

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GERONTOLOJİ ANABİLİM DALI

**RASYONEL SEÇİM TEORİSİ VE YAŞAM DURUMU TEZİ
ÇERÇEVESİNDE 60+ BİREYLERİN SAĞLIĞA İLİŞKİN
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ:
KORUYUCU SAĞLIK HİZMET MODELİ ÖNERİSİ**

İşıl KALELİ

DOKTORA TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GERONTOLOJİ ANABİLİM DALI

RASYONEL SEÇİM TEORİSİ VE YAŞAM DURUMU TEZİ
ÇERÇEVESİNDE 60+ BİREYLERİN SAĞLIĞA İLİŞKİN
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ:
KORUYUCU SAĞLIK HİZMET MODELİ ÖNERİSİ

Işıl KALELİ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İsmail TUFAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2025-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Gerontoloji Anabilim Dalı Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 10/07/2025

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. İsmail TUFAN
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Prof. Dr. Nil¼fer KORKMAZ YAYALAG¼L
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Prof. Dr. Hasan H¼seyin BAřIB¼Y¼K
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Doç. Dr. Sevinç S¼TL¼
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

¼ye : Dr. Öğretim Üyesi Ebru AKBAş
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼
Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci
Işıl Kaleli

Tez Danışmanı
Prof. Dr. İsmail TUFAN

TEŞEKKÜR

Öncelikle danışmanım Prof. Dr. İsmail Tufan’a verdiği değerli bilgiler ve rehberlik, destek ve motivasyon için teşekkür eder, saygılarımı ve şükranlarımı sunarım. Değerli komite üyelerine, Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Ana BD akademisyenlerine, Tazelenme Üniversitesi öğrencileri ve YAÇUMER yönetimine, aynı dönemde yol arkadaşlığı yaptığımız doktora öğrenci arkadaşlarıma ve iş arkadaşlarıma her zaman minnet duyacağım, teşekkür ederim. Ayrıca bu uzun yolculuğumda, sevgi karşılığı gösterdikleri anlayış ve destekleri için aileme gönülden teşekkür ederim, iyi varsınız. Bu doktora tezi sonunda aldığım ünvanı benim yanımda yürüten, beni destekleyen ve bana inanan her insan oğluna atfediyorum.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, yaşlılıkta sağlık davranış ve tutumlarının yaşam durumu ile ilişkisinin araştırılması; Yaşam Durum Tezi (YDT) ve Planlı Eylem Teorisine (PET) dayalı yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmet modeli önerisi yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel keşifsel özellikteki bu araştırmada, Antalya Tazelenme Üniversitesinde eğitim almakta olan 60 yaş ve üzeri 400 kişiden sosyo-demografik, YDT ve PET ile ilgili 6 bölümden oluşan veri toplama formu ile elde edilen veriler; tanımlayıcı, nedensellik ve ilişki testleri ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Tez kapsamında oluşturulan “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” adlı modelde, koruyucu sağlığa dair YDT boyutları ile PET yapılarının kavramsal çerçevesi belirlenmiştir. YDT belirleyici kavramları finansal kaynaklar, barınma koşulları, sağlık, sosyal, kültürel, mesleki, eğitim, öğretim, bakım ve desteğe erişimdir. Araştırmada, yaşlıların davranışsal tutumların (uyku, ilaç-kullanımı, sosyal ilişkiler/aktivite, beyin/zihin eğitimi, zararlı madde kullanımı, doğa/çevre), öznel algı normlarının (bakım teminatı, dini/manevi topluluklar, sağlık profesyonelleri, aile bireyleri, eğiticiler, topluluk ve toplumun yaşlı sağlığına ilişkin normatif algıları) ve eylem kontrolü algılarının (rutin fiziksel aktivite, beslenme, uyku, stres yönetimi, fiziksel sınırlarını ayarlama, aile/mahalleden desteği) koruyucu sağlığa dair niyet ve eylemleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda “düzenli fiziksel ve sosyal aktivitesi ve sağlık kontrolleri yaptıрма, zihinsel yetenek ve işlevlerini koruma” niyetleri olan yaşlıların; “egzersiz ve diyet, uyku ve stres yönetimi, sosyal ve zihinsel aktivitelerine” yönelik olumlu eylemlerde bulunması beklenmektedir.

Sonuç: Çalışmada, yaşlıların koruyucu sağlığa yönelik niyet ve eylemlerinin PET yapıları ve YDT boyutlarına göre belirlendiği “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” adlı model oluşturulmuştur. Model yaşlı bireyler, başta Gerontoloji olmak üzere ilgili tüm bilimsel disiplinler ve çalışmanın sonuçlarıyla ilgilenen kurum ve kuruluşların kullanımına sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, yaşam durumu, koruyucu sağlık, niyet, planlı eylem.

ABSTRACT

Objective: This study aims to explore the relationship between health attitudes/behaviours of older adults with their life circumstances; to propose a preventive healthcare service model for older adults based on the Life Situation Thesis (LST) and Theory of Planned Action (TPB).

Method: In this descriptive, cross-sectional, and exploratory study, data collected from 400 (60+ aged) Antalya Refinement University's students by using a questionnaire were analysed by using descriptive, causality and relationship analysing test methods.

Results: In the model named “YD-PET-KSHM for the Elderly” created within the scope of the thesis, the conceptual framework of YDT dimensions and PET structures were determined. The determinants of LST are financial resources, housing conditions, health, social, cultural, vocational, education, training, care, access to support. From the TPB point of view, it was found that the behavioural attitudes (sleeping, medication-usage, social relationships/ activities, brain/mental training, harmful substance use, nature/environment relations), subjective norms perceived (from religious/spiritual communities, healthcare professionals, family members, educators, community, society, and perception of care insurance) and perceived behaviour control (regular physical activity, healthy eating, sleep and stress management, adapting physical limitations into activities, receiving support from family/neighbourhood) determines the older adults’ intentions and behaviours regarding health prevention. Besides, older people who intend to "engage in regular physical/social activity, make health checks, preserve their mental abilities/functions" are expected to take positive actions regarding the behaviours on "exercise, diet, sleep and stress management, mental/ social activities"

Conclusion: "YD-PET-KSHM for older adults” is a model developed in scope of the study, which determines the preventive health intentions behaviours of older adults based on the TPB structures and LST dimensions. The model is proposed to be used by older adults, Gerontology and other related scientific disciplines and organizations and institutions interested with results of the study.

Key words: older adults, life situation, preventive health, intention, planned behaviour

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar.....	vi
ŞEKİLLER.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Çalışmanın Kapsamı	3
2.2 Yaşam, Yaşlanma ve Sağlık	8
2.3 Rasyonel Seçim Teorisi.....	11
2.4 RST Çerçevesinde Sağlık ve Sağlığı Koruma ile ilgili Literatür	15
2.5 PET Çerçevesinde Sağlık ve Sağlığı Koruma ile ilgili Literatür	16
2.6 Yaşam Durumu	19
2.6.1 Yaşlılıkta Finansal Durum.....	20
2.6.2 Yaşlılıkta Maddi Tedarik	22
2.6.3 Yaşlılıkta Temas, İletişim ve Etkileşim.....	24
2.6.4 Yaşlılıkta Öğrenme ve Deneyim	28
2.6.5 Yaşlılıkta Düzenleme ve Katılım.....	31
2.6.6 Yaşlılıkta Yenilenme	34
2.6.7 Yaşlılıkta Sosyal Ağ	37
3. GEREÇ ve YÖNTEM	40
3.1 Araştırma Felsefesi ve Teorik Çerçeve	40
3.2 Yaşam Durumu	41
3.3 Planlı Eylem Teorisi	43
3.4 Amaç	45
3.5 Araştırma Modeli ve Süreci.....	46
3.6 Araştırmanın İstatistiksel Modeli	48
3.7 Araştırma Soruları ve Hipotezler.....	50
3.8 Örneklem	50

3.9 Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması	51
3.10 Ölçme Aracının Geçerlilik ve Güvenirliği.....	52
Veri Analizi.....	66
3.11 Tanımlayıcı İstatistikler	66
3.12 İlişki Testleri.....	68
3.13 Araştırma ve İstatistik Modeli Uygulama Süreci	69
3.14 Araştırmanın Etik Boyutu	69
3.15 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	70
4. BULGULAR.....	71
4.1 Örneklem	71
4.2 Genel Bulgular	76
4.2.1 Genel PET.....	77
4.2.2 Genel Yaşam Durumu	81
4.3 PET Yapıları	87
4.3.1 Sağlıkla ilişkili Davranışsal Tutum	87
4.3.2 Sağlıkla ilişkili Özel Norm Algısı	88
4.3.3 Sağlıkla ilişkili Özel Eylem Kontrolü.....	89
4.3.4 Sağlıkla ilişkili Niyet ve Eylem.....	89
4.4 Yaşam Durumu Boyutları.....	95
4.4.1 Zenginlik ve Gelir Kapsamı.....	96
4.4.2 Maddi Kapsam.....	98
4.4.3 İletişim, İşbirliği ve Faaliyet Kapsamı.....	100
4.4.4 Öğrenme ve Deneyim Kapsamı.....	100
4.4.5 Düzenleme ve Katılım Kapsamı	102
4.4.6 Özgürlük, Yenilenme ve Değişim Kapsamı	104
4.4.7 Yardım ve Bakım Kapsamı	105
4.5 PET Yapılarının YDT Alt Boyutlarıyla İlişkisi	107
4.5.1 Zenginlik ve Gelir Boyutuyla PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. Aşama.....	108
4.5.2 Maddi Manevra Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama.....	109
4.5.3 İletişim, İşbirliği, Faaliyet Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama.....	111
4.5.4 Öğrenme ve Deneyim Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama	111

4.5.5 Düzenleme ve Katılım Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. Aşama	113
4.5.6 Özgürlük, Yenilenme, Değişim Boyutuyla PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama	115
4.5.7 Yardım, Yardım, Destek Boyutuyla PET Yapıları Arası İlişki: 1. Aşama.....	117
4.5.8 Yaşlılara yönelik Koruyucu Sağlık Bakım Modeli için 2. Aşama Testler: YDT Belirleyicileri	118
4.6 PET Yapıları Arasındaki İlişkiler	124
4.6.1 PET Yapılarının Niyet ile İlişkisi	124
4.6.2 Faktörlere göre PET Yapılarının Niyet ile İlişkisi.....	125
4.6.3 Niyet ve Eylem İlişkisi	127
4.6.4 Öznel Eylem Kontrolünün Eylem ile İlişkisi.....	127
4.7 Yaşam Durumu Tezi ve Planlı Eylem Teorisine göre Yaşlıların Koruyucu Sağlık Modeli	129
5. TARTIŞMA.....	131
5.1 Giriş ve Genel İnceleme.....	131
5.2 PET Yapıları	136
5.3 Yaşam Durumu	138
5.4 Yaşlılar için YD-PET-KSHM	141
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	144
KAYNAKLAR	148
EKLER	175
EK 1. Etik Kurul Onayı	175
EK 2 Katılımcı Bilgilendirme Formu	177
EK 3 Veri Toplama Aracı	178
ÖZGEÇMİŞ	187

TABLÖLER

Tablo 3.1 PET ve YD Boyutlarının faktör analizleri öncesi ilk Cronbach's Alpha değerleri	53
Tablo 3.2 DT maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.....	55
Tablo 3.3 Kalan DT maddelerinin korelasyonu.....	57
Tablo 3.3 ÖN maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.	57
Tablo 3.5 Kalan ÖN maddelerinin korelasyonu	59
Tablo 3.6 EK maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.....	59
Tablo 3.7 Kalan EK maddelerinin korelasyonu.....	60
Tablo 3.8 Niyet maddelerinin geçerlik ve güvenirliği	61
Tablo 3.9 Geçerli faktör alan “niyet” maddelerinin korelasyonu	62
Tablo 3.10 Eylem maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.....	62
Tablo 3.11 Geçerli eylem (davranış) maddelerinin korelasyonu.....	63
Tablo 3.12 Model oluşturmak için kullanılan PET maddeleri ve maddelere verilen olumlu cevap oranları.....	63
Tablo 3.5 Zenginlik ve gelir boyutu geçerlik, güvenirlik.	65
Tablo 4.14 Medeni durum.....	71
Tablo 4.15 Gelir durumu/kaynağı.....	72
Tablo 4.16 İkamet durumu.....	72
Tablo 4.17 Oturduğu evin mülkiyeti.....	72
Tablo 4.18 Hanehalkı.....	73
Tablo 4.19 Cinsiyete göre eğitim düzeyi.	73
Tablo 4.20 60+Tazelenme Üniversitesi'nde sınıfı.....	74
Tablo 4.21 Yaşa göre partneri olma, gelir ve eğitim durumunun incelenmesi.....	75
Tablo 4.22 Cinsiyete göre sosyodemografik verilerin incelenmesi.....	75
Tablo 4.23 Genel PET maddelerine verilen olumlu cevaplar.....	77
Tablo 4.24 Partneri olma durumuna göre genel PET puanları.	78
Tablo 4.25 Emekli olma durumuna göre genel PET puanları.....	79
Tablo 4.26 Eğitim durumuna göre genel PET ortalamasının karşılaştırılması.	81
Tablo 4.27 Genel YD sorularına verilen olumlu cevaplar.	82
Tablo 4.28 Partneri olma durumuna göre genel YD puanları.....	83
Tablo 4.29 Emekli olma durumuna göre genel YD.....	84
Tablo 4.30 Eğitim durumuna göre genel YD.....	86
Tablo 4.31 DT sorularına verilen olumlu cevaplar.	87
Tablo 4.32 Genel ÖN sorularına verilen olumlu cevaplar.	88
Tablo 4.33 Genel EK sorularına verilen olumlu cevaplar.	89
Tablo 4.34 EN sorularına verilen olumlu cevaplar.....	90
Tablo 4.35 Partneri olma durumuna sağlık EN.....	91
Tablo 4.36 Emekli olma durumuna göre EN.	93
Tablo 4.37 Eğitim grubuna göre EN.....	94
Tablo 4.38 Zenginlik ve Gelir maddelerine verilen olumlu cevaplar.....	96
Tablo 4.39 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre zenginlik ve gelir boyutu.	97
Tablo 4.40 Maddi manevra maddelerine verilen olumlu cevaplar.	98

Tablo 4.41 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre maddi manevra boyutu.....	99
Tablo 4.42 İletişim, işbirliği, faaliyet kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.	100
Tablo 4.43 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre iletişim, işbirliği, faaliyet kapsamı.....	100
Tablo 4.44 Öğrenme, deneyim kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.....	101
Tablo 4.45 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre öğrenme ve deneyim kapsamı.....	102
Tablo 4.46 Düzenleme, katılım kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.	103
Tablo 4.47 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre düzenleme ve katılım kapsamı.....	103
Tablo 4.48 Özgürlük, yenilenme, değişim kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.	104
Tablo 4.49 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre özgürlük, yenilenme, değişim kapsamı.	105
Tablo 4.50 Yardım, bakım, destek kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.	106
Tablo 4.51 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre yardım, bakım, destek kapsamı.....	106
Tablo 4.52 Zenginlik ve Gelir durumuna göre PET yapıları.	109
Tablo 4.53 Maddi manevra durumuna göre PET yapıları.	110
Tablo 4.54 İletişim, işbirliği, faaliyet durumuna göre PET yapıları.	112
Tablo 4.55 Öğrenme ve deneyim durumuna göre PET yapıları.	113
Tablo 4.56 Düzenleme ve katılım durumuna göre PET yapıları.	114
Tablo 4.57 Öğrenme, yenilenme, değişim kapsamı maddelerinin PET yapıları ile ilişkisi.....	116
Tablo 4.58 Yardım, bakım, destek kapsamı maddelerinin PET yapıları ile ilişkisi.	117
Tablo 4.59 Tek boyutta YDT maddelerinin DT ile ilişkisi: 2. Aşama.....	119
Tablo 4.60 Tek boyutta YDT maddelerinin ÖN ile ilişkisi: 2. Aşama.	120
Tablo 4.61 Tek boyutta YDT maddelerinin EK ile ilişkisi: 2. Aşama.....	121
Tablo 4.62 Anlamlı YDT maddeleri: DT , ÖN, EK ile ilişkisi.....	122
Tablo 4.63 Model oluşturmakta kullanılan YDT maddeleri ve maddelere verilen olumlu cevap oranları.	124
Tablo 4.64 DT, ÖN, EK madde ortalama puanlarının korelasyonu.	124
Tablo 4.65 PET yapılarının ilişkisi: DT, ÖN, EK boyutlarına göre Niyet.	125
Tablo 4.66 DT, ÖN, EK faktörlerinin korelasyonu.	125
Tablo 4.67 PET yapılarının ilişkisi: DT, ÖN, EK boyutlarına göre Niyet.	126
Tablo 4.68 PET yapılarının ilişkisi: Niyete göre eylemlerde bulunma durumu.	127
Tablo 4.69 PET yapılarının ilişkisi: öznel EK algısına göre eylemde bulunma durumu.....	128
Tablo 4.70 Araştırma hipotezleri sınanma sonuçları.	128

