kohort çalışmasında, fiziksel aktif bireylerde tüm nedenlere bağlı mortalitede azalma olduğu ve yaşam sürelerinin yaklaşık 3 yıl daha uzun olduğu bildirilmiştir. Bu durum gerek sağlık gerekse sosyal bakım üzerindeki yükün azaltılmasında, sağlıklı yaşlanmanın sağlanmasında fiziksel aktivitenin önemini açıkça göstermektedir (Wen ve ark., 2011). Sağlıklı yaşlanma, hastalık olmayışı, fiziksel ve mental işlevselliğin devam etmesi, yaşam doyumunun yüksek olması gibi kavramları içermekte olup, DSÖ yaşla birlikte yaşam doyumu ve kalitesinin azalmaması, topluma katılımın en üst seviyede devam idame olması için sağlıklı yaşlanmayı her birey için hak olarak görmektedir (Bowling ve Dieppe, 2005). Çalışmamızda yaşlı nüfusta fiziksel aktivite düzeylerini, fiziksel aktivite düzeyleriyle yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki bağlantıyı, etkili olabilecek faktörleri ve pandemi döneminin yaşlı bireylerin fiziksel aktivite düzeylerine nasıl etki ettiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızın bulguları incelendiğinde; katılımcıların büyük bir kısmının (%92,7) tanı konulmuş en az bir kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında ise dışa bağımlılıklarının arttığını görülmüştür. Çalışmamızda 81 yaş ve üzerinde olanlarda hareketsiz olma oranı, kadınlarda hareketsiz ya da az hareketli olma oranı, ilkokul ve altı mezunlarında hareketsiz olma oranı daha yüksek saptanmıştır. Ev hanımı olanlarda hareketsiz, az hareketli ya da orta derecede hareketli olma oranı, 15 001 ₺ ve üzeri geliri olanlarda ise hareketli olma oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve bugünlerdeki fiziksel aktivite durumları arasında modifiye Barthel indeksi puanı yönünden anlamlı derecede farklılık

saptanmıştır. İlkokul ve altı mezunu olanların Nottingham sağlık profili ve ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel aktivite, enerji alt boyut puanları diğer eğitim durumlarına göre daha anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hareketsiz olan bireylerin yaşam doyumunun az, yaşam kalitelerinin daha düşük ve günlük aktivitelerini desteksiz yapma düzeylerinin daha az olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar ve bunlara bağlı morbiditenin azaltılmasında sağlıklı yaşam biçim davranışlarının benimsenmesi belirgindir. Bunlardan en önemlilerinden birisi önerilen fiziksel aktivitenin yapılmasıdır. Kang ve ark. Güney Kore’de yaşayan yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmada fiziksel aktivitenin iyiliğiyle yaşam kalitesine olan pozitif yönlü ilişkisi gösterilmiştir (Kang ve ark., 2018). Fiziksel aktivite yaşla birlikte azalan fonksiyonların azalma hızını yavaşlatması, sakatlık ve engelliliği önlemesi gibi nedenlerle yaşam doyumunu, yaşam kalitesi, iyilik durumu gibi faktörler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Fiziksel aktivitenin depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikolojik problemleri azalttığı, yaşamı daha anlamlı bulma ile ilişkili olduğu ve bu durumların dolaylı da olsa yaşam kalitesini olumlu değiştirdiği gösterilmiştir (Keysor ve Jette, 2001; Watanabe ve ark., 2000; Lampinen ve ark., 2000).

Çalışmamızda her 10 katılımcıdan 9’unun hekim tanımlı kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Dünya genelinde yılda meydana gelen ölümlerin yaklaşık %74’ü (41 milyon) bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyledir. En sık görülenler; kardiyovasküler hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıklarıyla diyabettir (<https://www.who.int/newsroom/factsheet/detail/noncommunicable-diseases>, Erişim Tarihi: 23.08.2023). CDC kayıtlarına göre Amerika Birleşik Devletleri’nde her 10 erişkinden 6’sında en az 1, 4’ünde ise 2 veya daha çok kronik hastalık mevcuttur. Aynı verilerde major hastalıkların, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet olduğu ve bu 3 hastalığın yıllık 4,1 trilyon dolar sağlık harcamasına neden olduğu görülmektedir (<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>, Erişim Tarihi: 23.08.2023). Dünya Bankası verilerine bakıldığında, Türkiye’de 2010-2015 yıllarında ölümlerin %89 bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyledir, 2019 yılında bu oran %90’a yükselmiştir. En sık 3 neden ise iskemik kalp hastalıkları, inme ve kanserdir (https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?contextual=similar&locations=TR&name_desc=false, Erişim Tarihi: 23.08.2023).

Çalışmamız verilerinin literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri kategorize edilmiş olup buna göre hareketsiz olma sıklığı %61,9 olduğu ve 80 yaş üzerinde daha fazla meydana geldiği, istenilen düzeyde fiziksel aktif yaşlıların oranının ise %14,2 olarak bulunmuştur. Sun ve ark. yaşlı kişilerde fiziksel aktivite sıklığını araştırdıkları bir sistematik derlemede, önerilen fiziksel aktivite sıklığını karşılayan yaşlı bireylerin sıklığının %2,4 ile %83 arasında değiştiği gösterilmiştir (Sun ve ark., 2013). Önerilen fiziksel aktivite düzeyinin tanımı çalışmalarda farklılık göstermekte, fiziksel aktiviteyi değerlendirmek amacıyla kullanılan değerlendirme araçlarının, çalışmaların metodolojik farklılıkları gibi nedenlerle aralık çok geniş çıkmış olabilir. Keza ülkelerin sosyoekonomik yapısına, bölgelerin çevresel koşullarına bağlı olarak önerilen ve/veya yapılabilecek aktivite türleri ve zamanları değişiklik gösterebilir.