ŞEKİLLER

Şekil 3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri.....	46
Şekil 3.2 Araştırma modeli: Yaşam durumu çerçevesinde sağlıkla ilgili davranış ve tutumların “Planlı Eylem Teorisi” ile incelenmesi.....	47
Şekil 3.3 Araştırmanın istatistiksel modeli.	49
Şekil 3.4 Araştırmanın istatistik analiz süreci.....	69
Şekil 4.5 DT boyutlarıyla PET yapılarının (DT, ÖN, EK) arasındaki ilişkilerin belirlenmesi.	108
Şekil 4.6 Yaşlılar için YD-PET-KSHM.....	130

SİMGELER ve KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
DK	: Düzenleme, katılım kapsamı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Davranışsal Tutum
EK	: Eylem Kontrolü Algısı
EN	: Eylem Niyeti
İİF	: İletişim, işbirliği, faaliyet
MK	: Maddî manevra kapsamı
OD	: Öğrenme, deneyim kapsamı
OYD	: Özgürlük, yenilenme, değişim
ÖN	: Özne Norm Algısı
PET	: Planlı Eylem Teorisi
YD	: Yaşam Durumu
YDT	: Yaşam Durumu Tezi
YBK	: Yardım, bakım, destek kapsamı
ZG	: Zenginlik ve gelir kapsamı

1. GİRİŞ

Wahl ve Tesch-Römer'e (2000) göre "Uygulamalı gerontoloji, yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan önemli yetenek kayıplarının tedavisi ve rehabilitasyonunu amaçlar. Uygulamalı gerontoloji aynı zamanda yaşam boyu gelişim perspektifini her zaman göz önünde bulundurur" (s.5). Burada "koruyucu sağlık", iki boyutlu bir kavramdır. Objektif ve sübjektif sağlık kavramlarını dikkate almaktadır. Markus Borchelt'e göre tıbbi prevensiyon (önleme) araştırmaları genellikle kalp krizi veya akciğer kanseri gibi açıkça tanımlanmış hastalıklarla ilgilenmekte ve değiştirilebilir faktörlerin (örneğin yaşam tarzı alışkanlıkları ve çevresel toksinler) hastalık ve engelliliklerin gelişimini desteklediğini incelemektedir. Esas itibarıyla belirli hastalıkları önlemeye yönelik bu çaba, "Sağlığı korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdan farklıdır" (Borchelt, 2000, s.366). Hastalıkların önlenmesi ile sağlığın korunması arasında ayrım yapılması önemlidir; bunun sebebi ileri yaşlarda bedensel sağlığın kendisinde yatmaktadır. Yaşlılık, tıpta genellikle multimorbidite (polipatoloji), yani çoğunlukla kronik olmak üzere birden fazla hastalığın bir arada bulunması ile karakterize edilir. Geriatrik korunma söz konusu olduğunda, bir hastalığın veya sakatlığın başarılı şekilde önlenmesinin, potansiyel olarak çok sayıda fiziksel değişiklik nedeniyle mutlaka fiziksel sağlığın korunmasıyla sonuçlanmayacağı dikkate alınmalıdır. Geriatri ve gerontolojinin açısından, psikosomatik ve psikososyal işlevsel bağlantıların yaşlılıkta birbirine daha yakınlaştığı ve bu nedenle anlamlı bir şekilde ayrı ayrı ele alınamayacakları kabul edilmelidir. Öznel sağlık algısı ve değerlendirmesi yaşlılıkta sağlık açısından merkezi bir öneme sahiptir; buna bağlı olarak gerontolojide de oldukça önemli hale gelmiştir. Objektif ve sübjektif sağlık, yaşlanma sürecinde birbirinden uzaklaşır gibi görünseler bile aynı madalyonun iki yüzü olarak kabul edilebilirler. Yaş ilerledikçe nesnel sağlık bozulmaya eğilimliyken, öznel sağlığın yaşlanma sürecinde nispeten sağlam bir istikrar ortaya koyduğu görülmektedir (Borchelt, 2000, s.367).

Opp'a (2020, s. 11) göre Rasyonel Seçim Teorisi (RST), Metodolojik Bireycilik çerçevesinde faaliyet gösteren sosyal bilimlerin günümüzde tercih ettiği mikro teoridir, Naegle'ye (1998, s.106-107) göre "yaşam durumu" sosyal bilimlerde insan gruplarının "maddi" ve "gayri maddi" yaşam koşullarını betimleyen, açıklayan ve öngören bir kavram

olarak ele alınmaktadır. Yaşam Durumu Tezi (YDT) son yıllarda öncelikle yoksulluk araştırmaları, sosyal politika ve yaşlılığın tipik sosyal riskleriyle başa çıkma konusunda bilimsel sosyal gerontolojide kullanılmaktadır (Kruse ve Martin, 2004: s. 387).

Bu doktora tezi araştırması, 60 yaş ve üstü bireylerin sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarını RST'nin bir versiyonu olan Planlı Eylem Teorisi (PET) perspektifinden ele alarak, Yaşam Durumu Tezi'ni (YDT) de bu teorik çerçeveye entegre etmektedir. Bir taraftan teorik, diğer taraftan uygulamalı gerontoloji olmak üzere iki alanla ilişkili olan bu tez araştırmasının soruları şunlardır:

- 1) Yaşlı bireylerin sağlığa ilişkin davranışsal tutumları, öznel normları ve eylem kontrolü algıları, sağlıklarını koruma niyetleri ve eylemleriyle ilişkili midir?
- 2) Yaşlı bireylerin yaşam durumları sağlığa ilişkin davranışsal tutumları, öznel normları ve eylem kontrolü algılarını ve dolayısıyla sağlıklarını koruma niyetleriyle ilişkili midir?

Bu sorulardan yola çıkarak hazırlanan bu çalışma kapsamında, yaşlılıkta sağlık davranış ve tutumlarının incelenmesi, bu tutum ve davranışların yaşam durumu ile ilişkisinin ortaya konulması, PET ve YDT çerçevelerinde koruyucu sağlık hizmeti modeli tasarımının ortaya konulması hedeflenmiştir. Çalışma kapsamında, Antalya Tazelenme Üniversitesi'nde 2024-2025 eğitim ve öğretim yıllarında eğitim gören 400 kişiye anket uygulanarak, koruyucu sağlığa yönelik davranışsal tutumları (DT), öznel norm algıları (ÖN), eylem kontrolü algıları (EK), niyetleri ve eylemlerine dair veriler toplanmıştır. Diğer yandan yaşlı bireylerin yaşam durumuna dair veriler YDT'nin zenginlik ve gelir, maddi manevra, iletişim, işbirliği, faaliyet, öğrenme ve deneyim, düzenleme ve katılım, öğrenme, yenilenme, değişim ve sosyal ağ boyutlarına göre toplanmıştır. YDT boyutlarının, PET çerçevesindeki davranışsal tutum, DT, ÖN, EK yapılarını belirleyicilikleri tespit edildikten sonra DT, ÖN, EK yapılarının “niyet” ve dolayısıyla olası “eylem” yapıları ile ilişkisi araştırılmıştır. PET ve YDT çerçevelerinde toplanan verilerin ortaya koyduğu ampirik bulgulardan yaşlıların sağlıklarını korumaya yönelik kavramsal bir model olarak koruyucu sağlık hizmet modeli önerisi sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Bu tez çalışmasının arka planında yer alan genel bilgiler çalışmanın iki temel çerçevesine dayanmaktadır: Rasyonel Seçim Teorisi (RST) ve Yaşam Durumu Tezi (YDT). Önce RST ve PET ile ilgili genel bilgiler, RST ve PET çerçevesinde yapılan koruyucu/sağlık ile ilgili çalışmalar ve son bölümde YDT ile ilgili genel bilgiler sunulacaktır.

2.1 Çalışmanın Kapsamı

Bireylerin doğru beslenme, kronik hastalıklardan korunma, kronik hastalıkları doğru ve zamanında tespit etme, ilerlemelerini önleme, yaşlandıklarında aktif, değişime uygun ve toplumla entegre kalmalarını sağlama ve sağlık okuryazarlıklarını artırma ve gerektiğinde bakımı organize etme devletin görevleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için ise devlet, bireylerle birlikte çalışmalıdır. Ancak bu şekilde bireylerin davranışlarından kaynaklı sorunlar çözülebilecektir (Vlaev ve ark., 2016). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlamaları (2021), birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak ve engelli ya da yaşlılar gibi özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak (<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/653>, Erişim tarihi: 8.2.2023) ve özellikle sağlıklı yaşam bilinci ve alışkanlıklarına odaklanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Yaşa bağlı kronik hastalıklarda, ayaktan ve yatan hasta hizmetlerine yönelik hizmet arzında artış olacağından, yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerinin kolay erişilebilir olması, multidisipliner (çok branşlı) yaklaşımla sunulması, tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin bir bütün olarak verilmesi Cumhurbaşkanlığı ve Sağlık Bakanlığının kalkınma ve sürdürme hedefleri içindedir (<https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/stratejik-yonetim.html>, Erişim tarihi: 3.2.2024; <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, Erişim tarihi: 12.11.2024).

Nüfusun yaşlandığını gösteren veriler (TÜİK, 2022; TÜİK, 2023) ilk bakışta yukarıda belirtilen hedeflere aksi yönde tesir eden bir olgu olarak görünmektedir. Çünkü yaşlılar çoğaldıkça kronik hastalık, bakıma muhtaçlık ve kurumsal sağlık ve bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır (Tufan 2016a, 2020). Bu durumda, sağlık hizmetleri maliyet yönetimi ve hizmete erişim kolaylığı Türkiye’de maliyeti arttıracak gibi görünmektedir.

Yaşam süresinin uzaması, bir yandan daha kaliteli bir yaşamın daha fazla insan için mümkün olduğuna işaret ederken, diğer yandan ileri yaşlarda ağır hastalıklara yakalanma ve bakıma muhtaçlık risklerinin arttığı uzun süredir bilinmektedir (Kanowski, 1991, s. 227-282). Türkiye’de özellikle 80 yaş ve üstü nüfusta multimorbidite, yardım ve bakım ihtiyacı çok hızlı bir şekilde çoğalmaktadır (Tufan, 2007; 2017).

Bugüne kadar yapılan girişimlerle (örneğin doğurganlığı arttırıcı politikalar) demografik yaşlanmanın durdurulamadığı görülmektedir. Bu doktora tezinin sahibine göre yaşam süresi uzamaya devam eden insanın, yaşlılıkta daha uzun süre sağlığını koruması için sadece çevrenin değil, aynı zamanda bireylerin sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarını değiştirecek önlemlerin de gerekliliğidir. Bunun için bireylerin sağlık tutumu ve davranışları hakkında bilgi gereklidir. Bu bilgiler en az iki yoldan tedarik edilebilir. Biri, ilgili literatürü incelemektir. Bu konuda zengin bir literatür vardır. Diğer taraftan bu bilgilere kendi çabalarımızla erişebiliriz. Doktora tezi sahibi bunu önermektedir. Çünkü sağlık tutum ve davranışları topluma ve kültüre göre değişmektedir (Härtel, 1994: 259-307).

Avrupa’da Sağlıklı Yaşlanma Stratejisi ve Aksiyon Planı’nda (2012-2020) da sağlık ve bakım ve sistemlerini yaşılanan nüfusa uyarlama, sağlık ve sosyal bakım işgücünün geriatrik ve gerontolojik kapasitenin arttırılmasına yönelik planlamalara (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336385>, Erişim tarihi: 8.1.2023) gerekçe olarak demografik projeksiyonlar gösterilmiştir. Avrupa’da 2100 yılına kadar 65 yaş ve üzeri nüfus sayısının tüm nüfusun üçte birine (%32,5) ve yaşlı bağımlılık oranının %84’e yükselmesi beklenmektedir (Eurostat, 2024). Demografik değişimler karar vericileri yaşamın erken dönemlerine odaklanan politikaları tekrar gözden geçirmeye zorlamaktadır (WEF, 2021). Avrupa Komisyonu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisinin bu konuda çalışmaları vardır. Yaşlı dostu şehirler ve toplulukları, Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ile DSÖ Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağı, Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma çerçevesi gibi rehber çalışmalarla, fiziksel çevre, sosyal çevre ve belediyeçilik hizmetleri kapsamında toplum ve sağlık hizmetlerine, özellikle de genel sağlık ve diş sağlığı hizmetlerine erişim, destekleyici, ev ve toplum merkezli sağlık hizmetlerine vurgu yapılmaktadır. Yaşlıların ev ortamından başlayarak, sosyal ve fiziksel çevresiyle birlikte

ele alınmasına, sosyal hayata aktif katılımın devamlılığına vurgu yapılmaktadır. Yaşlıların ihtiyaçlarını bütünsel açıdan karşılamak için sağlık ihtiyaçlarına destekleyici politikalar, planlar ve düzenleyici çerçevelerle birlikte birey-merkezli entegre bakımın kapsamlı bir değerlendirmeye mümkün olduğu ve sağlık hizmetlerinin her seviyesinde önlem alınması gerektiği konusunda genel bir görüş birliği söz konusudur (WHO, 2007; WHO, 2019a).

Birleşmiş Milletler Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'nda (UN, 2002) yaşlı bireylerin hizmetlere eşit erişimi vurgulamıştır (WHO, 2008). Bundan, yaşlıların diğer kişilere kıyasla dezavantajlı konumuna atıf yapılmıştır. Gerontologlar (sosyal bilimci olarak) bu bağlamda daha çok “sosyal eşitsizlik” (Aman, 1993, s.100) kavramını tercih edecektir. Bu çerçevede yaşam durumu da sosyal eşitsizliği merkeze koyan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ'nün 2010 yılında başlayan sağlıklı ve aktif yaşlanma vizyonu ve “Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağı” çalışması (WHO, 2010) yaşlıların yaşayacağı çevreyi standart hale getirerek eşitsizlikleri gidermeye yönelik bir yanıttır. DSÖ doğal afetler ve Covid-10 pandemisinin sağlık sektöründeki yıkıcı maliyetlerine dikkat çekerek (WHO, 2019b) sağlıkla ilgili maliyetlerin kontrol altına alınmasını teklif ederken, diğer taraftan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasını (PAHO, 2012) önermektedir. Burada “maliyetlerin kontrol altına alınması” ifadesinden, “tasarruf” veya “kısıtlama” değil, daha ziyade hem bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyacının tam olarak karşılanması, hem de maliyetlerin astronomik rakamlara ulaşmasına engel olacak mekanizmalardan faydalanılması anlaşılmalıdır. Bu mekanizmalardan biri, insanların sağlık tutumlarını ve davranışlarını olumlu yönde değiştirecek adımların atılmasıdır.

Sürdürülemez hale gelen emeklilik ödemelerinin yanı sıra bakım ve sağlık sistemleri açısından risklerdeki artış, sağlıklı yaşam yıllarının giderek uzaması nedeniyle Avrupalı yaşlıların, ileri yaşamlarında hareket yeteneğini yitirme dahil birçok sağlık sorunuyla karşıya kalacağına dikkate çeken otoriteler, sağlık hizmetlerine olan talebin giderek artacağını öngörmektedir. Bu nedenle yaşlıların sağlığının bozulmasına neden olan yapısal, ekonomik ve sosyal etmenlerin erken aşamada ele alınması; eğitime ve tarama hizmetlerine yatırımların arttırılması yoluyla yaşlıların yaşam tarzlarında değişiklikler yaratarak kronik hastalık, zihinsel sağlık sorunları, engellilik ve kırılganlık durumlarına

ilişkin göstergelerin iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Eurostat, 2020). Avrupa Birliği (AB) Sosyal Komitesi, koruyucu sağlık, sağlık eğitimi ile ilgili çalışmalara odaklanarak, yaşlıların kendi evleri ve çevrelerindeki olanaklara erişiminin arttırılması; bağımlılığa sebep olabilecek kaza ve yaralanmalar ile fiziksel ve zihinsel bozukların önlenmesi için aktif ve sağlıklı yaşlanma olanaklarına dikkat çekmektedir (Cabra de Luna, 2023).

Günümüzde bile bu talepleri karşılama sorunları varken, geleceği dikkate almamak olmaz. Sağlık hizmetlerinin yaşlılara iyi organize edilmiş bakım sağlamada yetersiz kaldığı Covid-19 pandemisi sürecinde daha belirgin hale gelmiştir. Yaşlıların artan sağlık hizmeti kullanımı (Smolić ve ark., 2021) nedeniyle sağlık hizmetlerine yönelik eleştiriler artmıştır. Yaşlılıkta ortaya çıkan komorbiditelerle (bir hastalığa eşlik eden diğer hastalıklar) birlikte (Tavares ve ark., 2021) yaşlıların bakım ve destek ihtiyaçlarının önemi, yaşlıların kişisel bakım stratejileri, bakım yöntemleri, hizmete yönelik iletişim ve koordinasyonla ilgili profesyonel danışmanlık dahil organizasyon sorunları dikkat çekici hale gelmiştir (Abdi ve ark., 2019). Tüm bu gelişmelerle birlikte yaşlılar için kapsamlı, entegre ve hasta odaklı hizmetlerin geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerinin sürekliliği, toplum sağlığı, birinci basamak hizmetlerde yaşlılara yönelik hizmetlerle ilgili konular ön plana çıkmaktadır.

Yaşlılara yönelik hastane dışı kişi merkezli bakım ve bunun temel bileşenleri incelendiğinde, kişinin bir bütün olarak ele alınması, sağlık planlarının buna göre tasarlanması ve hizmetlerin profesyoneller arası ekip çalışması ve iş birliği ile yürütülmesi (Ebrahimi ve ark., 2021); yine daha uygun maliyetli sürdürülebilir hizmet akışı içinse bakım yönetimi ve seviyeler arası koordinasyonun ve multidisipliner işbirliğinin (Cobo, 2019) sağlanması önerilmektedir. Brezilya'da yaşlılar için maliyet-fayda dengesinin dikkate alındığı, gerontolog destekli multidisipliner bakım hizmeti modeli bu işbirliğine örnek gösterilebilir (Veras, 2020). Ülkelerin sistemleri karşılaştırıldığında, bazı ülkelerin bakım ve sağlık sistemlerinin yetersizliği açık ortaya çıkmaktadır. Örneğin İran'ın sağlık ve bakım sisteminin yaşlılara sağlık hizmetleri sunumunda ve bakımda yetersiz kaldığını gösteren çalışmalar (Asadzadeh ve ark., 2022) mevcuttur. Ancak bu tür karşılaştırmalarda, dikkate alınan kriterlerin neye göre belirlendiği gibi sorulara yanıt verilmelidir.

Yaşlılara kapsamlı uzun süreli bakım hizmeti sağladığı kabul edilen İskandinav ülkelerinde, bakım alanlar ve bakıcılar arasında sosyal sınıf ve sosyal cinsiyet gibi eşitsizliklere dayanan sorunlara dikkat çekilmektedir. İskandinav modelinde yeniden ayarlamaların gerekli olduğu tartışılmaya başlanmıştır (Rostgaard ve ark., 2022). Avustralya'daki yenilikçi bakım modellerinin yaklaşımında, birey merkezli, bağımsızlığı destekleyen, düşük maliyetli, bireyin geçmiş yaşamını göz önünde bulunduran, riskli ve kırılgan gruba bakım ve konaklama ötesinde hizmetler sağlayan, yerel yaşlı bakımı hizmetleri ve sağlık işgücü kapasitesini güçlendirmeye dayalı evrensel erişilebilirlik kriterlerine uygun modellerin faydaları öne çıkarılmaktadır (Dyer, ve ark., 2019).

Yenilikçi bakım modellerinin incelendiği başka bir çalışmada ise yaşlılara yönelik vaka programı, yaşlılar için hasta merkezli tıbbi evler olarak geriatrik hastalara yüksek kaliteli koordineli bakım sağlayan bakım ekibi, dijital destekli tele-sağlık, toplum temelli uzun süreli bakım hizmetleri ve desteği, geriatrik acil servis modelleri ve birçok özellikli model analiz edilmiştir. Bu analizde öne çıkan başlıca kriter ise kapsamlı geriatrik değerlendirme yapma gereksinimidir (Powers, 2021).

DSÖ'nün (2016-2020) tüm insanlara uzun ve sağlıklı yaşam vizyonunun gerçekleştirilmesine katkıda bulunacak çerçevenin iki hedefinden ilki her bireye ulaşan işlevsel yeteneği en üst düzeye çıkarmak için beş yıllık kanıta dayalı eylem; ikincisi ise 2020'den 2030'a kadar Sağlıklı Yaşlanma On Yılı'nı desteklemek için gerekli kanıtları ve ortaklıkları oluşturmaktır. DSÖ Sağlıklı Yaşlanma hedefi çerçevesinde bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesinin bileşimi olan iç faktörler ile çevresel faktörlerin birlikte işlevsel yeteneği en üst düzeyde tuttuğu bildirilmiştir. Çevresel faktörlerin ise ulaşım, barınma, sosyal güvenlik, ikamet alanı (sokaklar ve parklar, sosyal tesisler gibi) sağlık ve uzun vadeli bakımla ilgili politikalar, sistemler ve hizmetlerden etkilendiği; politika, teknoloji desteği, aile, arkadaş ve bakım verenlerle ilişkiler, kültürel ve sosyal tutum ve değerlerle ilişkilidir (WHO, 2016). Çağımızın kaçınılmaz, ulusal, bölgesel, hatta küresel gerçeği olarak yaşlanmanın sağlık boyutu, bu tez konusunun ortaya çıkmasında temel güdüleyicidir.

2.2 Yaşam, Yaşlanma ve Sağlık

Günümüzde neredeyse bütün modern toplumlarda gözlemlenen yaşam beklentisinde uzama, insanların sadece daha ileri yaşlara erişmesine değil, aynı zamanda yaşlılık döneminin de uzamasına yol açmıştır. Diğer yandan bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde fiziksel engellilik ve bunama prevalansında azalmalar olmuştur. Fakat hastalıkla geçen yaşam süresi uzadığından, hastalık prevalansı artmaktadır. Morbiditeyi kontrol etmek, yaşlanmayı, hastalık ve sakatlıkla sonuçlanan fizyolojik bozulmaları geciktirmek ve yaşam beklentisini daha da uzatmak için kayda değer bilimsel atılımların yanında, sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltarak benzer sağlık hedeflerini tutturmak ve ortalama yaşam süresi seviyelerini arttırmaya yönelik davranış, yaşam tarzı ve politika değişiklikleri de gerçekleştirmek gerekir (Crimmins, 2015).

Yaşlılar, sağlık hizmetlerine diğer yaş gruplarından daha fazla ihtiyaç duymakta ve bu ihtiyaç yaşının çeşitli sosyodemografik verilerine göre çeşitlenmektedir (IoM, 2005). Sağlıkla ilgili daha geleneksel risk faktörlerinin (örn. sigara, alkol, hareketsizlik), sağlık ve ölüm konularında eşitsizliklerin-çok azını açıkladığını; bunların yerine sosyal destek, kronik ve akut stresörler ve öz yeterlilik gibi psikososyal faktörler dahil olmak üzere diğer risk faktörlerinin, sağlıkta sosyal farklılıkların daha fazlasını açıklayabileceği düşünülmektedir. Yapılacak çalışmalarda, sosyal koşullar ve sağlık arasında aşağıdaki konularda geniş teorik bağlantı geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Alwin ve Wray, 2005):

- Sağlık hizmetleri ve sağlığın teşvikine (örneğin işlere erişim, sağlık sigortası ve tıbbi bakıma erişim) engel oluşturan kurumsal ve toplumsal düzeydeki fırsatlar ve kısıtlamalar belirlenmeli;
- Sosyal faktörlerin ve sağlığın etkilerine aracılık etmeye yardımcı olan bağlamsal faktörler (örneğin, sosyal izolasyonun rolü, sosyal destek ve nesiller arası sosyal sermaye) incelenmelidir.

Sosyal eşitsizlikler ve sağlık arasındaki ilişkiyi, yaşam boyu gelişim (YbG; lifespan development) perspektifinden görmek önemlidir. İnsanın gelişimi ve yaşlanması, yaşam boyu devam etmekte ve sosyal tabakalaşma süreçlerinin sağlığı nasıl etkilediğinin tam olarak anlaşılması için uzun vadeli bir bakış açısı ile sosyal eşitsizliklerin ve sağlığın

etkilerinin incelenmesi gerekmektedir. Bireysel bir organizmanın yaşam süresi olarak yaşam durumu, araştırmaların zamansal kapsamına odaklanırken; YbG perspektifi ise sosyal statü farklılıklarının tüm yaşam süresi boyunca sağlık üzerindeki etkilerine odaklanarak, insan gelişimini, yaşam süresi boyunca hem kazanımları hem de kayıpları içeren çok boyutlu ve çok yönlü büyüme süreçleri olarak kavramsallaştırmaktadır. YbG perspektifi, sosyal statü farklılıklarının küresel sağlık üzerindeki eşit olmayan etkilerini vurgulamaktadır (Alwin, 2013; 53-58). Sosyal statü ve sağlık üzerine YbG perspektifinin temelinde 4 ilkedен bahsedilebilmektedir (Alwin ve Wray, 2005):

1. ilke, doğumdan (hatta anne karnından) ölüme kadar sosyal statünün sağlığı etkileyen bir faktör olduğunu belirtmektedir. Bu, sosyal statü ve sağlıkla ilgili araştırmalarda nadiren dikkate alınmaktadır. Birçok araştırmacı sosyal statünün insanların sabit bir özelliği olduğunu ve statü ölçümlerinin kişinin ömür boyu değişmeyen konumunu yansıttığını varsaymaktadır. Buna karşılık, YbG'in bu ilkesi, sosyal statü faktörlerinin yaşam boyunca değişebildiğini, birçok noktada sağlık üzerinde bir etkiye sahip olduğunu ve sosyal eşitsizliklerin etkilerinin zaman içinde birikebileceğini iddia etmektedir.
2. ilke, sosyal eşitsizlik etkilerinin zamanlamasını vurgulamaktadır. Yaşam dönemleri bağlamında, sosyal statü ve etkilerine göre ortaya çıkan eşitsizlikler incelenmektedir. Sosyal eşitsizliklerin sağlık üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu kritik yaşam dönemleri, sosyal koşul gelişmeleriyle daha erken yaşam dönemlerinde yaşanan sıkıntıların aşılması, her şeye rağmen ileri yaşam dönemlerinde oluşan sağlık risklerinin sonuçları, sosyal statüye bağlı ergen yaşam tarzı kalıpları (alışkanlıklar, cinsellik, bağımlılık), yetişkin ve yaşlı davranış kalıpları (beslenme ve fiziksel aktivite, kronik hastalıklar ve önlenmesi) sağlık da önemlidir. Bu nedenle araştırmaların yapıldığı zamandan daha önceki dönemler de incelenmelidir.
3. İlke, yaşam evrelerinde meydana gelen olayların, geçişlerin ve yörüngelerin yapısı, sırası ve dinamiklerinin sağlık üzerindeki sonuçlarını dikkate alan demografik yaşam seyriyle ilişkilidir. Bireylerin rol geçişleri (okula veya işe başlama, evlenme, bakım evine giriş gibi) yörüngelere ve yaşamın belirli

evrelerinde izlenen sosyal yollara atıfta bulunmaktadır. Yaşam boyu geçişlerin her biri, ona özel biçim ve anlam veren yaşam döngüsü aşamasına özgü bir yörüngeye gömülüdür:

- yetişkinlik dönemindeki iş geçişleri, iş-yaşam yörüngesinin;
- doğumlar, ebeveyn yörüngesinin;
- çoklu evlilikler ve boşanmalar, evlilik yörüngesinin unsurlarıdır.

4. ilke, “sosyal statü ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelerken, kesitsel sağlık araştırmalarında yaş ve grubun karışmaması için kohort faktörünün ve kuşak farklılıkları duyarlılığı geliştirmenin, ilişkilerin zamanla değişme potansiyelinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı” görüşüne dayanmaktadır (Alwin ve Wray, 2005).

Sağlıklı olma fırsatlarını değerlendiren bireylerin seçimlerinin her şeye rağmen kendi içinde rasyonelliği bulunduğu söylenebilir. Bilişsel düzeyde gerçekleşen karar eyleminin ardından yapılan bireysel seçimdeki sağlık fırsatını kullanmaya yönelik davranışların ardındaki güçlü nedenleri belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir. Sağlık fırsatlarını değerlendirmedeği iddia edilen bu kişilerin bakış açısının anlaşılması, gelecekte bu kişilere yardım etmesi gereken sağlık profesyonelleri dahil toplumla ilişkilerinde yaşanacak olası problemleri çözmek için gereklidir (Buetow, 2007). Bireylerin kendi bakış açılarıyla beklenmeyen ve bazen mantıksız olarak nitelendirilebilecek seçimler yapması, sağlık alanında bireylerin kendisi dışında sağlık profesyonellerini de ilgilendirmekte; mantıksız gibi görünen karar ve seçimlerinin arkasındaki nedenlerin ortaya çıkarılmasına yönelik mikro analizler bu noktada önem kazanmaktadır. Literatürde, PET çerçevesinde kronik hastalığı olan bireylerle yapılan ve girişimlerin teşvik edildiği çalışmalar mevcuttur (Paul ve ark, 2022, tüm yazarisimleri verilmelidir). Bu çalışmada ise PET ve YDT çerçevesi birlikte kullanılmıştır. Bu doktora tezi araştırmasında:

- PET çerçevesinde bir eylemi gerçekleştirme niyetinin üç ana bileşeni olarak yaşlıların koruyucu sağlık ile ilgili *tutumları*, *öznel normları* ve *öznel eylem kontrolü algılarıyla* birlikte sağlığı korumaya yönelik niyetlerini ve dolayısıyla eylemlerini belirleyeceği;

- Yaşam Durumu Tezi'nin 7 bileşeninin yaşlı bireylerin sağlığa ilişkin tutumları, eylem kontrolü ve öznel normları ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır.

2.3 Rasyonel Seçim Teorisi

James Coleman'ın eylem anlayışına göre bizi daha fazla soru sormaya yönelten, ilgi uyandıran bir çekiciliği olan ve Hollis'in “kendi açıklamasını kendisi yapan teori” dediği RST (Boudon, 1998), eylem yaklaşımı altında geliştirilen, rasyonalite teorilerinden ziyade aktör merkezli teoriler ile bağlantılı olduğu öne sürülen, bireyin seçimlerinin güçlü bir şekilde yapılandırıldığı teoridir.

Birey; eylemine, eylemini dayandırdığı nedenlere, eyleminin öznelliğine ve güvenilirliğine dayanan RST hem araç hem de eylemi gerçekleştirmek için amaç olarak ele alınabilir. RST, birey eylemlerini gerçekleştirme süreçlerini anlamada teorinin kendisi bir araç olarak kullanılırken, bu eylemlerin gerçekleştirilmesinin ardındaki mekanizmaların anlaşılmasında ise eylemin gerekçelendirilmesi için kullanılmaktadır. Bir yandan seçim eyleminin dinamiklerini açıklarken, diğer yandan bu eylemin gerçekleştirilme sürecidir (Herfeld, 2020).

Rasyonel Seçim Teorisi, literatürde farklı isimlerle anılır, örneğin Karar Teorisi (Laux, 2007) veya Rasyonel Eylem Teorisi (Kunz, 1997). Karar Teorisi, belirli bir konu alanıyla ilgilenen geleneksel bilimsel disiplinlerin herhangi birine özel olarak atanamayan bir yaklaşımı temsil eder. Karar Teorisi veya Rasyonel Seçim Teorisi terimi altında özetlenebilecek teoriler, modeller, yöntemler ve teknikler ile ampirik araştırmaların bulguları, daha ziyade çok çeşitli bilimsel alanlarda geliştirilmiş, elde edilmiş ve uygulanmıştır.