Çalışmamızda Covid-19 pandemisi öncesinde fiziksel aktivite için engeli olmayıp çoğu aktiviteyi kendi yapan yaşlı yüzdesi %83,5, pandemide %69,6'ya ve sonrasında ise %62,7'ye düştüğü saptanmıştır. Kendi kendine fiziksel yeterli olan yaşlıların beklenildiği gibi hareketli olma sıklığı da daha fazla idi. Yapılan farklı sistematik derlemelerde Covid-19 pandemisinin hareketliliği, yürüyüşü, fiziksel aktivite düzeyini azalttığı gösterilmiştir (Stockwell ve ark., 2021; Park ve ark., 2022). Lesser ve Nienhuis 'in Kanada'da yaptıkları araştırmada Covid-19 pandemisi ile fiziksel olarak yeteri kadar aktif olmayan insanların %40,5'inin daha da inaktif olduğu, aktif insanların ise %22,4'ünün inaktif hale geldiği bildirilmiştir (Lesser ve Nienhuis, 2020). Pandemide olağan rutinin bozulması, işten, arkadaşlardan uzak kalınması gibi durumlar alışkanlıkların ve sosyal ağların aniden değişmesine sebep olmuştur. Değişen sosyal yaşam, azalan fiziksel temas kişilerin can sıkıntısı, endişe, kendi kendini soyutlama gibi duygular hissetmelerine neden olmuştur. Ayrıca Covid-19 enfeksiyonunun yaşlılarda mortalite ve morbiditesinin yüksek olması sosyal soyutlanma durumunu daha derin yaşanmalarına sebep olmuştur. Bu durum erişkin nüfusa göre daha hareketsiz olan yaşlı nüfusu iyice hareketsizliğe itmiş, sedanter yaşam tarzı alışkanlıkları kazanmalarına sebep olmuştur. Böylece fiziksel inaktif olan yaşlı bireylerde sarkopeni, günlük yaşam aktivitelerini yapma becerilerinde azalma, kronik sağlık problemlerinin görülme olasılıklarının arttığı ve sonrasında

hareket yeteneklerini de kaybederek daha da inaktif oldukları kısır bir döngüye girildiği gösterilmiştir (Cunningham ve O’Sullivan, 2020; Lippi ve ark., 2020).

Çalışmamızda sosyodemografik özellikleriyle fiziksel aktivite düzeyleri kıyaslandığında, kadınlarda ve çalışmayanlarda hareketsiz olma sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Sun ve ark. yaşlı nüfusta fiziksel aktiviteyi araştırdıkları sistematik derlemede genel olarak kadınların fiziksel aktivitelerinin erkeklerle kıyaslandığında düşükçe gösterilmiştir (Sun ve ark., 2013). Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 raporunda fiziksel aktivite düzeyi düşük, hafif ve yüksek olarak ayrılmış, düşük fiziksel aktivite düzeyi kadınlarda %61,1, erkeklerde %37,4; hafif fiziksel aktivite düzeyi kadınlarda %25,8 iken erkeklerde %26,3 iken yüksek fiziksel aktivite düzeyi ise kadınlarda %13,1 iken erkeklerde %36,3 olduğu gösterilmiştir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,sy2021-turkcepdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 24.08.2023). Dünya genelinde Lancet dergisinde yayınlanan bir rapora göre erişkinlerin dörtte birinin inaktif olduğu, bu oranın kadınlarda %31,7 iken erkeklerde ise %23,4 olarak bildirilmiştir (Cla, 2019). İngiltere Spor raporunda kız çocuklarının fiziksel aktivitelerden daha az zevk aldığı, yaşlandıkça sportif yeteneklerinde daha az güven duydukları ortaya konulmuştur. Maruz kalınan normlar, sunulan seçeneklere olan isteksizlik-uyum sağlamada zorluk gibi nedenlerle fiziksel aktivite yapmayabilmektedir. Birçok kadın kültürel kabul edilebilirlik, imajlarındaki güvensizlikler diğer faktörler olarak sayılabilir (Cla, 2019). Ek olarak erkeklerin daha fazla ev dışı iş sektöründe çalışmaları da katkı sağlamış olabilir. Çalışmamızın yaşlı nüfusta yapılmış olması ve çoğunluğu kadın ve aktif olarak çalışmıyor olması bu durumun ortaya çıkması ile ilişkili olabileceği, karıştırıcı faktör olarak göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmamızda öğrenim düzeyi yüksek olan kişilerin fiziksel aktif olma sıklıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yükseköğrenim düzeyine sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini seçme olasılıkları, dolayısıyla daha sağlıklı ve uzun yaşamaları olası olduğu fiziksel aktivitenin de en önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olduğu göz önünde bulundurulduğunda yükseköğrenim düzeyine sahip bireyleri daha aktif olmaları beklenebildiği belirtilmiştir (Kari ve ark., 2020). CDC’nin 1998 ve 2018 yıllarında arasında fiziksel aktivite sıklığının eğilim analizi yaparak