Bu teori herhangi bir kararla ilgili değildir, sadece “rasyonel” kararlarla ilgilidir. Şimdilik bundan, istenen bir hedefe ulaşmayı vaat eden bir dizi eylem seçeneği arasından bilinçli, düşünülmüş, gerekçelendirilebilir ve anlaşılır kararlardan birinin seçilmesi anlaşılabilir. Rasyonellik, örneğin teşhis koyan ve tedavi öneren bir doktorun, yargıda bulunan bir yargıcın, hipotezleri reddedip deneyler planlayan bir araştırmacının, nükleer santralleri savunan bir fizikçinin veya bir üretim alanına yatırım yapan bir girişimcinin faaliyetini karakterize eder. Bu durumdan farklı olarak, bazen, tüketicilerin kararları veya insanların

iş, eş, çocuk, araba, apartman veya tatil kararları gibi özel yaşam alanlarındaki eylemleri de genellikle “rasyonel” olarak kabul edilmektedir. RST’de öne çıkan bazı kavramlar şunlardır:

Bireycilik: Birey her zaman kendini ölçen ve maksimize eden bencil ve rasyonel varlık olarak sosyal eylemlerde bulunur ve sosyal sonuçların nihai kaynağı haline gelir.

Optimallik: Birey, bireysel tercihlerinin yanı sıra karşılaştığı fırsatlar veya kısıtlamaları da göz önüne alarak, kendisi için en uygun eylemi seçer.

Yapılar: Eylem tarzını ve yönünü belirleyen yapılar ve normlara rağmen birey seçtiği eylemi en iyi şekilde gerçekleştirmenin yolunu bulmaya çalışacak, bu yol bazen optimal olmayacaktır.

Kişisel İlgi: Bireysel eylemler, bireysel refah için sürdürülmektedir. Başlangıçta sıkça görülen işbirliği, özverili hayırseverlik gibi duyguların, nihayetinde bireyin kendini iyi hissetmesinin ve sosyal itibarını yükseltmenin bir yolu olabilir.

Rasyonellik: Herkes kendisine daha fazla fayda sağlayacak şekilde, en iyi seçenek olarak algıladığı, özellikle kendi avantajına uygun eylemlerde bulunmayı istemektedir (Ogu, 2013).

RST’yi ele alırken bir karar verme problemini takiben gelen seçim sürecini normatif olarak tanımlayabilsek bile, bu tanımların varsayımlarında geçerliliğini ve birey seçimlerinin sürekliliği (değişmezliği) ve karşılaştırılabilirliği temelinde anlamını yitirebileceği her zaman göz önünde bulundurulur. Ayrıca risk altında karar verme ile umut/beklenti (prospect) kavramı normatif analizi başarısızlığa uğratan kavramlardır. Seçim sürecini hazırlık ve değerlendirme aşamasında değerlendiren Umut Teorisi’nde ve riskli durumların değerlendirilmesi dışında seçim sonuçlarının değerlendirilmesini sağlayan seçim bileşenleri kazanç ve kayıplara biçilen değerler, şans faktörü, görülmeyen ya da ölçülemeyen baskılar, kesinlik (veya sahte kesinlik) gibi kavramlar RST’de dikkate alınması gereken bileşenlerdir (Tversky ve Kahneman, 1988).

Bunun yanında, kayıp, kazanç ve beklenen sonuçların belirlediği yansıma etkisi tutarlı bireysel risk alma tutumları “Beklenti (Umut) Teorisi” ile kısmen açıklanmakta; elde edilen sonuçlar kıtlık ve bolluk algılarını tetikleyen koşullara verilen evrimleşmiş tepkiler tarafından yönlendirilebilmektedir. Bu davranış kalıpları RST varsayımlarıyla çeliştiği için davranışsal iktisat tarafından hatalı veya önyargılı olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda RST’nin öne sürdüğü ‘faydanın en üst düzeye çıkarılması’ genellemesinin, yegane baskın yol olduğu inancından (Oliver, 2021) ziyade RST’nin sorunlu dediğimiz varsayımları ve Umut Teorisi’yle ilişkisi her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Bireysel eylemlerin birleşerek, mikrodan makroya- yani kolektif etkiyi ele alan modeller yararlı olsa bile; ampirik olarak test edilebilir teorilere ihtiyaç olduğu kesindir. Sosyolojideki tüm açıklayıcı yaklaşımlarda çözümü olmayan ve literatürde sıkça Oyun Teorisi ile birlikte ele alınan RST’nin ampirik uygulanmasında, belli karar problemleri için teorik tahminler ile gözlemlenen davranışlar arasındaki çelişkileri ortaya çıkaran sorunlar ve alternatif teorilerin gelişimini öneren kullanımları vardır (Diekmann, 2022, s.100). Genel bir anlayışla faydanın maksimizasyonuna odaklanan (Hodgson, 2012) ve sınırlı rasyonelite, ampirik araştırmalarda kullanımının zorluğu ve rasyonellik kavramının bireyin beklentileri ve bazen de çıkarlarıyla örtüşmezliği gibi eksikliklerine rağmen, kullanımındaki avantajları (Boudon, 2003) RST’ye olan ilgiyi canlı tutmaktadır.

RST’ne göre problemin tanımlanması, karar kriterlerinin belirlenmesi, kriterlerin öneminin belirlenmesi, geçerli alternatiflerin üretilmesi, her alternatifin her kritere göre derecelendirilmesi, optimal kararın hesaplanması süreçlerinden geçerek seçimler yapılır ve kararlar verilir (Green, 2002; Tversky ve Kahneman, 1988). Bu süreci diğer bir bakış açısıyla tanımlarsak, ilk aşamada birey öncelikle yapabileceği eylemleri soyutlaştırır, karşılaştırması olası fiziksel, ekonomik, yasal ve psikolojik baskılardan oluşan filtreden geçirir. İlk filtreyi aşan eylemlerin oluşturduğu fırsat seti içindeki hangi eylemin gerçekleşeceğini belirleyen rasyonel seçim mekanizması ise ikinci filtrededir. Seçim sonucunda gerçekleşen eylem ise rasyonel eylemdir (Demir, 1998). İlk filtrede baskıların oluşmasına izin vermediği eylemler dışarda kalır ve baskıya rağmen bireyin gerçekleştirilebileceği eylemler öne çıkarılır. İkinci filtrede, baskılara uygun eylemler süzülür ve bireyin bu bağlamda gerçekleştireceği eylemler gerçekleştirilir. Örneğin,

bireyin gündelik alışkanlıkları, yüksek tansiyon hastalığında korunmaya veya kontrol altında tutmaya uygun olmayabilir. Yaşadığı fiziksel çevrede yürüyüş ve egzersiz alanlarının yokluğu, sağlıklı beslenmeye ilişkin bilgi yetersizliği, sağlıklı besine ve destek kaynaklarına ulaşmasına engel olan maddi yetersizlikler nedeniyle sağlıklı beslenme veya düzenli egzersiz ayarlamaları ilk filtreyi geçemeyebilir. Ancak, sosyal güvenlik sigortasının varlığı, yakın mesafede sağlık tesisi varlığı, televizyon gibi kaynaklarla medya eğitimlerine ulaşma, çevresinde aynı hastalıktan yakınan akranlarıyla bilgi alışverişinde bulunma, sağlıkla ilgili sosyal çevresinden faydalanma gibi destekler ikinci filtreyi geçme fırsatı olan eylemler olabilir.

Rasyonel seçim fikirlerine dayanan, Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Eylem Teorisi de bireyin sosyal davranışlarını davranışa yönelik tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrolden etkilenen davranışsal niyetlerle, yani bilişsel belirleyicilerle açıklamaktadır. Davranış, norm ve kontrol inançları ve bu inançların değerlendirilmesine dayanan bu belirleyiciler, tüketim kararları, çevre duyarlılığı, kariyer seçimleri, oy verme veya sağlık davranışı gibi çeşitli davranış alanlarında çalışılmıştır (Rossmann, 2020). Gerekçeli Eylem Teorisi ve PET, kasıtlı davranışı tahmin etme ve anlama konusunda en etkili yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Çoklu davranışlar, bağlamlar ve popülasyonlar açısından geniş çapta araştırma alanı bulan bu teoriler, belirli bir davranışın gelecekteki performansına ilişkin birey inançlarına odaklanan Tutum Teorisi ile sosyal bilişsel yaklaşımdan kökenini almaktadır. “Gerekçeli Eylem Teorisi” olarak anılan yaklaşım tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol yapılarının farklı alt bileşenleri arasında ayırım yapılarak “Planlı Eylem Teorisi’ne” (PET) genişletilmiştir. Bu yaklaşımlarda, davranışın en yakın belirleyicisi olan motivasyondan beslenen bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirmeyi ne ölçüde planlayacağını ve bu davranışı sürdürmek için ne ölçüde çaba harcayacağını yansıtan “niyet” belirlemektedir. Niyet, iki faktöre dayalı yapının bir işlevi olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bunlar “tutumlar” ve “sübjektif normlar”dır. Tutum, “davranışı gelecekte gerçekleştirmenin olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri” iken sübjektif normlar “önem atfedilen diğer kişilerin bu davranışa yönelik taleplerine dair inançlardır (Hagger, 2019).

Bu tez çalışmasında mevcut kuşağa özgü etkiler ve ülkesel/bölgesel etkilerin sınırlılığından yararlanılmıştır. RST'ye yapılan uyarlama, modifikasyon ve entegrasyonların kolayca RST'nin yerini almayacağı yönünde görüşler nedeniyle (Burns ve Roszkowska, 2016), bu çalışma konseptinde kullanılan ve RST'nin bir türevi olan PET'e bu bölümde giriş yapılmış; teorik çerçeve bölümünde ayrıntılarıyla tartışılmıştır.

2.4 RST Çerçevesinde Sağlık ve Sağlığı Koruma ile ilgili Literatür

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerinde bilgili bireylerin kendi çıkarları doğrultusunda hareket etme eğiliminde olduklarına dair rasyonel bir fikre dayanan sağlıklı davranışların kitlesel pazarlamasına yönelik eleştiriler mevcuttur. Obezite gibi bireysel yaklaşımlarla çözülmeye çalışılan sağlık sorunlarında sağlıklı seçimlerin erişilebilir ve karşılanabilir hale geldiği koşulları yaratmaya yönelik bir paradigma değişimi ile daha başarılı olunabileceği öneri sürülmektedir. Bu noktada bir kişi birçok tüketim seçeneğiyle karşı karşıya geldiği durumlarda rasyonel seçim eylemi bulanıklaşmakta; hatta piyasanın sağlık maliyetlerini aşağı çekme ve eşitsizlikleri azaltma yeteneğine aşırı güveni de aynı sonuca maruz kalmaktadır. Sorunu çözmek için ekonomik sistemler ile ticaretin küreselleşmesi boyutlarının değiştirilmesi gibi konular karar vericiler açısından aşılması zor politik eylem gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Maziak ve Ward, 2009).

Daha ziyade gelişmiş ülkelerin sorunu haline gelen obezite gibi sağlık sorunlarının çözümünde kullanılan RST'nin gelişmiş ülkelerde çoktan çözülmüş olan fakat Nijerya gibi gelişmemiş ülkelerde sağlık sorunu haline gelebilen sıtma hastalığında kullanılması da ilgi çekicidir. Nijerya'da tercih edilen sıtma tedavi metodundan en üst faydayı almak sağlık hizmetleri organizasyonuna bağlı olduğundan; sıtma tedavisi seçiminde algılanan ve gerçek bakım kalitesi, hizmetlerin yakınlığı, erişilebilirlik, tedavi maliyeti, hastaların sosyo-ekonomik durumu, hizmetlerin bulunabilirliği hastaların bireysel seçimlerinden ödün vermesine sebep olduğu görülmektedir (Owumi ve Raji, 2013).

Pandemi ve biyolojik saldırı gibi kitlesel olaylardan sonra özellikle karar vericiler düzeyinde verilen kararların rasyonalitesini anlamakta kullanılan RST çeşitlerinin kavramsallaştırıldığı çalışmalarda, bütçe dahil kaynak dağıtımı, iletişim ve sağlık hizmetlerinin korunmasına yönelik kararların alınmasındaki mekanizma anlaşılarak sosyal değişime yönelik çıkarımlar elde edilmeye çalışılmaktadır (Bryan, 2018).

Günümüzde sunulan sağlık hizmetlerinin aşırı (fazla test/amacı aşan tedavi) veya yetersiz kullanımı, ölüm oranları ve harcamalar bağlamında çeşitli rasyonellik kriterlerini ihlal ediyormuş gibi görünen kararların bir sonucudur. Uygulanabilir sağlık hizmeti sunum seçeneklerinin "uygunluğu", belirli klinik durumlara uygun teori seçimine bağlıdır. Teorik çerçevede yapılan seçimlerin, politikaları ve bireysel karar süreçlerini nasıl etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar sıklıkla bakım kalitesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilişkilendirilmektedir (Djulbegovic ve ark., 2018). Kurumsal açıdan bakıldığında, kurumların nasıl tanımladığı, kurumun var oluş nedeni ve politikalarının, kurum organlarıyla üyelerinin faaliyetlerini belirleyen birbiriyle ilişkili benzer durumlardan oluşması ve bu durumlarda yürütülen faaliyetlerin standartlarıyla ilgilidir. Bu tanımlı sağlayan ise kurumun faaliyetleriyle ilgili kararlardaki rasyonel seçim süreçleridir (Calvert, 1995, s.64) ve bu süreçler sağlık kurumlarında da sürdürülmektedir.

2.5 PET Çerçevesinde Sağlık ve Sağlığı Koruma ile ilgili Literatür

Bireyin davranışını tahmin etmede, davranışın algılanan avantaj ve dezavantajları, normatif inançlar ve davranışın gerçekleştirilebilirliği gibi faktörleri önemlidir. PET çerçevesinde bireyin algılanan davranışsal kontrolünün ilgili davranışı gerçekleştirme niyeti doğrultusunda hareket etmeyi; tutumsal ve öznel normlarla uyumlu niyetler bildirme olasılığını arttırdığı; yani algılanan davranış kontrolünün, tutum-niyet, öznel norm-niyet ve niyet-davranış ilişkileri üzerindeki düzenleyici etkisi bilinmektedir. Bu teoriyi ilk kez ortaya atan araştırmacılardan Ajzen'in (Ajzen and Fishburn, 1980; s.42) araştırma ekibinde yer alan Hagger ve arkadaşlarının (2022) yaptığı geniş kapsamlı bir meta analizde, bireylerin tutumlar, öznel normları ve algıladıkları davranış kontrolü ve sağlık davranışlarıyla ilgili niyetleri ölçüldü ve sağlık davranışlarına ilişkin ölçümler, yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma, sağlığa ilişkin algılanan davranış kontrolünün niyet-davranış ilişkisini düzenlediğini göstermiştir; araştırmacılar popülasyona ve konuya özel daha fazla çalışma yapılmasını önermiştir. Bu meta analiz çalışması gibi daha birçok çalışmada PET çerçevesi tek başına ve başka teorilerle birlikte çeşitli yaş gruplarından bireylerin sağlığa ve koruyucu sağlığa ilişkin farklı tutum ve davranışları değişik açılardan incelenmiştir. İlgili literatür gözden geçirildiğinde, teorinin bu bağlamda kullanılmasının uygun olduğunu kabul edebiliriz. Başta ekonomisi az ve orta düzeyde gelişmiş ülkelerde olmak üzere sağlık ve ekonomi

üzerinde yük oluşturan kronik solunum yolu hastalıklarının kontrol edilmesi, bireylerin sağlık davranışlarıyla ilişkisinin incelendiği diğer bir sistematik incelemede, tümü kentsel ortamda yapılan çalışmalarda ele alınan girişimlerin sağlık davranışını ve PET bileşenlerini (davranışsal tutum, öznel algılanan normlar, eylemin öznel kontrolü) değiştirmede etkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da PET müdahalelerinin uygulanabilirliğine ve uygunluğuna işaret edilmiştir (Paul ve ark., 2023).

Özellikle pandemi döneminde gündeme gelen bir koruyucu sağlık davranışı belirleyicisi olan “aşı tereddüdüyle” ilgili bir çalışmada, başta tutum olmak üzere algılanan öznel normlar ve davranışsal kontrolün aşılama niyetini etkilediği tespit edilmiştir (Xiao ve Wong, 2020).

Yine sağlık taramalarında kullanılan mamografi gibi radyolojik tetkiklerini yaptırmaya yönelik bir çalışmada, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile birlikte ele alınan PET çerçevesinin koruyucu sağlık davranışını açıkladığı gösterilmiştir (Ritchie ve ark., 2021).

Yine SİM ve PET teorilerinin COVID-19 aşısı olma niyeti ve motivasyonlarını belirlemeye yönelik bir çalışmada, PET'e göre daha yüksek düzeyde öznel norm ve eylem kontrolü algısı bildiren katılımcıların aşılama niyetinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Shmueli, 2021).

COVID-19 aşısının algılanan faydaları ve engelleri ve harekete geçme ipuçlarının SİM (Sağlık İnanç Modeli) ve PET çerçevesinde incelendiği kesitsel bir çalışmada ise çevrimiçi ve yüz yüze görüşmelerle 1.497 katılımcıdan toplanan verilerin analizinde COVID-19 aşısı tereddüdünün 2 modelinin öngörülebilirliğini değerlendirmede çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Aşı tereddüdü yaygınlığının %41,1 olarak bulunduğu bu çalışmada, PET çerçevesinin en yüksek öngörü gücüne sahip olduğu anlaşılmıştır (Hossain ve ark., 2021).

PET çerçevesinin sigara içme davranışına yönelik müdahalelerini tasarlamak ve değerlendirmek için 17 çalışmanın sistematik incelemesinde; sigara içme davranışı, niyeti ve tutumu araştırılmıştır. Bu analizde PET yapıları arasında, çerçeveye göre istatistiksel olarak anlamlı sonuç bildiren ve anlamlı norm algısı bildiren çalışmaların oranı % 42 – 50

arasındadır. Metodolojik kalite açısından belirsizlik bildirilen bu analiz çalışmasından çıkarılan en önemli sonuç ve öneri, sigara kullanmanın önleminde yapılacak PET araştırmaları ve müdahalelerinin gelecekte daha doğru metotlarla yapılması yönünde olmuştur (Lareyre ve ark., 2021).

Yine DSÖ'nün koruyucu sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak öne çıkardığı çevrenin korunmasına yönelik bireysel davranışların belirlenmesi ve iyileştirilmesindeki etkili faktörleri belirlenmesinde PET çerçevesinin kullanılma metotları ve açıklayıcı varyansları incelenmiştir. Sonuçlar bireysel davranışları etkileyen dolaylı değişkenlerin (inançlar gibi) ve değerlendirmelerin göz ardı edildiğini ve çalışmaların yarısından fazlasında açıklanan varyansın bildirilmediğini göstermiştir. Yine PET teorisinin uygulanmasına ilişkin yönergelere tutarlı bir şekilde uyulması durumunda tutarlı sonuçlar elde edebileceği vurgulanmıştır. Teorinin uygulanmasında özellikle dört hususun dikkate alınması gerektiği (çerçeve seçimi, orijinal modeli genişletme kararı, metodoloji ve sonuçlar) vurgulanmıştır. Bu literatür çalışmasında bu tür çalışmalarda karşılaşılan sorunların üstesinden gelebilmek için bir yol haritası önerilmiştir (Yuriev ve ark., 2020).

PET çerçevesinin birçok disiplinde sağlıkla birlikte ele alındığı bilinmektedir. Turizm sektöründeki sağlık risk sorunlarını keşfetmek amacıyla yapılan bir çalışmada, Tibet'e (Çin) seyahat eden kişilerin yüksek rakımlı yerlerde sağlık inanç, tutum ve öz yeterlilikleri ile sağlık sorunlarını önleyici davranışları ve seyahat memnuniyetinin altında yatan ilişkileri araştırılmıştır. SİM çerçevesinin de kullanıldığı bu çalışmanın sonuçları bireysel tutumlar aracılığıyla sağlık inançlarından sağlığı koruyucu davranışlara dolaylı ilişkilerin olduğu; sağlığı koruyucu (hastalıkları önleyici) davranışların seyahat memnuniyetinin olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Huang ve ark., 2020).

Koruyucu sağlık açısından başta kronik hastalıklar olmak üzere ilaç kullanımının önemi bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, ilaçların yeniden kullanımına ilişkin niyetler (eczaneye iade edilen ilaçların yeniden kullanılması) incelenmiştir. Çalışmada, PET'in insanların ilaçları yeniden kullanma niyetlerini anlamak için geçerliliği, davranış değişikliğinin sağlıkla ilgili başka psikolojik teorilerle birlikte (Sağlık İnanç Modeli, Koruma Motivasyon Teorisi, Sağlık Davranışı Değişiminin Trans-Teorik Modeli, Rasyonel Eylem Teorisi/ PET) incelenmiştir. Sonuçlar PET çerçevesinin sağlık ile ilgili

araştırmaların içinde ve dışında yaygın olarak kullanıldığı ve daha doğru bileşenlere sahip olduğundan, PET'in ilaçların tekrar kullanım davranışını incelemede önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmıştır (Alhamad ve Donyai, 2021).

Randomize kontrollü bir diğer çalışmada ise, Tip 2 diyabet veya kardiyovasküler hastalığı olan 183 yaşlıya uygulanan dört haftalık düzenli fiziksel aktiviteyi ve sağlıklı beslenmeye yönelik PET müdahalesi yapılmıştır. Müdahale ncesi ve sonrası (zaman boyutu: 1. ve 6. hafta) yaşlı bireylerin planlama ve davranış ölçümlerinin yanında PET yapıları (tutum, öznel norm, algılanan davranış kontrolü) ile niyet ölçümleri yapılmıştır. Sonuçta, sağlıklı beslenmeye yönelik olarak anlamlı bir zaman-durum değişikliği ortaya çıkmasa da fiziksel aktivitede davranış, niyet, planlama, algılanan davranış kontrolü ve öznel norm boyutlarında anlamlı düzeyde zamansal durum değişikliği görülmüştür. Kontrol grubuna kıyasla müdahale grubu fiziksel aktivite ve planlamada kısa vadeli iyileşmeler göstermiş ve yapılan ileri analizlerde müdahalenin davranış üzerindeki etkisine planlama tarafından aracılık edildiği bulunmuştur. Çalışma planlama stratejileri dahil, PET odaklı müdahalelerin diyabet ve kardiyovasküler hastalığı olan yaşlılarda fiziksel aktiviteyi teşvik edebileceğini göstermiştir (White ve ark., 2012). Farklı yaş gruplarında sağlığa ve koruyucu sağlığa yönelik PET erevesinin boyutlarının incelendiği bu alışmalar, PET erevesinin yaşlıların koruyucu sağlık tutum ve davranışlarının incelenmesinde belirleyici olabileceğini ve yol gösterici sonuçlar ortaya çıkarabileceğini kanıtlamaktadır.

2.6 Yaşam Durumu

"Yaşam durumunun, bireyin uzun vadede maddi ve maddi olmayan çıkarlarının bütünlüğünü tatmin etmek için sahip olduğu kapsam anlamına geldiği anlaşılmaktadır" (Dieck, 1991; akt. Naegele, 1998). Yaşam durumu, birey ve sosyal grupların içinde yaşadığı sosyal pozisyon ve koşulları ifade eden bir kavramdır. Yaşam koşullarını belirleyen ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin etkileşimi dikkate alınarak, ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar sistematik olarak incelenerek hedef grubun beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun girişimler, programlar, hizmetler vs. planlanır (Kolip, 2024). Bu çalışmada ele alınan yaşlılıkta yaşam durumu (YD), yedi boyutlu ve boyutları arasına kesin sınır çekilemeyen kompleks bir kavramsal yapıdır (Naegele, 1998). Bu yapının boyutları bu bölümde incelenmektedir.

2.6.1 Yaşlılıkta Finansal Durum

Gelir ve servet, bireylerin ekonomik durumunun belirlenmesinde 2 temel kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Modern ekonomik analiz temelinde bir tatmin ve soyut psikolojik deneyimler süreci olan gelir kavramı (Haig, 1982) bireyin veya işletmenin mal veya hizmet satışı karşılığında veya sermaye yatırımı yoluyla aldığı paranın toplamıdır. Servet ise karşımıza para ve mevduat, parasal altın ve fiziki varlığı olamayan çekilebilir diğer paralar, borçlanma senetleri, krediler, hisse ve yatırım fonu payları, sigortalar, emeklilik ve standartlaştırılmış garanti programları, finansal türevler, çalışanların sahip olduğu bazı hisse senedi opsiyonları ve diğer alacak/borç hesapları olarak çeşitli fiziksel ve fiziksel olmayan şekillerde çıkmaktadır (Cartas ve Harutyunyan, 2017). Vergi amaçlı ölçümlerde kullanımı yaygın olan “gelir” (Brooks, 2018) alım gücü ile alakalıdır. Belli bir dönemde bireysel üretim kaynaklarından sağlanabileceği gibi servetlerde değer artışından da sağlanabilmektedir (Ortaç, 1999; Dinçer ve Kalelioğlu, 2013).

Yaşlıların mevcut kişisel maddi kaynaklarının ve gelecekteki mali kaynaklarının tespiti kendi yaş grupları ve diğer yaş grupları arasındaki eşitsizlikleri belirlemek dışında koruyucu sağlık dahil sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemlidir. Böylelikle bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik kısa ve uzun dönem kamu sağlık planlamaları yapılabilir. Bu bağlamda tek başına yeterli olmasa da yaşlıların gelirleri ve varlıklarına yönelik çalışmalar uzun yıllardır yapılmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1980’li yılların başında yaşlıların yılda ortalama 9000 dolar toplam geliri vardır. (IoM, 1986). Bu oran 65 yaş ve üzeri bireylerde 2017 yılında 51.906 dolara ulaşmıştır. Bu noktada dikkat çeken ise bireylerin 1/5’lik diliminin 21.840 dolardan az, diğer uçtaki 1/5’lik diliminin ise 110.897 dolardan fazla hane gelirine sahip olduğudur (Li ve Davies, 2022). Yaşlıların çoğunun (%83) birincil gelir kaynağının sosyal güvenlik kaynakları olduğu, diğer kaynaklarının ise yatırımlardan ve diğer varlıklardan (%69) elde edilen gelirler, emekli maaşları (%30) ve diğer emeklilik planları, işten elde edilen kazançlar ve küçük bir grup için kamu ve gazi yardımları olarak sıralanabileceği bildirilmiştir (<https://pensionrights.org/resource/sources-of-income-for-older-adults/>, Erişim tarihi: 20.7.2024).

Ev sahibi olmanın önemli bir zenginlik kaynağı olarak görüldüğü bir toplumda ileri yaş dönemlerinde fiziksel iyilik hali ile emeklilik gelirleri düşmekte, ancak kadınlar başta olmak üzere yaşlılar iş hayatına devam edebilmektedir (Spiers ve ark., 2022).

Avustralya’da yaşlı bireylerin daha düşük gelir, ancak daha fazla servete sahip oldukları ve bunun en önemli kaynağının ise sahip oldukları evin maddi değeri olduğu bildirilmiştir (<https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australians>, Erişim tarihi: 20.7.2024).

Benzer şekilde Kore’de yaşlıların yoksulluk oranlarının yüksek olduğunu ancak varlıkları nedeniyle gelirlerinin bir miktar yükseldiği; yine de yaşlılarda yoksulluğa daha çok rastlandığı görülmektedir (Lee, 2023).

Dünya Bankası Sosyal Koruma ve İstihdam Küresel Uygulaması, yaşlanma ve uzun yaşamın temel yönlerine uzun vadeli bakım, gelir güvenliği ve üretken uzun yaşam gibi temel perspektiflerden yaklaşmaktadır (WBG, 2022). Dünya Bankası’nın yaklaşımı yaşlıların gelir ihtiyaçlarının yaşadıkları çevreye göre değiştiğini ve genel olarak gelir güvenliğinin yaşam düzenlemelerine ve sağlık hizmetlerine, barınma, ulaşım ve diğer altyapılara, evde yardım ve bakım hizmetlerine ve uzun vadeli bakım gibi hizmetlerin varlığına, bunlara erişime ve bunların maliyetine bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşımda, yaşlılara ayni yardımların daha fazla sağlandığı ülkelerde, daha az gelir (mali) güvencesine ihtiyaç var iken, bu hizmetlerin yetersizliğinde daha fazla gelir desteği verilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Yaşlıların en önemli dört gelir kaynağını devam eden çalışma hayatı, aile desteği, birikimler ve varlıklardan elde edilen gelirler ve devlet, sosyal program veya işverenlerinden gelen yardımlar olarak gösterilmiştir (WBG, 2023).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporunda ise 65 yaş üstü bireylerin göreceli gelir yoksulluğu içinde yaşadığı; yaşlıların yoksulluk oranlarının ülkelerin yaklaşık üçte ikisinde toplam nüfustan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. OECD ülkelerinde gelir yoksulluğunun emeklilikte yaşla birlikte arttığı ve diğer yaş gruplarında olduğu gibi kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir (OECD, 2023).

Türkiye’de 65 ve üstü nüfus 2018-2023 arası 5 yıllık dönemde %21,4 artarak 2023 yılında 8,722 milyon kişiye ulaşmıştır. Bu nüfusun %44,5’ini erkekler %55,5’ini kadınlar oluşturmaktadır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında % 22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre, 2023 yılında eşdeğer hanehalkı kullanılabılır fert medyan gelirinin %60’ına göre hesaplanan yoksulluk oranı yaşlı nüfusta için 2019 yılında %14,2 iken, 2023 yılında %21,7’e ulaşmıştır. Aynı yıl için, yaşlı erkeklerde yoksulluk oranı ise % 20,7 iken yaşlı kadınlarda %22,4 olarak rapor edilmiştir (TÜİK, 2024a).

DSÖ Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 2020 yılına kadar herkes için sağlık sigortası kapsamında iyileştirmeyi amaçladığı temel sağlık hizmetler ile ilgili politikalarında amacına ulaşmakta zorlanmaktadır. 2021 yılında 4,5 milyar insanın temel sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanmadığı, bunun nedenleri arasında 2 milyar kadar bireyin finansal zorlukları ve 1 milyar kadarının cepten sağlık harcaması yapması nedeniyle daha da yoksullaşması ve 344 milyon insanın sağlık maliyetleri nedeniyle daha da aşırı yoksulluğa sürüklenmesi gösterilmektedir. Bu bağlamda DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını önermektedir (WHO, 2023).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yoluyla yoksulluğun ve yaşlı yoksulluğunun kontrol altına alınmasını kolaylaştırmak mümkündür. Böylelikle yaşlıların halihazırda azalmış olan gelirlerinin sağlık dışındaki alanlarda kullanmalarını sağlayarak yaşam refahlarını arttırmaları sağlanacaktır (Okamoto, 2024). Bu bağlamda birey ve hanelerin ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık ve mali desteğin ulusal sağlık sistemlerine ve sosyal koruma politikalarına dahil edilmesi tavsiye edilmektedir.

2.6.2 Yaşlılıkta Maddi Tedarik

Öngörülebilir bir insanlık gerçeği olan, sağlık ve gelirlerdeki gelişmelere atfedilebilecek bir gelişme zaferi olarak yaşlanma (WBG, 2023) söz konusu olduğunda aynı zaferi yaşlılara verilecek hizmetlerin altyapısını sağlayarak taçlandırmak gerekmektedir. Dünya nüfusu yaşlanmakta, ancak dünyanın birçok bölgesinde fiziki ve sosyal altyapı yaşlıları desteklemeye pek uygun olmadığı gibi içinde eşitsizlikleri barındıran bölgesel farklılıklar göstermektedir.

Avustralya’da yapılan bir çalışmada, demografik yapı ile çevre altyapısı arasında uyumsuzluk olduğu gösterilmiştir. Özellikle yetersiz fiziksel bölgelerde daha düşük sosyal altyapı özellikleri bulunduğu ve bu dengesizlikler özellikle ileri yaşlıların (85+) çevresinde belirgin hale geldiği tespit edilmiştir. Bu noktada politika yapıcılara düşen görevler arasında bölge eyalet yönetimleri ile daha yerel düzeydeki yönetimlerin ilişkilerini güçlendirerek bakış açılarının uyuşmasını sağlamak önemli yer tutmaktadır (Hartt ve ark., 2022). Altyapı hizmetleri özellikle sağlık ve bakım hizmetlerinde ayrıca önem kazanmaktadır. Çin’de yapılan bir çalışmada yaşlı bakım hizmeti kaynaklarının arz ve talebi ile bunların arz-talep koordinasyonu bölgelere göre incelenmiş ve belirgin bölgesel farklılıklar olduğu görülmüştür. Ulaşılan sonuçlar, yaşlı hizmeti kaynaklarının arzını güçlendirmek ve yaşlı bakım hizmeti kaynaklarının arz ve talebinin yükseltilmesini teşvik etmek için altyapı, inşaat ve diğer hizmetler için hizmet verilerin eğitimi dahil tüm hususların yaşlıların görüşlerine ve beklentilerine göre yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Zhang ve ark., 2022).