araştırdıkları ulusal çalışmada her öğrenim düzeyinde fiziksel aktivite sıklığının hemen hemen her dönem arttığı, üniversite ve üstü mezunlarında her dönem yeterli fiziksel aktivite sıklığının daha düşük öğrenim durumu olan kişilerle kıyaslanınca yüksekce bildirilmiştir (<https://www.cdc.gov/nchs/hus/data-finder.htm?year=2019&table=Table%20025>, Erişim Tarihi: 25.08.2023). Trost ve ark. yaptıkları sistematik derleme çalışmasında öğrenim seviyesinin fiziksel aktivite için pozitif bir belirleyici olduğu bildirilmiştir (Trost ve ark., 2002). Aaltonen ve ark. yaptığı araştırmada ergenlik dönemindeki akademik performansın genç yetişkinlik döneminde fiziksel aktivite için prediktör olduğu rapor edilmiştir (Aaltonen ve ark., 2016). Shaw ve Spokane tarafından yapılan araştırmada çalışmamızı destekler tarzda sonuç bildirilmiştir. Öğrenim düzeyinin fiziksel aktivite üzerindeki etki büyüklüğü net olarak ortaya konulamamakla beraber, eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite arasındaki çift yönlü ilişki aşıkardır. (Shaw ve Spokane, 2008). Öğrenim düzeyi ve fiziksel aktivite ilişkisine gelir düzeyi de katkı sunabilir. Ek olarak öğrenim düzeyi yüksek bireylerin gelir düzeyi daha iyi olan mesleklerde olacağı da ve gelir düzeyi iyi olan bireylerin spor salonu gibi ortamlarda daha fazla faaliyetlerde bulunarak fiziksel aktif kalacakları öngörülebilir. Çalışmamızda bu düşüncemizi destekler tarzda gelir durumu iyi olan bireylerin hareketli olma sıklığı diğerlerine göre yüksek belirlenmiştir. Sistematik bir derlemede de maddi imkan ve fiziksel aktivite ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (Trost ve ark., 2002). Brownson ve ark. çalışmalarında gelir düzeyi düşük kişiler arasında en sık yapılan fiziksel aktivitenin yürüme olduğu, gelir düzeyi yüksek kişilerde aerobik gibi sporların neredeyse 4 kat büyük görüldüğünü belirtmiştir (Brownson ve ark., 2000). Özellikle yaşlı grubun çoğunlukla kazanç sağlayıcı bir çalışmada aktif çalışmamaları ekonomik olarak zorluklar yaşamalarına dolayısıyla yaşamsal ihtiyaçlarına yönelik harcama yapmaları spor salonu gibi ücret karşılığında fiziksel aktivite yapılabilen alanlara gitmelerine engel olabilmektedir. Bu durum özellikle dışarıda fiziksel aktivitenin yapılamadığı zamanlarda problem oluşturmaktadır. Yaşlılar gibi frajil bir grupta, ülkelere göre değişkenlik göstermekle beraber dışarıda yürümenin zor olduğu mevsimlerde, yaşlı dostu olmayan şehirlerde yürümek çok zorlaşabilir, düşme dahil pek çok riske karşı yaşlıları açık hale getirebilir. Bu durum yaşlıları fiziksel inaktiviteye sürükleyebilmektedir.

Sonuç olarak yaşı nüfusta fiziksel aktivite durumlarının yaşamdaki kalite ve yaşamdaki doyumunu ile ilişkisinin değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmamızda yaşı nüfusta kronik hastalık yükünün oldukça yüksek olduğu, pandemi öncesine göre pandemi sonrasında kendi aktivitelerini tek başına yapan bireylerin yaklaşık %20 azaldığı, her on yaşıdan altısının hareketsiz olduğu, önerilen şekilde hareketli olan yaşlıların yüzdesinin ise sadece %14 olduğu ortaya konulmuştur. Fiziksel aktif olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız, yaşam doyumlarının ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yaşanan demografik değişim ile hızla yaşılanan dünya nüfusu ve yaşı ülkeler kategorisine giren ülkemizde, beraber kaydedilen epidemiyolojik dönüşümde dikkate alınarak önlemler alınmalıdır. Artan bulaşıcı olmayan hastalık yükü göz önünde bulundurularak değiştirebilir risk faktörleri belirlenerek bu faktörlerin yok edilmesi ve/veya azaltılması yoluyla oluşan riski minimuma indirmek gerektiği belirgindir. En önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite; hem doğrudan hem dolaylı olarak sağlık problemleri oluşmasında olasılıkları azaltarak, oluşan sağlık problemlerinin yönetimi-rehabilite edilmesini kolaylaştırarak koruma basamaklarının hepsinde yer alan etkin bir müdahale alanıdır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi için fiziksel hareketlilik sıklığının artırılması için özellikle yaşlılar gibi direnci düşük bir grup için şehirlerin yaşı dostu olarak tasarlanması, sosyal faaliyetlerde bulunacakları yerler; gezme- yeme-yürüme-yeşillik olan yerler- mola verme alanlarının demografik yapıya ve ergonomik özelliklere sahip şekilde planlanması için düzenlenmeler yapılmalıdır. Sağlıkta iyileşmenin göstergeleri için doğuştan beklenen yaşam süresinin yanı sıra QALY (Quality Adjusted Life Year - Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı) ve DALY (Disability Adjusted Life Years – Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları) özellikli parametreler kullanılmaktadır. Bu nedenle tıpkı Amerikan Gerontoloji Birliği gibi “Yaşama yıllar değil, yıllara yaşam katmak” prensibi ile sadece uzun yaşamak değil kaliteli yaşamaya yönelik çalışmalar olmalıdır. Fiziksel aktivitenin fiziksel sağlık üzerine olduğu kadar mental sağlık üzerine de etkisi bilinmektedir. Dolayısıyla yaşam doyumunun, yaşam kalitesinin artırılması için gereken saç ayaklarından birisi fonksiyonellik olup bu yol fiziksel aktiviteye çıkmaktadır. 65 yaş ve üstü popülasyonun yaş aldıkça bağımlılık düzeyinin azalması, yaşam kalitesinin ve yaşam doyumunun artması için fiziksel aktivitelerinin düzenli bir şekilde

yapılması ve bu konudaki farkındalığın artması gerektiğini düşünüyoruz.



6. KAYNAKLAR

- Aaltonen, S., Latvala, A., Rose, R. J., Kujala, U. M., Kaprio, J. & Siventoinen, K. (2016). Leisure-time physical activity and academic performance: Cross-lagged associations from adolescence to young adulthood. *Scientific reports*, 6, 39215.
- Aiken, L. R. (1995). Aging – An introduction to gerontology. In: Foster DS, ed. California: Sage Publication, p:263-400.
- Akın, G. (2004). İnsanın Ortaya Çıkışı ve Toplumsal Davranışı. Yaşlılık: Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler. Editör: Velittin Kalınkara, Odak Yayınları, Ankara, s:1-33.
- Aksüllü, N. (2002). Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas (Danışman: Doç. Dr. S Doğan).
- Akyol, A. G. A., Bilgiç, A. G. P. ve Ersoy, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Klasmat Matbaacılık, Ankara, s:8-19.
- Alexandre, T. D. S., Cordeiro, R. C. & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saude Publica*, 43 Suppl 4, S613-S621.
- Arslan, P., Rakıcıoğlu, N. (2004). Beslenme Risk Taraması ve Yaşlı Beslenmesi, Yaşlılık Gerçeği. Gebam, Ankara, s:97-114.
- Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J. & Noreau, L. (2009). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology*, 55 Suppl 1, S64-S72.
- Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı. Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. Bminia, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları, Ankara, s:1-5.
- Aydın, Z. (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13 Suppl 4, S43-S46.
- Bakhsipour, A. (2008). The relation of life satisfaction, problem solving style and religious believes with general health. *Journal of Modern Psychological Researches*, 3 Suppl 9, S1-S19.
- Baştürk, B., Boyacıoğlu, S. (2004). İmmün yaşlanma. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 Suppl 3, S159-S161.
- Bayanı, A. A., Koocheky, A. M. & Goodarzi, H. (2007). The reliability and validity of the satisfaction with life scale, *Journal of Iranian Psychologists*, 3 Suppl 11, S259-S265.