Yaşlıların ihtiyaç ve beklentilerini anlamak, yaşlıların yaşam çevresinde ihtiyaç duydukları temel ve özel olanakların belirlenmesi ve imkanların yönetimi ile mümkündür. Yapılan çalışmalar, apartman dairesi gibi ikamet alanlarına yönelik hazırlanan rehberlerde yaşlıların ihtiyaçları olan konforun sağlanmasına için koyulan kriterlerin yaşlıların özel sağlık ihtiyaçlarından ziyade engelli bireylerin genel ihtiyaçlarına odaklandığı göstermiştir (Famakin ve ark., 2022). Diğer yandan ulaşım konusu ikamet kadar önemli bir altyapı faktörüdür ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması noktasında eksikliği söz konusudur. Yaşlıların kentsel hareketliliğini arttırmaya yönelik olarak 36 düşük ve orta gelirli ülkede yapılan müdahalelerin özellikleri incelendiğinde, çeşitli bireysel faktörlerin tanımlanmasıyla yapılan davranış değişikliğine yönelik iletişim müdahalelerinin düşük maliyetli ancak uzun dönem etkili olduğu; yaşlıların güvenliği, sosyal katılımı ve ulaşım planlarının iyileştirilmesine yönelik farkındalığın artırılmasında etkili olduğu bulunmuştur. Her düzey ve ilgili disiplinlerden yöneticilerin katılımıyla yapılan ulaşım müdahalelerinin sürdürülebilir kentsel ulaşım altyapısı sağlayacağı ve özel araçlardan toplu taşımaya geçişi kolaylaştıracağı vurgulanmıştır. Yaşlı yetişkinlere özel ulaşım politikalarına özellikle kadınlar lehine müdahalelerin eksikliği ise hala tartışma konusudur (Patil ve ark., 2022).

Çevre altyapısı sağlık kavramı ile ayrı bir önem kazanmaktadır. Yerel parkların daha fazla olduğu, eğlence tesislerine erişimin ve iş yoğunluğunun daha fazla olduğu mahallelerde yaşamanın daha yüksek düzeyde bilişsel işlevle ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Finlay ve ark., 2021). Yaşlıların başarılı, sağlıklı ve aktif olarak yaşamalarını sağlamak için onların özel ihtiyaçlarını karşılayacak, sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirecek özellik, yapı ve işlevlere sahip, yaş-dostu bir sağlık sistemi için öncelikle sağlık sistemlerinin içerik, işlev, bileşen ve hedeflerinde gereken düzenleme ve değişikliklerin yapılması gereklidir. Kanıta dayalı bakım çalışmaları, yaşlıları ve ailelerini sağlık politikalarının oluşturulmasına dahil ederek yapılan girişimlerin bakım memnuniyetini arttırdığı ve maliyeti azalttığı gösterilmiştir (Karami ve ark., 2023). Singapur'da yapılan bir çalışmada, çevre ve sosyal altyapının kişinin bakım düzenlemelerinde de belirleyici olduğu gösterilmiştir (Ho ve ark., 2023).

Yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerini ve sağlık harcamalarını etkilediği; sağlık ve sağlık insan gücüne yapılan yatırımların, yaşlıların sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu; sağlık hizmetleri altyapısının ise gelir ve çevresel altyapısı ile ilişkisi bilinmektedir (Brewster ve ark., 2020; Saleem ve ark., 2021). Ancak bu ilişkilerin doğru tespitinde ülkeye özgü sağlık altyapıları ve ekonomik koşulların kontrolünün sağlanması gerekmektedir (Mohapatra, 2022). Ülkelere göre koşullar değerlendirildikten sonra sağlık harcamaları ile sağlık sonucunun ilişkisi daha doğru kurulabilmektedir. Bu çerçevede sağlık, eğitim, ulaşım, ikamet ve sosyal altyapı düzenlemelerinin tek tek ve birlikte yaşlı nüfusun yaşam durumunu etkilemektedir. Gelecekteki araştırmalarda maddi tedarik kaynaklarının artırılması için ülkesel, bölgesel ve mahalle düzeyinde analizlerin yapılması ve ortaya çıkan sonuçların planlamacıların, politika yapıcıların ve yaşlı sakinlerin tutum ve davranışları yönünde daraltılması önerilebilir. İkamet, eğitim, sağlık ve sosyal altyapı için gereken maddi tedariğin sağlanması yoluyla yaşlıların ihtiyaçlarına özel sağlık sistemlerinin işlevi de desteklenmiş olacaktır. Ancak bu şekilde hedeflenen yaşlanma koşulları sağlanabilecektir.

2.6.3 Yaşlılıkta Temas, İletişim ve Etkileşim

Sosyal ağlara erişim, sosyal ilişkileri ve sosyal faaliyetlere katılımı teşvik etmekte; böylece sosyal desteğe erişim de artmaktadır. Sosyal temas, her insanın ömrü boyunca

kendisine gereken ve sağlık göstergelerini etkileyen bir gerekliliktir. Yaşlılarda bu gereksinimi karşılamak yönünde yapılan sağlık ve refahla ilgili sosyal bağları geliştiren yaklaşımlar incelendiğinde ne çıkan temel yaklaşımlar: nesiller arası programlar, yaşlı dostu mahalleler veya topluluklar, toplum temelli grup fiziksel aktiviteler ve teknolojidir. Birey ve topluluk düzeyinde sosyal bağlantıyı güçlendirmeye odaklı zamanlıca yapılan müdahaleler ve yüz yüze ya da teknoloji aracılığıyla sosyal bağları sürdürecek ortamlar oluşturulması önerilmektedir (Suragarn, 2021).

Son zamanlardaki teknolojik gelişmelere bağlı dijitalleşme mevcut sosyal bağların sürdürülmesi ve yenilerinin oluşmasında yaşlıların hayatını etkilemiştir. Diğer yaş gruplarına göre daha yavaş olsa da başta internet kullanımı olmak üzere yaşlıların teknoloji kullanımı artmaktadır. Ayrıca sosyal etkileşim amaçlı internet kullanımının olumlu sosyal deneyimlere ve refaha katkısı, yaşlılarda teknoloji kullanımının ve yeni teknolojilerin sosyal deneyimi yeniden şekillendirmesi noktasındaki tartışmalar devam etmekte; teknolojinin bilişsel işlevler, beden sağlığı üzerindeki etkisini anlamaya yönelik çabalar sürmektedir (Hülür ve Macdonald, 2020). Diğer yandan sosyodemografik farklılıklardan kaynaklı teknoloji erişim eşitsizlikleri nedeniyle teknoloji kullanımının olumlu etkisine gölge düşmektedir. Teknolojiye erişebilen ve özellikle hareket kısıtlılığı olan, yalnız yaşayan yaşlılarda teknolojik girişimlerin olumlu sonuç verdiği bilinmektedir (Ibarra ve ark., 2020). Teknolojinin yaşlıların yalnızlığını ve sosyal izolasyonunu gidermeye yardımcı olduğu ile ilgili tartışmalar Covid-19 pandemisi döneminde artarken (Latikka ve ark., 2021), aynı dönemde yaşlıların sosyal ilişkilerden dışlanması da gündeme gelmiştir (Tufan ve ark., 2020).

Sosyal ilişki kavramı, sosyal kaynakları, sosyal bağlantıları ve sosyal ağları kapsamaktadır. Yaşlılarda sosyal ilişkilerin karmaşık bir yapısı vardır ve bu yapıyı anlamaya ve sosyal dışlanmayı gidermeye yönelik kavramsal çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sosyal ilişkilerin değerlendirilmesini ve psikososyal kaynakların ve sosyo-duygusal süreçlerin, sosyokültürel, sosyal-yapısal, çevresel ve politika bağlamsal etkileri incelenmiştir. Ayrıca bu etkilerin yaşlıların sosyal ilişkilerden dışlanma üzerindeki etkisi kavramsallaştırılmıştır. Sosyal ilişkilerden dışlanmanın bireysel refah,

sağlık ve işlevsellik, sosyal fırsatlar ve sosyal uyum yeteneklerine olan etkisi vurgulanmıştır (Burholt ve ark., 2019).

Yaşlıların sosyal dışlanmadan korunmasında her türlü temasının sürdürülmesi esastır. Bu noktada temaslarının devamlılığı ve sosyal bağların sürdürülmesi sağlanmalıdır. Yaşlıların sürdürdüğü gayri resmi destek ağlarının sadece aile düzeyinde değil, aynı zamanda arkadaşlar, komşular, gönüllü kuruluşlar ve yasal hizmetlerdeki temalarla ilişkili olduğu ve bu temaların oluşturduğu bileşik destek ağlarının da incelenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda cinsiyet, sosyal sınıf ve hane halkı yapısının etkili olduğu ve bu doğal destek sistemlerinden faydalanması yönünde politika yapıcılarıyla hizmet sunucularının bu incelemelerden faydalanması tavsiye edilmektedir (Wenger, 1984).

Küresel çapta yaşanan nüfusla birlikte artan yaşam beklentisi, araştırmacıları kırsal bölgede yaşayan yaşlıların yaşam memnuniyetini etkileyen faktörleri incelemeye yöneltmiştir. Yaş-dostu toplulukların incelendiği 2010-2020 arası çalışmalar, yaşlıların sosyal uyumu ve yaşlı dostu çevreler yaşam doyumunun sağlanmasına yönelik çalışmalarda bile ilgili literatürünün kentsel alana odaklandığı göstermektedir (Nedeljko ve ark., 2022). Ancak kırsal alanda yaşayan yaşlılarında sosyal ağlarının sürdürülmesi ve sosyal hayata dahil olmaları ele alınması gereken hassas bir konudur.

Sosyal entegrasyon ve sosyal bağ kurmak iyi sağlıkla alakalıdır. Daha çeşitli ve çok sayıda kurulan sosyal bağlar, sadece fiziksel aktiviteyle ve hareketsiz geçirilen zamanın azaltılmasıyla değil, aynı zamanda daha iyi bir ruh hali ile ilişkilendirilmektedir (Fingerman ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar daha önceden var olan sosyal bağların pasifleşmesi ya da kaybedilmesi durumunda, imkan olsa bile yaşlıların en basit egzersiz olan yürüyüş aktivitesini bile yapmadığını göstermiştir (Asiamah ve ark., 2021). Anksiyete, depresyonu azaltma ve yaşam kalitesini artırma yönünde olumlu etkileri olan (de Oliveira ve ark., 2019) ve yaşlılarda başarılı yaşlanmayı teşvik eden fiziksel aktivite faaliyetleri dışında (Lin ve ark., 2020) diğer grup faaliyetlerinin de biyopsikososyal sağlığa olumlu yönde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Sosyal temasın bir çeşidi olan nesiller arası etkileşimin sadece yaşlıların değil, diğer yaş gruplarının sağlık ve refahı üzerine de etkisi bilinmektedir. Bu kapsamda yürütülen

programları ele alan çalışmaların sistematik incelemesinde, bu programların yaşlıların sağlığını, bilişsel işlevlerini, sosyal ilişkiler ve refah/yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve bu programlara katılımın fiziksel ve sosyal faaliyetleri arttırdığı tespit edilmiştir. Ancak daha geniş yani toplumsal çapta yapılacak ve çevresel müdahaleleri ele alan çalışmaların olmadığı (Zhong ve ark., 2020); özellikle uzun dönem bakım ortamlarında bireylerin fiziksel aktivitelerinin sadece fiziksel çevre ile değil sosyal (destekleyici profesyoneller, diğer insanların rolü, sosyalleşmek ve aktif olmak için yeterli aktiviteler) ve sembolik (çok düzeyli politika ve kuruluş ile profesyonellerin değerleri) çevre bağlamında ele alınması gerekmektedir (Narsakka ve ark., 2022).

Sosyal temas ve etkileşimin yaşlıların total sağlığı üzerinde etkili olduğu ve diğer yaş gruplarına göre daha fazla yalnızlık ve sosyal izolasyon riski taşıdığı için, yaşlılara yönelik koruyucu önleyici faaliyetlerle sosyal temaslarının sürdürülmesi yönünde stratejiler geliştirilmesi ve girişimler uygulanması gerekmektedir (Van Orden ve ark., 2021). Ancak televizyon izlemenin, radyo dinlemenin ve bilgisayar ile vakit geçirmenin sosyal ağ kurmak olarak görülmemesi gerektiği; kültürel faaliyetler, tatil, spor, kitap okuma ve alışveriş gibi hobiler ile gönüllük çalışmalarının da yaşlı insanların sosyal bağ gücünü gösteren aktiviteler olduğu vurgulanmaktadır (Toepoel, 2013). Diğer yandan yaşlılarda sosyal bağların devamlılığı ve sosyal temasın sürdürülmesi ile bilişsel işlevler arasında ilişki kurulmaktadır (Kelly ve ark., 2017).

Yaşlılarda mesleki olmayan sosyal temas, ilişkiler ve etkileşimin geliştirilmesi; sosyal ilişkilerden dışlanmalarını önlemek için bireysel, toplumsal farklılıkları ve ayrıca kohort farklılıklarını da göz önünde bulunduran disiplinler arası çalışmalar yapılması gerekmektedir. Ancak bu şekilde yaşlıların sağlığının sadece biyolojik açıdan değil psikolojik, mental ve sosyal açıdan da korumak ve geliştirmek mümkün olabilecektir. Sadece yaşlıların kendi arasındaki temaslar değil, toplumun her kesimiyle olduğu gibi sosyal kurumlarla olan ilişkilerinin de sürdürülmesi; nesiller arası iletişimin teşvik edilmesi, amaca uygun şekilde teknolojik ve dijital araçların kullanılması, fiziksel aktiviteler ve diğer grup aktivitelerinin motive edilmesi gerekmektedir. Tüm plan ve programların sağlığı koruma ve geliştirme süreçlerine entegre edilmesiyle yapılacak

girişimlerin disiplinler arası yaklaşımla ele alındığında başarılı olması ve böylece başarılı, sağlıklı ve aktif yaşlanma yaklaşımlarının birden fazlasına hitap etmesi beklenebilir.

2.6.4 Yaşlılıkta Öğrenme ve Deneyim

Sosyalleşme, okul ve mesleki eğitim, iş dünyasındaki deneyimler, sosyal ve mekânsal hareketlilik ve ilgili yaşam ve çevre koşulları tarafından oluşturulan gelişme, öğrenme ve ilgi alanlarını belirlemektedir. Öğrenme ve eğitim ise aile ve okulda başlamakta ve yaşam boyu çeşitli şekillerde devam etmektedir. Eğitimi resmi (örgün-formal), gayri resmi (örgün olmayan-informal) ve yaygın (non-formal) olarak sınıflandırabiliriz. Resmi öğrenme genel olarak organize, kurumsallaşmış olan okullarda örneğini gördüğümüz öğrenme iken, gayri resmi yaşam boyu deneyimlenen ve kolayca fark edilmeyebilen günlük öğrenmeyi tanımlamaktadır. Yaygın öğrenme ise kolayca tanımlanmayan bir öğrenme biçimi olup (Johnson ve Majewska, 2022: 6-7) resmi öğrenme sistemi dışında yürütülen organize sistematik öğrenme faaliyetleridir. Diğer üçüncü yaş üniversitelerinde olduğu gibi (Findsen ve Formosa, 2011) Tazelenme Üniversitesi'nde yürütülen öğrenme de bu kapsamdadır. Daha genç yaşlarda alınan resmi (formal) eğitim bireyler, yapacakları mesleklere hazırlamaktadır. Yaşlanan birey mesleki gelişim çerçevesinde ele alındığında, yaşam evreleri, yaşam seyri ve yaşam durumu kapsamında düşünülmelidir. Yaşlı bireyin mesleği ve kariyerindeki edinimleri (iş arama, işten ayrılma, iş motivasyonu ve davranışı, tutumlar, iş sağlığı ve refahı) ve bunların bağlamsal mekanizmaları ile, yaşlı bireyin bireysel özelliklerinin bu bağlamsal mekanizmalarla ve meslek/ kariyer sonuçları ile etkileşimi incelenmelidir.