Shaw, B. A., Spokane, L. S. (2008). Examining the association between education level and physical activity changes during early old age. *Journal of Aging and health*, 20 Suppl 7, S767–S787.

Borg, C., Hallberg, I. R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, Suppl 15, S607-S618.

Bowling, A., Dieppe, P. 2005. What is successful ageing and who should define it? *Bmj*, 331 Suppl 7531, S1548-S1551.

Bölüktaş, R. P. (2019). Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme, Yaşlı Bakımı. Editör: Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul, s:1-52.

Brownson, R. C., Eyler, A. A., King, A. C., Brown, D. R., Shyu, Y.-L. & Sallis, J. F. (2000). Patterns and correlates of physical activity among US women 40 years and older. *American Journal of Public Health*, 90 Suppl 2, S264-S270.

Budreviciute, A., Damiani, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., Katileviciute, A., Khoja, S. & Kodzius, R. (2020). Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Front Public Health*, 8, 574111.

Can, M. İ., Aslan, A. (2014). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 30 Suppl 2, S107-S112.

Canbaz, S., Sünter, A. T., Dabak, S. ve Pekşen, Y. (2003). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 33 Suppl 5, S335-S340.

Canedo, A. C., Lopes, C. S. & Lourenço, R. A. (2018). Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people study (Fibra RJ). *Geriatrics & Gerontology International*, 18 Suppl 8, S1280-S1285.

Caner, Z. G., Ünal, M., Apaydın, Z., Dağ, A., Okur, Ş., Kara, E. ve Bildik, C. (2020). Covid-19 hastalığı ve ev egzersizlerinin önemi. *Journal of Medical Sciences*, 1 Suppl 3, S25-S33.

Cho, D., Cheon, W. (2023). Older adults' advance aging and life satisfaction levels: Effects of lifestyles and health capabilities. *Behavioral Sciences*, 13 Suppl 4, S293.

Cla, T. (2019). Time to tackle the physical activity gender gap. *The lancet public health*, 4 Suppl 8, Se360

Clark, D. M., Perry, L. A. (1987). Normal ageing. In: Wasylenki, D. A.,ed. *Psychogeriatrics: A Practical Handbook*. London: Jessica Kingsley Publishers, p: 273

Committee, P. A. G. A. (2008). Physical activity guidelines advisory committee report. In: Haskell WL, Nelson ME, eds. U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C., p:A1-C8.

Cunningham, C., O'Sullivan, R. (2020). Why physical activity matters for older adults in a time of pandemic. *European Review of Aging and Physical Activity*, 17 Suppl 16, S1-S4.

Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., ve Cantürk, A. (2006). Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 Suppl 1, S30-S33.

Dağlı, A., Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 Suppl 59, S1250-S1262.

Dahany, M.-M., Drame, M., Mahmoudi, R., Novella, J.-L., Ciocan, D., Kanagaratnam, L., Morrone, I., Blanchard, F., Nazeyrollas, P. & Barbe, C. (2014). Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *European Geriatric Medicine*, 5 Suppl 6, S365-S370.

Day, L., Fildes, B., Gordon, I., Fitzharris, M., Flamer, H. & Lord, S. (2002). Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *Bmj*, 325 Suppl 7356, S128.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 Suppl 1, S71-S75.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In: Snyder CR, Lopez S, eds. *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford University Press 2, p: 463-473.

Dikmenoğlu, N. (2000). Değişik Sistemlerde Yaşlanma Olgusu. Editörler: Beyazova M., Kutsal YG. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, Güneş Kitapevi, Ankara, s:1120-1356.

Duyar, İ. (2008). Yaşlanma, Yaşlılık ve Antropoloji. Editörler: Akman Ş, Beğer T, Işık TA, Karan MA, Mas R, Ünal T. *Geriatrici*, birinci baskı, Ankara, s: 9-19.

Elwood, P., Galante, J., Pickering, J., Palmer, S., Bayer, A., Ben-Shlomo, Y., Longley, M. & Gallacher, J. (2013). Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. *PloS one*, 8, e81877.

Etnier, J. L., Salazar, W., Landers, D. M., Petruzello, S. J., Han, M., & Nowell, P. (1997). The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19 Suppl 3, S249-S277.

Gregg, E. W., Pereira, M. A., & Caspersen, C. J. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 Suppl 8, S883-S893.

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6 Suply 10, Se1077-Se1086.

Gündüz, O. H. (2000). Yaşlılarda postür ve yürüme. *Türk Geriatri Dergisi*, 3 Suppl 4, S155-S162.

Güneş, G. Y. (2015). Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ö Yılmaz)

Hablemitoğlu, Ş., Özmete, E. (2010). Yaşlı Refahı, Kilit Yayınları, Ankara, s:67-200

Hunt, S., Alonso, J., Bucquet, D., Niero, M., Wiklund, I. & Mckenna, S. (1993). European Group for quality of life, assessment and health measurement. European Guide to the Nottingham Health Profile. Brookwood Medical publication: Surrey,London, p:1-16

İlgar, L., İlgar, Ş. (2007). Yaşlılık dönemi ve yaşlının gelişim görevleri. *HAYEF Journal of Education*, 4 Suppl 1, S147-S156.

Kalınkara, V. (2011). Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi, Nobel Yayınevi, 1. Basım, Ankara, s:1-97.

Kang, H.-W., Park, M. & Wallace, J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7 Suppl 2, S237-S244.

Kari, J. T., Viinikainen, J., Böckerman, P., Tammelin, T. H., Pitkanen, N., Lehtimäki, T., Pahkala, K., Hirvensalo, M., Raitakari, O. T. & Pehkonen, J. (2020). Education leads to a more physically active lifestyle: Evidence based on Mendelian randomization. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30 Suppl 7, S1194-S1204.

Keysor, J. J., Jette, A. M. (2001). Have we oversold the benefit of late-life exercise? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 Suppl 7, SM412-SM423.

Kinsella, K., Velkoff, V. (2001). An aging world. US Census Bureau, US Govt Printing Office, Washington DC, p:95/01-1.

Kirkendall, D. T., Garrett, W. E. (1998). The effects of aging and training on skeletal muscle. *The American Journal of Sports Medicine*, 26 Suppl 4, S598-S602.

Knuth, A. G., Bacchieri, G., Victora, C. G., & Hallal, P. C. (2010). Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64 Suppl 7, S591-S595.

Koldaş, Z. L. (2017). Yaşlılık ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir? *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45 Suppl 5, S1-S4.

Kotter-Grühn, D., Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 Suppl 5, S563-S571.

Köker, S. (1991). Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. B Onur).

Kudo, H., Izumo, Y., Kodamo, H., Watanabe, M., Hatakeyama, R. & Fukuoka, Y. (2007). diğerleri. Life satisfaction in older people. *Japan Geriatrics Society*, 7 Suppl 1, S15-S20.

Kutsal, Y. G. (2003). Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 24 Suppl 3-4, S1-S6.

Küçükdeveci, A., Mckenna, S., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D. ve Arasıl, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23 Suppl 1, S31-S38.

Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B. ve Arasıl, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32 Suppl 2, S87-S92.

Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., & Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. *Preventive medicine*, 30 Suppl 5, S371-S380.

Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. P., & Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 5 Suppl 4, S249-S255.

Lesser, I. A., Nienhuis, C. P. (2020). The impact of Covid-19 on physical activity behavior and well-being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 Suppl 11, S3899.

Lippi, G., Henry, B. M., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (Covid-19). *European Journal of Preventive Cardiology*, 27 Suppl 9, S906-S908.

Lopez-Ortega, M., Konigsberg, M. (2020). Health-related quality of life among Jewish older persons in Mexico and its determinants. *Health and quality of life outcomes*, 18 Suppl 152, S1-S11.

Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med Journal*, 14 Suppl 3, S56-S61.

Merom, D., Phongsavan, P., Chey, T. & Bauman, A. (2006). Long-term changes in leisure time walking, moderate and vigorous exercise: Were they influenced by the national physical activity guidelines? *Journal of Science and Medicine in Sport*, 9 Suppl 3, S199-S208.

Meyer, K., Rezny, L., Breuer, C., Lamprecht, M. & Stamm, H. P. (2005). Physical activity of adults aged 50 years and older in Switzerland. *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 50 Suppl 4, S218-S229.

Muntner, P., Gu, D., Wildman, R. P., Chen, J., Qan, W., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Prevalence of physical activity among Chinese adults: results from the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *American Journal of Public Health*, 95 Suppl 9, S1631-S1636.

NHS (2013). General practice physical activity questionnaire (GPPAQ). In: Care, DOHAS(ed.), Department of Health and social Care, p:1-2.

Nazlıel, H. (1999). Yaşlıda ağız ve diş sağlığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2 Suppl 1, S14-S21.

Noğay, A.E.K., Mehmet Ö. (2019). Birinci basamak için fiziksel aktivite anketinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Konuralp Medical Journal*, 11 Suppl 1, S1-S8.

Özgül, A. (2000). Geriatrik Patolojinin Esasları. Editör: Beyazova M. Gökçe-Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Cilt, Güneş Kitabevi, Ankara, s:1341-1352.

Park, A. H., Zhong, S., Yang, H., Jeong, J., & Lee, C. (2022). Impact of Covid-19 on physical activity: A rapid review. *Journal of Global Health*, 12 Suppl 1, S1-S9.

Passarino, G., De Rango, F., & Montesanto, A. (2016). Human longevity: Genetics or lifestyle? It takes two to tango. *Immunity & Ageing*, 13 Suppl 12, S1-S6.

Porta, E. A. (2002). Pigments in aging: An overview. *Annals of the New York Academy of sciences*, 959 Suppl 1, S57-S65.

Rejeski, W. J., Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*, 56 Suppl 2, S23-S35.

Santrock, J. (2012). Yaşam Boyu Gelişim: Gelişim Psikolojisi Çeviren: Yüksel G. 13. Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara, s:210-543.

Satman, I., Omer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccağ, N., Karşıdağ, K., Genç, S., Telci, A., ve Canbaz, B. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28 Suppl 2, S169-S180.

Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 Suppl 8, S703-S709.

Shyim, E. C., Korb, K. A. (2016). Factors contributing to the life satisfaction of secondary school teachers in Jos North LGA. *Journal of Educational Foundations*, 6 Suppl 1, S27-S36.

Soygüden, A., Cerit, E. (2015). Yaşlılar için egzersiz uygulamalarının önemi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 Suppl 1, S197-S224.

Soyuer, F., Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15 Suppl 3, S219-S224.

Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., Mcdermott, D., Schuch, F., & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the Covid-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 7 Suppl 1, S000960.

Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33 Suppl 1, S40-S50.

Sun, F., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC public health*, 13 Suppl 449, S1-S17.

Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (2005). Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Hatiboğlu Yayınları, Ankara, s:1-215.

Tamakoshi, A., Tamakoshi, K., Lin, Y., Yagyu, K., Kikuchi, S. & Group, J. S. (2009). Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan collaborative cohort (JACC) study. *Preventive medicine*, 48 Suppl 5, S486-S492.

Tavşancıl, E. (2010). Tutumların Ölçülmesi ve Spss İle Veri Analizi-Ezel Tavşancıl, Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul, s:1-230.

Teoli, D., Aeddula, N. R. (2020). Definition/introduction. *Patient Self-Determination Act*,142, 685-974.

Tereci, D., Turan, G., Nergis, K., Öncel, T., ve Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 16 Suppl 1 16, S84-S116.

Tomanbay, İ. (2002). Sosyal Rehabilitasyon-Sosyal Geriatri. Editör: Kutsal, Y. G. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı, Ankara: Turgut, s:248-259

Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Medicine & science in sports & exercise*, 34 Suppl 12, S1996-S2001.

Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 Suppl 3, S195-S196.