Tüm türlerde canlının olgunlaşması, içinde üreme ve bakım yatırımı ile uzun ömürlüğü barındıran bir gelişim programıdır ve insanda esneklik (plastisite) ve öğrenme türleriyle ilişkili olarak ele alınmaktadır. İnsanı kendini yaşam tarihi boyunca yenilenen çevresine adapte etmek için işbirliği yapmıştır (Gopnik ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar yaşlıların sosyal sağlığını belirlenmesinde sıkı komşuluk ilişkilerinin önemli olduğunu (Alidoust ve Bosman, 2015) ve komşuluk ilişkilerinin sorgulandığı kentsel yaşamın bazı olumsuz koşullarında ise yaşlıların teknoloji destekli öğrenme araçlarını kullanması ve ileri yaşta yeni çevrelere adapte olarak öğrenmeyi ve yaşamını sağlıklı biçimde sürdürmesi birey, çevre ve sağlık ilişkisini birey lehine dönüştürülebileceğini (Fernandes ve ark., 2021)

işaret etmektedir. Bu durum ileri yaşlarda, başkalarıyla birlikte öğrenmenin olumlu yönlerini vurgulamaktadır (Wolfe ve ark., 2023). Yaşlanmayla birlikte bilişsel yeteneklerde çok sayıda değişiklik eşlik eder ve bu da öğrenmeyi etkilemektedir. Yaşlı bireylerde yeteneklerde azalma olduğu yönünde bir algı olsa bile, yaşlılıkta gelişen bazı incelikli yetenekler ve değişen ilgi alanlarıyla beraber aktif iş yaşamı sonrasında öğrenme ihtiyacı devam etmektedir. Yaşlılarında toplumun diğer bireyleri gibi gündemi takip etmesi, bu gündemin de kendi ihtiyaçlarına göre oluşması gereklidir. Yaşlı bireylerin eğitimlerinin aktif katılımına olanak tanıyan tüm yetenek ve kaynakların gelişimini teşvik edici eğitim içerikleri oluşturulması sağlanması; aynı zamanda da ilişki ve iletişim kurma ve her nesilden bireylerle etkileşime girme fırsatları sunan eğitim koşulları oluşturulmalıdır. Eğitim girişimleri nesiller arası engelleri ortadan kaldıran ve yaşlılık ile diğer yaşam evreleri arasındaki boşluğu doldurmaya çalışan programlar olmalıdır (Luppi, 2009).

Yaşlanan toplumlarda emeklilikte geçen süre artmaktadır ve emeklilikte bireylerin aslında daha fazla boş zamanı olmaktadır. Yaşlı bireyin eğitim gündeminin, kişisel eğitim ihtiyacına ve değişen bilişsel durumuna göre belirlenmesi ve emeklilikte ve yaşlılıkta öğrenmeyi geliştirmek için aktif yaşlanma çerçevesinin kullanılması yönünde görüş bildirilmiştir (Istance, 2015). İspanya’da yapılan bir çalışmada, öğretme faaliyetlerine katılım durumunun yaşlı bireyin cinsiyeti (kadın olma lehine) eğitim düzeyi, yaş ve sosyal ve kültürel etkinliklere katılma olasılığıyla ilişkili olduğu ve bu ilişkinin kohort farkı, eğitim düzeyi, emeklilik yaşı veya geçmişten gelen sosyokültürel faaliyetleri devamlılığından etkilendiği öne sürülmüştür (Villar ve Celdran, 2013).

Yaşlanan ve yaş çeşitliliğinin giderek arttığı mesleki ortamlarda mesleki davranış ve mesleki gelişimlerin, bireylerin tüm yaşam süreçlerini göz önünde bulundurarak ele almak gerekmektedir. Bunun anlamı yaşlanan dünyada yaşlı çalışanlara iş ortamlarında giderek daha sık rastlayacağımızdır. Yaşlıların yaşam süreci, seyri ve yaşam durumlarının mesleki yaşam ile olan ilişkisine dair yapılan teori ve kapsam inceleme çalışmalarının öneminin giderek artması (Zacher ve Froidevaux, 2021) beklenmektedir. Bu çalışmalardan elde edilecek sonuçların sadece bireyin kendisi için değil, ilgili disiplinleri temsil eden bilim insanları, çalışanlar, kariyer danışmanları, kuruluşlar ve politika yapıcılar için önemli

Çıkarımlar sağlayacaktır. Yaşlı eğitiminde akılda tutulması gereken bir diğer konu eğiticilerin özelliklerinin önemli bir temel oluşturduğu, eğitim materyali dışında eğitici ve diğer öğrenenlerle sosyal etkileşim halinde bulundukları ve etkili öğrenme deneyimlerine yatkın olduklarıdır. Yaşlıların geçmişi, şimdi veya geleceği ile ilgili olmayan konuları öğrenmekle ilgilenmedikleri her zaman akılda tutulmalı; müfredat oluşturulurken göz önünde bulundurulmalıdır (Duay, 2008).

Gerontolojide eğitim yani Eğitimsel Gerontoloji teorik ve pratik modellemeler literatürde yoğun oranda tartışılmaktadır. Yaşam boyu öğrenme ile yaşlı eğitimi bir çok noktadan birbiriyle ilişkilendirilmektedir. Netice de bireyin geçmiş yaşamındaki eğitim deneyimleri ve öğrenme davranışlarının ileri yaşlardaki öğrenme tutum ve davranışlarını etkileyeceği düşünülmektedir. Yaşam boyu öğrenmenin kapsamı ve çerçevesinin 1972-2020 yıllarını kapsayan geniş incelemesinde; öğrenmeye devam eden ve çoğu niversite mezunu olan yaşlıların (%46) yine çoğunun gayri resmi yani non-formal yöntemlerle ve üçüncü kuşak perspektifinden (%60) ğrenmeye devam ettiği bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuçlar, yaşlılara yönelik örgün, yaygın ve resmi olmayan yöntemlerdeki yaşam boyu öğrenme faaliyetleri sıklığında dengesizlik olduğunu ve yaşam boyu öğrenme paradigmasının kuşaklar tarafından pratikte farklı kullanıldığını göstermektedir (de Lima Flauzino ve ark., 2022).

Aktif yaşlanmayı teşvik ettiği bilinen yaş dostu şehir ve topluluklarda çerçevesinde yapılan çevresel ve psikososyal müdahalelerin uzun vadede yaptığı olumlu etkisini görebilmek için boylamsal çalışmalara ihtiyaç olduğu, bu nedenle de yaş dostu çevrelerin oluşturulması gerektiği (Snchez-Gonzlez ve ark., 2020) ve bu kapsamda öğrenme ve serbest zaman aktivitelerinin teşvik eden ortam ve evre yaratılmalıdır. Diğer türlü bireylerin yaşlılık öncesi dönemlerde var olan aktiviteleri azalacak ve aktif yaşlanma sürecinden bahsetmek mümkün olmayacaktır. Yaşlılıkta ğrenme faaliyetleri ile genel sağlık arasında olumlu bir ilişki vardır. Yaşlıların ğrenmenin kendisine ve öğrenme sürecine verdikleri anlam ve bireysel değerlere göre, sağlık ve öğrenme ilişkisine bakıldığında, yaşlıların öğrenme aktivitelerini yaşam kalitesi, sosyal ağlar, başa çıkma aracı ve riski azaltma aracı olarak kullandığı gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Nihayetinde

öğrenme eylemi sağlığın ilgili alanlarına bu araçların kullanılması yoluyla etki yapmaktadır (Schoultz ve ark., 2020).

Gelişmiş ülkelerde yaşlıların, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının optimum düzeyde olması, yaşam kalitelerinin yüksek olması, mal ve hizmetlere erişimi kolaylaştıracak ekonomik kapasitelerinin iyi düzeyde olması, üretkenliklerinin ve boş zaman kültürlerinin gelişmesini ve genişletilmesini sağlar. Bunun için yaşlıların dijital yeteneklerinin geliştirilmesi ve dijital ortam ve olanakları yaratılması gerekir (Franco ve ark., 2015). Ayrıca, e-öğrenme platformlarında yaşlanmayla ve sağlık/tıpla ilgili konuları içeren çevrimiçi kursların yaşlı ilgi alanına göre genişletilmesi (Liyanagunawardena ve Williams, 2016) önerilmektedir. Böylece, gelişen dünyada değişmeye eğilimli yaşlılarımızın hem öğrenme ve eğitim ihtiyaçları giderilebilir hem de sosyalleşmeye kaynak sağlayacak iş deneyimlerinin devamlılığı sağlanarak biyopsikososyal sağlıklarına katkıda bulunmak mümkündür. Bu noktada unutulmaması gereken temel ilke gelişim ve ilgili alanlarına özel konuların biliş düzeylerine uygun şekilde sunulması, eğitim materyali ve eğiticinin özelliklerinin yaşlı eğitime uyarlanmasıdır.

2.6.5 Yaşlılıkta Düzenleme ve Katılım

Sonuçları bireysel, toplumsal, medeni ve kurumsal faydalarla uyumlu olan iletişimin parçası olarak “katılım” sosyal duyarlılık örneğidir. Bireysel ve toplumsal düzeylerde yapılan iletişim müdahalelerinin (diyalog, savunuculuk ve etkileşim) ve toplumsal koşulların bireysel ve toplumsal katılım sonuçları üzerinde etkisi mevcuttur (Johnston, 2018: 17-32). Kamu yönetime katılım ise paydaş çıkarlarına uygun politika, plan veya programlar hakkında karar alma sürecine doğrudan veya dolaylı olarak dahil olmaları anlamına gelmektedir. İstenen kamu katılımı özellikleri çeşitlilik, temsil ve katılım arasındaki orantılı ilişkisi, farklı bilgi türlerinin etki düzeyi, katılım yöntemleri ve bağlamlarının uyumlu olması ile ilişkilidir (Quick ve Bryson, 2022: 158-160).

Yaşlıların yaşam kalitesi fiziki ve sosyal altyapısından etkilenir ve aktif yaşlanmanın bir gereksinimi olan sosyal katılım ile belirlenir. Sosyal katılımın artırılması başta sağlık profesyonellerinin müdahale alanlarına girmektedir. Sosyal katılım kavramının kapsamı incelendiğinde, içinde toplum ve topluluklardaki diğer bireylerle etkileşim faaliyetleri sağlayan, zamana ve kaynaklara göre gelişen hedefe yönelik olarak toplumsal bağlam ve

birey istekleriyle orantılı olan faaliyetlere katılımdan bahsedildiği anlaşılmaktadır (Levasseur ve ark., 2022). Yaşlıların sosyal hayata katılımını etkileyen faktörler, onların sağlık, refah ve yaşam kalitesini ile ilişkilidir. Yapılan bir sistematik analiz çalışmasında yaş ve sosyoekonomik durum, bireyin sağlığı ve içsel motivasyonları, ulaşım ve ikamet gibi faktörlerin yanında özellikle önceden var olan sosyal ağlarının devamlılığının da önemli olduğu ve bu sosyal ağların kaliteli sosyal katılımın sürdürülmesinde önemli olduğu gösterilmiştir (Townsend ve ark., 2021).

Aslında bireysel katılımlar dışında, yaşlıların sivil hayata katılımı kolektif toplumsal katılım biçimleriyle ve özellikle de gönüllülükle anlam kazanmaktadır. Diğer katılım türleri zamanla daha istikrarlı hale gelmektedir. Bağlamsal ve dinamik yönleri sınırlı gelişen sivil katılım örnekleri yaşlılarda daha da sınırlıdır. Bu sınırı aşabilmek için yaşlıların sadece sosyal değil aynı zamanda politik ve karar alma süreçlerinde söz sahibi aktörler olarak görülmesi; mikro-mezo-makro düzeyde katılımın bağlamsal çerçevesinin incelenmesi; katılım sürecinde yaşlıların deneyimleri ve süreci etkileyen faktörlerin belirlenmesi; çeşitli ve sıra dışı grupların katılımını engelleyen durumların ortadan kaldırılmasına yönelik girişimler gereklidir (Serrat ve ark., 2020).

Yaşlılar, kendi yaşamları ve hatta sağlıkları ile ilgili karar alma süreçlerine de dahil edilmelidir. Yaşlıların “sosyal katılım” kavramı ile ilgili algıladıkları belirsizliği ve fikir ayrılıklarını çözümlemek için yapılan kavram analizi çalışmasında “kaynak paylaşımı, aktif katılım ve bireysel memnuniyete dayalı toplum temelli faaliyetlere ve kişilerarası etkileşimlere” vurgulanmaktadır (Dehi Aroogh ve Mohammadi Shahboulaghi, 2020). Bu konuda yapılan nitel çalışmaların sistematik incelemesinde, yaşlı bireylerin sağlıkları konusunda alınan kararlara yaşlılar dışında aile üyeleri, profesyoneller ve konuyla ilgili diğer kişilerin müdahale ettiği; bazen bu katılımcıların birbirilerinin kararlarını etkilediği ve değiştirdiği görülmüştür (Serrano-Gemes ve ark., 2020). Yine yaşlılıkta artan kronik hastalıklarla ilgili kararların, bakıcılar (resmi olan/olmayan) ve sağlık profesyonellerin kararlarının incelendiği literatür taramasında, kronik hastalıkları olan yaşlılar genel sağlık durumlarının sebep olduğu bilişsel ve/veya bedensel bozukluklar nedeniyle kararlara katılımlarının sınırlı olduğu görülmüştür. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin yetersiz kişilerarası becerileri, zaman baskısı ve hastaların yüksek devir hızı (hızlı değişmesi,

sirküle olması) gibi profesyonel ve kurumsal engeller, yaşlıların kararlara dahil edilmesini engellemektedir. Kararlara alıcılar, yaşlı hastaların kişisel değerler, öncelikler ve tercihleri, yaşam kalitesi ve işlevsel durum hakkında bilgiye sahip olurlar ise, ortak karar verme süreci kolaylaşmaktadır. Özellikle multidisipliner sağlık ekibi ile çalışmak gerekiyorsa, hasta ile birlikte ekibin ortak karar alması ayrıca önem kazanmaktadır (Pel-Littel, ve ark., 2021).

Yaşlıların kendilerini mali istismardan korumaları ve güçlendirilerek kendi mali kararlarını alması önemlidir. İrlanda'da hasta ve sağlıklı vatandaşları harekete geçirmek ve entegre sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin birlikte yapılandırılması için bir gerogirişim yapılmıştır. Kampanyada hukuki, mali ve sosyal koruma alan uzmanlardan oluşan bir panel kurularak, yaşlıların yardımcı karar alma mevzuatında yaşlıların bilgi gücü artırılmıştır (O'Donnell ve ark., 2016). Yine kredi kartı sahibi olan yaşlı bireylerin çoğu bakiyelerini zamanında ödese bile hisse senedi gibi yatırım araçlarını ya da risk değerlendirme araçlarını kullanma oranı düşüktür. Bu nedenle finansal okuryazarlıkla ilgili tanımlayıcı ve girişimsel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (Fong ve ark., 2021). Finansal kararlar gibi politika kararlara da yaşlıları katmak gerekmektedir. Yaşlılar ve sağlıkçıların iş birliğine dayalı reformlar geliştirme amacıyla yapılan bir eylem çalışmasında, bir ulusal program dahilinde yaşlıların kendi eylemleriyle yaptıkları yenilikler sekiz ayrı bölgedeki incelenmiştir. Yaşlılar ve sağlıkçıların birlikte tasarladıkları bu eylem modeli bölgesel geriatrik politika ağlarının geliştirilmesini kolaylaştırmıştır (Jansen ve ark., 2015).

Yaşlıların sosyal, ekonomik ve politik alanlara katılımıyla yapılan politikaların tasarımı ve/veya uygulanması sınırlıdır. AB üyesi ve ortak devletlerdeki yaşlıların sivil katılımını kolaylaştıran 4 temel yaklaşım modeli belirlenmiş; bunların ikisinde politika tasarımında diğer ikisinde ise politika uygulamasında danışmanlık ve karar vericilik yaptıkları görülmüştür. Bu 4 yaklaşım modelinin, coğrafyadan, aktör yapılandırma türlerinden (atanmış, seçilmiş, aday gösterilmiş vb.) ve kurumsallaşma derecelerinden (geçici/kalıcı) etkilendiği görülmüştür. Her şekilde yerel veya ulusal düzeyde yapılan girişimlere yaşlıları kalıcı olarak dahil edilmesinin faydalı olduğu görülmüştür (Falanga ve ark., 2021). Kanada'da sağlık araştırmaları ve planlamalarına yaşlı nüfusun dahil edilmesi ve

araştırma ve planlamalarına katılımına ilişkin bir anlayış geliştirmek için beş aşamalı katılım çerçevesi sunulurken (McNeil ve ark., 2016), yaşlıların ve bakıcılarının da sağlık hizmetleriyle ilgili karar alma süreçlerine katılmalarında strateji ve seviyeler belirlemiş ve katılımını teşvik eden çerçeve geliştirilmiştir (Elliot ve ark., 2016).