Uluocak, Ş., Aslan, C., Bakar, C., Gökulu, G., Bilir, O., ve Bakar, C. (2013). Çanakkale Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sosyo-Kültürel. Demografik, Ekonomik Özellikleri ile Sağlık Durumları ve Yaşam Kalitesi, Çanakkale Yaşlı Atlası. Çanakkale Olay Gazetesi, Çanakkale Belediyesi Yayınları, Çanakkale, s:21-155

Uyanık, Y., Başyigit, R. (2018). Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. *İş ve Hayat*, 4 Suppl 8, S273-S310.

Van Norman, K. A. 1995. Exercise programming for older adults. Human Kinetics Publishers, p:35-92.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 Suppl 2, S76-S81.

Watanabe, E., Okada, A., Takeshima, N., & Inomata, K. (2000). Comparison of water-and land-based exercise in the reduction of state anxiety among older adults. *Perceptual and motor skills*, 91, 97-104.

Weinert, B. T., Timiras, P. S. (2003). Invited review: Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 95 Suppl 4, S1706-S1716.

Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M.-C., Chan, H. T., Tsao, C. K., Tsai, S. P., & Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, 378 Suppl 9798, S1244-S1253.

Yakar, M. (2014). Türkiye'de ilçelere göre medyan yaş dağılımının mekansal ve istatistiksel analizi. *Electronic Turkish Studies*, 9 Suppl 11, S559-S591



7.EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-186716-304
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru dosyası

07.11.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 19.10.2022 tarih ve 304 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş üstü Popülasyonun Günlük Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
07.11.2022

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu : BSDK46EKRE Pin Kodu : 12672
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/ek-e5783a6e-d0-b5d46e6e-f5-186716>
Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İhçı





T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-300143-330
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

31.10.2023

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 17.10.2023 tarih ve 330 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş Üstü Popülasyonun Günlük Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; Araştırma isminin Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Popülasyonun Günlük Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi" olarak değiştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
31 / 10 / 2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Üniversite Kodu: BSMK/54AV5 Pın Kodu: 70752

Belge Tutarı Adresi: <https://trkiye.gov.tr/ebcck-5743&cD=BSMK/54AV5&cS=300143>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık,

Bilgi için: Hasan Konak

Adapazarı/Sakarya

Ünvanı: Sürekli İhçı

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağı: www.tip.sakarya.edu.tr



EK-2: Anket Formu

**Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Popülasyonun
Günlük Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam
Doyumuna Etkisi**

Anket Formu

- 1- Yaşınız? ----- Doğum tarihiniz? ----
- 2- Cinsiyetiniz? a) Erkek b) Kadın
- 3- Medeni durumunuz? a) Bekar b) Evli c) Eşi ölmüş d) Boşanmış e) Eşinden ayrı yaşayan
- 4- Eğitim durumunuz?
a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Üniversite (lisans) mezunu g) Yüksek lisans / Doktora mezunu
- 5- Mesleğiniz nedir?
a) Ev hanımı b) Kamu çalışanı c) Çiftçi
d) Ücretli çalışan (özel sektör) e) Yönetici (özel sektör) f) Serbest meslek g) Emekli h) İşsiz i) diğer-----
- 6- Gelir durumunuz nasıldır?
a) 5500 ₺ altı b) 5500-15 000 ₺ c) 15 001 ₺ ve üstü
- 7- Birlikte yaşadığınız bireyler var mıdır?
a. Tek yaşıyorum
b. Eşimle birlikte yaşıyoruz.
c. Büyüklerim anne ve veya baba ile yaşıyorum.
d. Eşim ,Cocuk / çocuklarım la birlikte yaşıyoruz
e. Çocuk, çocuklarımla birlikte yaşıyoruz.
- 8-Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
- 9-8. Soruya cevabınız “Evet” ise ek hastalığınız nedir? (Birden çok işaretleyebilirsiniz.)
a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Kalp damar hastalığı d) Romatizmal hastalık
e) Kanser hastalığı f) Akciğer hastalığı g) Sindirim sistemi hastalığı
h) Böbrek hastalığı
i) Kas eklem kemik rahatsızlığı j) Nörolojik (parkinson gibi) rahatsızlık
k) Yüksek kolesterol l) Hormonal (tiroid, böbrek üstü bezi vb. gibi)
Yüksek kolesterol k) Hormonal (tiroid, böbrek üstü bezi vb. gibi) l) Diğer (Lütfen belirtiniz.).....

10-Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11-10. Soruya cevabınız evet ise ne tür ilaç veya ilaçlar alıyorsunuz

- a) Tansiyon
- b) Kalp ritmi ilaçları
- c) Diyabet
- d) Kolesterol
- e) Kanseri ilacı
- f) Prostat ilacı
- g) Kemik erimesi
- h) Romatizma ilaçları
- i) Ağrı kesiciler
- j) Diğer...

12-Pandemi öncesi fiziksel aktivite durumunuz nasıldı?

- a) Fiziksel aktivitemde engel yoktu çoğu aktiviteyi kendim yapıyordum
- b) Fiziksel aktivitemi kendim yapabilirsem de desteğe ihtiyaç duyuyordum
- c) Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıydım.

13- Pandemide fiziksel aktivite durumunuz nasıldı?

- a) Fiziksel aktivitemde engel yoktu çoğu aktiviteyi kendim yapıyordum
- b) Fiziksel aktivitemi kendim yapabilirsem de desteğe ihtiyaç duyuyordum
- c) Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıydım

14- Pandeminin azaldığı bugünlerde fiziksel aktivite durumunuz nasıldı?

- a) Fiziksel aktivitemde engel yoktur çoğu aktiviteyi kendim yapıyorum
- b) Fiziksel aktivitemi kendim yapabilirsem de desteğe ihtiyaç duyuyorum
- c) Fiziksel aktivitemde dışa bağımlıyım

Ek: 1 Yaşam Doyumu Ölçeği

	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3	Yaşamımdan memnunum.					
4	Şimdiye kadar yaşamımdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim					

Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi

Tarih:/...../.....

Adı Soyadı:

1. Lütfen işinizin gerektirdiği fiziksel aktivitelerin türü ve miktarını belirtiniz.

Lütfen yalnız **bir** kutucuğu işaretleyiniz

- | | | |
|---|--|--|
| a | Çalışmıyorum (örn. emekli, malulen emekli, işsiz, tam zamanlı bakıcı, vs.) | |
| b | İşyerinde zamanım çoğunu oturarak geçiriyorum (örn; ofis işleri) | |
| c | İşyerinde zamanımın çoğunu ayakta veya yürüyerek geçiriyorum. Ancak yaptığım iş yoğun fiziksel aktivite gerektirmiyor. (örn; tezgahçı, kuaför, güvenlik görevlisi, bebek bakıcısı, vb) | |
| d | İşim ağır nesneleri kaldırmak veya alet kullanmak gibi belirli bir fiziksel aktivite gerektiriyor (örn; tesisatçı, elektrikçi, marangoz, temizlikçi, hemşire, bahçıvan, postacı, vs.) | |
| e | İşim çok ağır nesneleri kaldırmak da dahil olmak üzere şiddetli fiziksel aktivite gerektiriyor (örn; iskeleciler, inşaat işçisi, çöpçü, vs.) | |

2. Geçen hafta boyunca aşağıdaki aktivitelerin her birinde kaç saat harcadınız?

Lütfen çalışsanız da çalışmasanız da cevap veriniz.

	Hiç	1 saatten az	1- 3 saat arası	3 saat ve üzeri
a	Yüzme, koşu, aerobik, futbol, tenis, jimnastik gibi fiziksel egzersizler			
b	İşe giderken veya boş zamanlarda bisiklete binmek			
c	İşe giderken, alışveriş yaparken veya zevk için yürüme			
d	Ev işi, çocuk bakımı			
e	Hobi uğraşları (bahçe ya da ev içi uğraşlar)			

3. Normal yürüyüş hızınızı nasıl tanımlarsınız?

Lütfen yalnız **bir** kutucuğu işaretleyiniz.

a	Yavaş (saatte 5 km'den az)	
b	Sabit ortalama hız	
c	Tempolu hız	
d	Hızlı (saatte 7 km'den fazla)	

MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ

	KOD	I	II	III	IV	V
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli iskemle	0	1	3	4	5
C.	Merdiven	0	2	5	8	10
D.	Beslenme	0	2	5	8	10
E.	Giyinme	0	2	5	8	10
F.	Kişisel bakım	0	1	3	4	5
G.	Banyo yapma	0	1	3	4	5
H.	Tuvalet kullanımı	0	2	5	8	10
I.	İdrar kontinansı	0	2	5	8	10
J.	Gaita kontinansı	0	2	5	8	10

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

Nottingham Sağlık Profili

Aşağıda insanların günlük yaşantılarında karşılaşılabileceği bazı sorunlardan bahsedilmektedir.

Her bir sorunun sizde mevcut olup olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin

	Evet	Hayır
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum	☐	☐
Geceleri ağrım oluyor	☐	☐
Her şey moralimi bozuyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Dayanılmaz şiddette ağrım var	☐	☐
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum	☐	☐
Artık eğlenmeyi unuttum	☐	☐

	Evet	Hayır
Kendimi çok sinirli hissediyorum	☐	☐
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor	☐	☐
Kendimi yalnız hissediyorum	☐	☐

	Evet	Hayır
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	☐	☐
Öne eğilmek benim için zor oluyor	☐	☐
En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	☐	☐
Hiç yürüyemiyorum	☐	☐
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	☐	☐

Her bir sorunun sizde mevcut olup **olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin**

	Evet	Hayır
Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor	☐	☐
Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	☐	☐
Bazı şeylere, yerlere uzanmak, yetişmek zor oluyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Yürürken ağrım oluyor	☐	☐
Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum	☐	☐
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	☐	☐

	Evet	Hayır
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum	☐	☐
Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum	☐	☐
Ayakta durunca ağrım oluyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Kendi kendime giyinmek zor oluyor	☐	☐
Çabucak yoruluveriyorum	☐	☐
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor (örneğin mutfakta veya otobüs beklerken gibi)	☐	☐

	Evet	Hayır
Sürekli ağrım oluyor	☐	☐
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum	☐	☐
Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum	☐	☐
Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor	☐	☐
Gece uykularım çok kötü	☐	☐

	Evet	Hayır
İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor	☐	☐
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım var (örneğin baston veya bir kişi gibi)	☐	☐

	Evet	Hayır
Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor	☐	☐
Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum	☐	☐
Otururken ağrım oluyor	☐	☐

EK-3: Ölçeklerin Kullanım İzinleri

17.10.2022 12:39 Gmail - BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu tezimde kullanım izni

 Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu tezimde kullanım izni
3 ileti

Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com> 11 Ekim 2022 23:24
Alıcı: "gunesyavuzer@halic.edu.tr" <gunesyavuzer@halic.edu.tr>

Sayın Prof.Dr. Güneş Yavuzer Hocam iyi günler dilerim .
Adım Elif Akar. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanıyım.. Tez çalışması olarak 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin Yaşam doyumuna etkisi ile ilgili çalışma yapmak istiyoruz.

2000 yılında Hazırladığınız BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu hazırlayacağım tezimde sizin için uygunsa kullanım izni isterim. saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Melek Güneş YAVUZER <gunesyavuzer@halic.edu.tr> 12 Ekim 2022 08:55
Alıcı: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Sayın Akar
Barthel İndeksi Türkçe çevirisini kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim
Melek Güneş Yavuzer

Gönderen: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>
Gönderildi: 11 Ekim 2022 Salı 23:24
Kime: Melek Güneş YAVUZER <gunesyavuzer@halic.edu.tr>
Konu: BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu tezimde kullanım izni

[Alınılana metin gizlendi]



Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Birinci Basamak İçin Fiziksel Aktivite Anketinin TürkçeUyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği çalışmanızdaki Fizikse aktivite anketini tezimde kullanım izni

3 ileti

Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>
Alıcı: ozenmehmet@isnet.net.tr

10 Ekim 2022 23:38

SAYIN MEHMET ÖZEN HOCAM , İYİ AKŞAMLAR DİLERİM.

Adım Elif Akar. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanıyım.. Tez çalışması olarak 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin Yaşam doyumuna etkisi ile ilgili çalışma yapmak istiyoruz.

2017 yılında Birinci Basamak İçin Fiziksel Aktivite Anketinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği çalışmanızdaki Fizikse aktivite anketini hazırlayacağım tezimde sizin için uygunsa kullanım izni isterim.

Saygılarımla , iyi çalışmalar dilerim.

Mehmet ÖZEN <ozenmehmet@isnet.net.tr>
Alıcı: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>
Cc: aemelk@hotmail.com

11 Ekim 2022 15:57

Sayın Dr. Elif AKAR
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi AİLE HEKİMLİĞİ AD Asistanı
Sakarya

Sayın AKAR,
İngiltere'de 2002 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde The London School of Hygiene and Tropical Medicine tarafından Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kapsamında kullanılmak üzere geliştirilen ve tarafımızdan Türkçeye uyarlanan Birinci Basamakta Fiziksel Aktivite Anketi'ni (BBFAA) tez çalışmanızda kullanmak istemenizden çok memnun oldum. Tabii ki anketi kullanabilirsiniz.
Ekte ölçeğin uygulamasında yol gösterici olması için bir açıklama ve ölçeğin Türkçe sürümü ile uyarlama çalışmamızın yayımlandığı makaleyi gönderiyorum.
Ayrıca puan hesabının elektronik ortamda yapılarak aktivite düzeyinin belirlenmesine olanak sağlayan Excel dosyasını da ekte bulabilirsiniz.
Sormak istediğiniz başka bir konu olursa bana ya da tez çalışmasına danışmanlık yaptığım Uzm. Dr. Ayşe Emel KAYA NOĞAY'a (aemelk@hotmail.com) ulaşabilirsiniz.
Çalışmanızın sonuçlarını bizimle de paylaşırsanız ve yapacağınız tez/yayında makalemize atıfta bulunursanız seviniriz. Verimli ve başarılı bir çalışma olmasını dilerim.
Selam ve sevgiler...

Doç. Dr. Mehmet ÖZEN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Muratpaşa ANTALYA
Tel: 0 242 2494400 / 3376
E-posta: ozenmehmet@isnet.net.tr



Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Nottingham Sağlık Profili NHP 'nin Türkçe versiyonunu tezimde kullanım izni

3 ileti

Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

11 Ekim 2022 23:36

Alıcı: "kurtais@gmail.com" <kurtais@gmail.com>

Sayın Prof.Dr. Yeşim Kurtaiş Aytür Hocam, iyi günler dilerim.
Adım Elif Akar, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanıyım.. Tez çalışması olarak 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin Yaşam doyumuna etkisi ile ilgili çalışma yapmak istiyoruz.

2000 yılında Hazırladığınız Nottingham Sağlık Profili NHP Türkçe versiyonunu hazırlayacağım tezimde sizin için uygunsa kullanım izni isterim. saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim.

Yesim Kurtais <kurtais@gmail.com>

12 Ekim 2022 08:28

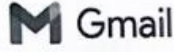
Alıcı: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Tabii ki kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar ve kolaylıklar dilerim.

Yeşim

Prof. Dr. Yeşim Kurtaiş Aytür
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
06100 Ankara
Tel: 0312 508 2349
[Alınılan metin gizlendi]



Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Nottingham Sağlık Profili NHP ve BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu tezimde kullanım izni

4 ileti

Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>
Alıcı: ayse.kucukdeveci@gmail.com

11 Ekim 2022 16:53

Sayın Prof.Dr. Ayşe Küçükdeveci Hocam iyi günler dilerim .
Adım Elif Akar. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanıyım.. Tez çalışması olarak 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin Yaşam doyumuna etkisi ile ilgili çalışma yapmak istiyoruz.

2000 yılında Hazırladığınız Nottingham Sağlık Profili NHP ve BARTHEL İndeksi ni Türkçe versiyonunu hazırlayacağım tezimde sizin için uygunsa kullanım izni isterim. saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>
Alıcı: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

16 Ekim 2022 09:14

Sayın Elif Akar,

Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmalarını yaptığımız Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve Modifiye Barthel İndeksini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
NHP ile ilgili olarak, firma destekli çalışmalar için, firmaların Galen Research'e kullanım ücreti ödemeleri gerekiyor. Çalışmanızın akademik amaçlı olduğunu ve firma desteği olmadığını bildirmenizi rica ederim.
Ekte adapte etmiş olduğumuz ölçeklerin Türkçe orijinal formlarını, NHP'nin puanlama açıklamasını ve refere etmeniz için ilgili makalelerimizi yolluyorum.
İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06230 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com

17.10.2022 12:35

Gmail - Türkçe ye Uyarlanmış Yaşam doyumu Ölçeğinin hazırlayacağım tezimde kullanım izni



Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Türkçe ye Uyarlanmış Yaşam doyumu Ölçeğinin hazırlayacağım tezimde kullanım izni

3 ileti

Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>
Alıcı: dagli@dicle.edu.tr

10 Ekim 2022 07:52

SAYIN HOCAM , İYİ AKŞAM DİLERİM.

Adım Elif Akar. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanıyım.. Tez çalışması olarak 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin Yaşam doyumuna etkisi ile ilgili çalışma yapmak istiyoruz.

2016 Yılında Elektronik sosyal bilimler Dergisinin autumn volume 15 sayısında yayınlanan Türkçe ye Uyarlanmış Yaşam Doyumu Ölçeğinin hazırlayacağım tezimde sizin için uygunsa kullanım izni isterim. saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Abidin DAĞLI <dagli@dicle.edu.tr>
Alıcı: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

10 Ekim 2022 13:17

Sn. Dr. Elif AKAR,

Tarafımızdan Türkçeye uyarlanan Yaşam Doyumu Ölçeğini çalışmalarınızda memnuniyetle kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim. Sevgilerimle.

Doç. Dr. Abidin DAĞLI

Gönderen: Elif Akar <dr.elifakar@gmail.com>

Gönderildi: 9 Ekim 2022 Pazar 19:52:54

Kime: Abidin DAĞLI

Konu: Türkçe ye Uyarlanmış Yaşam doyumu Ölçeğinin hazırlayacağım tezimde kullanım izni

[Alınılan metin gizlendi]