Tüm bu çalışmalar ve demografik yaşlanma gerçeği yaşlı bireylerin, birçok sosyal ve fiziksel üretim ve hizmet sektörlerinde kullanıcı ya da yararlanıcı olarak varlığının giderek artacağını kanıttır. Bu noktada bu tez çalışmasının konusuyla alakalı olarak sağlık araştırmalarından, planlamalarına, sağlık hizmet sunumuna kadar sağlık hizmetinin sadık kullanıcısı yaşlıların fikirlerine ve eylemlerine ihtiyacımız vardır. Yaşlıların koruyucu sağlık hizmet sunumu dahil tüm sektörlerde söz sahibi olması gerekmektedir.

2.6.6 Yaşlılıkta Yenilenme

Dünya nüfusu giderek yaşlanmakta ve yaşlı bireylerin serbest zaman aktiviteleri günlük yaşama ve topluma entegre olma biçimlerini etkilemekte; aktif yaşlanma süreçlerine yön vermektedir. Bu nedenle aktif yaşlanmayı artırmaya katkıda bulunan serbest zaman aktivitelerini teşvik edecek programlar tasarlanması ve uygulanması tavsiye edilmektedir. Serbest zaman aktiviteleri, evde ve işteki fiziksel performans arasında ilişkilidir ve fiziksel aktivite düzeyinin genel olarak sağlık ve fiziksel performans üzerindeki etkisi her yaş döneminde farklıdır.

Yaşlılarda öğrenmeye bakış açısı, rekreasyonel ve gayri resmi öğrenmeye eğilimleri, alınan eğitimin sonuçlarına ilişkin bakış açıları yaşa ve deneyime bağlıdır. Sosyal temas, bilişsel ilgi ve sosyal uyarımla artan eğitim motivasyonunun kişilerarası iletişim, etkileşim ve kişisel refahı arttırdığı görülmektedir (Lorek Dattilo ve ark., 2012). Yaşlandıkça oluşabilecek biyopsikososyal gerilemeler veya pandemi gibi olağan dışı gelişmeler yaşlılarda sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Hernández-Vergel ve ark., 2022). Covid-19 pandemisinde genç-yaşlı (60-69 yaş) ve orta-yaşlı (70-79 yaş) bireylerin yaşlı-yaşlı (80+ yaş) grubuna kıyasla serbest zaman ve rekreasyon aktivitelerine dahil olduğu; orta yaşlı ve yaşlı-yaşlı grubun ise genç-yaşlılara kıyasla daha çok mental sağlık ile ilgili aktivitelere katıldığı görülmüştür. İleri yaşlı (yaşlı-yaşlı) grupların sosyal bağların sürdürülmesine ilişkin aktivitelere odaklandıkları ve sosyal temasları ve refahlarını sürdürmek için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullandıkları bildirilmiştir (Rivera-Torres

ve ark., 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal panel çalışmasında, medya ve medya dışı 3 tip yaşlı sosyalleşme profili (bilgisayar sosyalleşmesi, hobi olarak hobi olarak ilgilenme ve televizyon izleme) olduğu; gelir ve istihdam durumuna bağlı olarak teknoloji erişiminin de etkisiyle yaşlıların potansiyel medya kullanıcısı olduğu sonucuna varılmıştır (Dal Cin ve ark., 2023).

Yaşlılıkta yapılan serbest zaman aktivitelerinin yaşlılıktaki bilişsel durum ile ilişkilidir ancak özellikle yaşlılıkta bilişsel gerilemeye karşı koruyan belirli bir serbest aktivitesi tanım veya kategorisi bilinmemektedir (Wenzel ve ark., 2024). Orta düzey fiziksel aktivite, eğitim ve serbest zaman (kültür/ eğlence) aktiviteleri uygulamalarını içeren uygun maliyetli programlarla yaşlılarda yaşam kalitesini, refahı ve bilişsel işlevi iyileştirilebileceği öne sürülmektedir (Carta ve ark., 2021). Hobiler, sanat, gönüllülük, topluluk grubu üyeliği, spor ve sosyalleşme gibi gönüllü, keyifli iş dışı etkinlikler gibi serbest zaman etkinliklerine katılmanın sağlık açısından yararlarına ilişkin çok sayıda ve giderek artan sayıda kanıt bulunmaktadır. Serbest zaman etkinliklerinin sağlığı nasıl etkilediğini ve bu etkinliklerine katılmanın zihinsel ve fiziksel hastalıkların önlenmesine, yönetimine veya tedavisine yol açmasını sağlayan eylem mekanizmaları bireysel (mikro), grup (mezo) ve toplumsal (makro) düzeylerde işleyen psikolojik, biyolojik, sosyal ve davranışsal süreçler olarak kategorize edilmektedir (Fancourt ve ark., 2021).

Kendi evinde yaşayan ve beş yıllık bir süreçte yaptıkları aktivitelerin refah durumlarına etkisi (yaş ve dış değişkenlere göre: yaşamdan memnuniyet, zaman-mesleki memnuniyet, öz saygı ve depresyon) incelenen yaşlıların serbest zaman aktiviteleri için daha fazla zamanı olsa da diğer yaş gruplarına göre daha az sayıda ve türde aktiviteye katıldıkları; hiçbir şey yapmadan dinlenmek ve uyumak için ayırdıkları zamanın daha fazla olduğu görülmüştür (Faílde Garrido ve ark., 2023). Halbuki serbest zaman aktivitelerinin sadece fiziksel sağlığı değil değil, refahı da etkilemektedir. Fiziksel sağlığın serbest zaman aktiviteleriyle, serbest zaman aktiviteleri ise refah düzeyiyle ilişkilidir. Özellikle yaştan serbest zaman aktivitelerini belirleme de güçlü bir rolü olduğu, hareket kısıtlamalarının olduğu pandemi gibi dönemlerde serbest zaman aktivitelerinin beden sağlığını daha çok etkilediği görülmüştür (Paggi ve ark., 2016).

Fiziksel yeterlilik yaşıların yaşam kalitesini ve bağımsızlığını etkileyen kırılganlıkla yakından ilişkilidir. Örneğin bireyin rutinindeki yürüme hızının kırılganlık durumuyla güçlü bir ilişkisi vardır. Ayrıca yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi ve bakım evi gibi kurumlarda kalma diğer olası belirleyiciler arasındadır (Navarrete-Villanueva ve ark., 2021). Fiziksel aktivitenin yaşıların beyin sağlığına yapısal ve işlevsel düzeyde etkisini araştırıldığında ise; demansa yatkın beyin bölgelerinde (hipokampus, temporal ve frontal) daha büyük beyin hacimleriyle (daha az beyin atrofisi) ve yönetici işlev ve bellek görevlerinde görevlendirilen beyin bölgelerinde daha fazla beyin aktivitesiyle karşılaşmıştır (Domingos ve ark., 2021). Japonya’da serbest zamanlarda fiziksel aktivite (Lee ve ark., 2022) yapılma durumu incelendiğinde, yaş ve cinsiyetin fiziksel performansla ve hane halkının fiziksel aktivite düzeyiyle ilişkisi gösterilmiştir (Tsunoda ve ark., 2013).

Çin’de serbest zaman ve eğlenceye yönelik yaşam sürmenin, daha iyi fiziksel ve ruhsal sağlıkla olumlu yönde ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin egzersiz etkinliği ve hayata karşı olumlu tutumlar aracılığıyla gerçekleştiği ileri sürülmüştür (Qin ve ark., 2022). Kore’de üç farklı yaşlı bakım merkezinde açık ve kapalı alan aktiviteleri ve hobiler, bedensel hareketler ile ev işleri ve sosyal gönüllülük çalışmaları arasındaki ilişki incelendiğinde, ev işleri ve sosyal etkinliklerin diğer tüm değişkenlerin çıktılarıyla ilişkili olduğu; gönüllü etkinliklerin ise sağlık algısı ve yaşam memnuniyeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine yaşam memnuniyeti ile fiziksel aktiviteler, iyimserlik ve kültürel aktiviteler ile sağlık algısı ve açık hava etkinlikleri arasında da pozitif ilişki bulunmuştur (Ryu ve Jinmoo, 2017).

Aktif katılımı teşvik edecek toplum temelli bir müdahalelerin yaşılarının rekreasyon ihtiyaçlarını karşılaması beklense bile Nijeryalı yaşlılar için toplum temelli bir müdahalenin Nijeryalı yaşıların rekreasyon ihtiyaçlarını karşılaması için daha zamana ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenlerle hükümetlerin farklı düzeylerde ulusal ve eyalet politikaları geliştirmesi, sivil toplum kuruluşlarının farkındalık kampanyası yapması ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmeye yönelik çalışmalarını sürdürmesi tavsiye edilmektedir (Ajani, 2014).

Her ne kadar konsept, bölge, yaşlı profiline göre farklılık gösterse de sonuç olarak serbest zaman ve eğlence aktivitelerinin teşvik edilmesi, egzersizlerin artırılması ve olumlu yaşam tutumlarının desteklenmesi yaşlıların refahını arttıran sağlıklı teşvik edici uygulamalardır.

2.6.7 Yaşlılıkta Sosyal Ağ

Yaşlılıkta sosyal ağ, yardım, bakım ve destek ile ilgilidir. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde kendilerinden kaynaklanan yetersizlikler aile desteğini gerektiren en zor durumlardır. Ancak bunun için aile üyeleriyle olan ilişki kalitesi ve coğrafi yakınlık önemlidir. Yetersiz sosyal destek yaşlı sağlığını olumsuz etkileyebilir; yalnızlık hissi ve izolasyona neden olabilir. Yaşlıların aile üyelerinden gelen sosyal bakım desteği ve bu desteğe katkıda bulunan faktörlerin anlaşılması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlıların çoğunluğu aile üyelerinin sıradan desteği ile bağımsızlığını devam ettirse bile özellikle ileri yaşlıların, güçsüz ve yetersizliği olanların sayısının artması nedeniyle kapsamlı bir sosyal bakıma ihtiyaç vardır.

"Sosyal bakım" genelde "resmi toplum hizmetleri" ile eş anlamlı olarak anlaşılan, aslında gayri resmi aile bakımını da kapsayan, sosyalleşme ve kendini geliştirme, günlük yaşam görevlerinde yardım ve kişisel bakımda yardım gibi ihtiyaçları kapsayan bir kavramdır. Yaşlılar genellikle aile bakımını tercih etse bile çalışan kadın sayısındaki artış, aile yapısının ve toplumun hizmet sağlayıcılığı rolündeki değişimler bunu her zaman mümkün kılmamaktadır (Cantor, 1989).

Çeşitli koşulların kompleksi olarak yaşam durumu, yaşlılarda stres yaratan zor durumlar ve bunların günlük hayata yansımada önemlidir ve destek gerektirir. Yine çok boyutlu sosyal destek yapısı sosyoloji, psikoloji, tıbbi ve ilişkili disiplinlere gömülüdür. Zamanla değişen ve farklı durumlara, yaşam olaylarına, yaşa ve bireyin sosyal katılımına bağlı olarak değişir ve etkileşir. Sosyal desteği veren, alan ve gözlemci tarafından farklı şekilde algılanabilmektedir. Burada sosyal desteğin seviyesi (makro-mezo-mikro), ulaşılabilirliği (beklenen-alınan), yönü (veren-alan), içeriği (duygusal-saygınlık-bağlantı türü-bilgi-somut) ve kaynağı (gayri resmi-resmi) önemlidir (Bražinová ve Chytil, 2024).

Gerontolojik sosyal çalışmaları ilgilendiren eğitimin ve müfredatın Gerontolojik açıdan geliştirilmesi gereklidir. Yaşlılara yönelik destek sağlayacak sosyal hizmet uzmanlarının, yaşlanma süreci, sosyal politika ve Gerontolojik uygulama yaklaşımları ve yöntemleri hakkında çalışma bilgisi, ayrıca yaşlılarla iletişim, disiplinler arası bir ekipte çalışma ve nesiller arasında bağlar kurma becerisi gibi profesyonel becerileri olmalıdır. Sosyal destek sağlayacak sosyal hizmet uzmanları, yaşlı yetişkinlerin zihinsel, fiziksel ve sosyal yeteneklerini değerlendirebilmeli, doğal sosyal çevrelerinde yaşlanma yeteneklerini değerlendirebilmeli ve engelleri belirleyebilmelidir (Bražinová ve Chytil, 2024).

Sosyal Bakım Yasası'nın (2014) İngiltere'de yaşlıların refahını teşvik etmekteki rolünü anlamak amacıyla Bakım Yasası öncesi ve sonrası yaşlıların aldığı resmi bakımın gayri resmi (aile) bakıma etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 2015'ten sonra gayri resmi bakımın azaldığı, bakım alma durumu ile araçsal günlük yaşama aktivitelerinin ters yönde ilişkisi bulunmuştur. Resmi kişisel bakımda giderek artan bakıcı körleşmesi söz konusu iken, resmi bakıcı tutma durumu gayri resmi bakıcı uygunluğuna ve resmi bakıcının maliyetinin karşılanabilirliğiyle ilişkilidir (Lyu ve ark., 2024). Yine İngiltere'de yapılan bir kapsam inceleme çalışmasında, fiziksel, sosyal ve psikolojik zorluklara sebep olan kronik rahatsızlıklar nedeniyle yaşlıların 3 temel bakım ve desteğe ihtiyaç duydukları anlaşılmıştır: 1) sosyal aktiviteler ve ilişkiler, 2) psikolojik sağlık ve 3) hareketlilik, kişisel bakım ve ev işleri. Ayrıca, yaşlı bakıcılar ve çalışanların kendi bakım ve destek ihtiyaçları konusunda bilgi eksikliği olduğu bilinmektedir (Abdi ve ark., 2019).

İran'da yapılan bir çalışmada, sosyal destek almanın ve olası katkıda bulunan faktörlerin ötesinde, sosyal destek sağlamanın yaşlıların refahıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır (Zanjari ve ark., 2022). Wenger'in (1994) ağ tipolojisini kullanarak İrlanda'da yaşayan yaşlıların destek ağlarını araştırıldığında ise yaşlıların çoğunun istikrarlı ve destekleyici sosyal ağlarda yaşadığını ve aile, arkadaş ve komşularıyla üst düzeyde temasta kaldıkları; %10'luk bir kesimin savunmasız bir ağ yapısı içinde yalnızlığa, izolasyona, zayıf duygusal ve fiziksel sağlığa eğilimli olduğu görülmüştür (Drennan ve ark., 2008). Malezya'da çocuğa ve özellikle erkek çocuğa sahip olmanın ruhsal ve fiziksel sağlığı koruduğu; Vietnam'da ise çocuğu olan yaşlı kadınların erkeklere göre ruhsal sağlığının daha iyi olduğu bildirilmiştir (Rodgers ve ark., 2024). Pakistan'da

yaşlıların gen ellikle sosyal ağlara bağımlı olduğu ve başta aile üyeleri olmak üzere özellikle dul ve kronik hastalığı olanların yakınlarından aldığı araçsal ve duygusal desteğin sosyal desteğin belirleyicisi olduğu görülmüştür (Ahmad, 2011).

Yaşlıların önemli bir bölümü, sosyal, psikolojik ve araçsal desteğe ihtiyacı vardır ve bu destek yaşlıların refahına katkıda bulunur. Giderek artan yaşlı nüfusunu desteklemek için yapılan müdahaleler, aile ve toplumun rolleri ve bu rollerde zamanla meydana gelen değişimleri izlemek destek ihtiyaçlarını karşılamakta önemlidir (Bražinová ve Chytil, 2024). Yaşla birlikte artan güçsüzlük ve engellilik eğilimi göz önüne alındığında, sosyal ağları, sosyal destek, resmi destek ve sosyal koruma programlarının olmadığı toplumlarda yaşlıların yaşam kalitesinde dramatik düşüşler yaşanabilir. Bu noktada, yapılan Gerontolojik sosyal çalışmaların multidisipliner yapısı ile, yaşlılara yönelik sosyal destek hizmetlerinin sunumunu iyileştirmektedir.

Altmış yaş üstü bireylerin %20'si toplum temelli destek ve hizmetler almaktadır. Birincil sağlık hizmetleri ile toplum temelli destek ve hizmetlerin birlikte ele alındığı bütüncül yeni nesil bakım modelleri gereklidir. Toplum temelli organizasyonlar, yaşlı ve bakıcılara geniş kapsamlı programlar sunmaktadır. Bunlardan bazıları yiyecek, ulaşım, ev bakımı ve temizlik, bireysel bakım, çeşitli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleriyle hasta/yaşlı ve bakıcısına verilen hizmetlerdir (Siegler ve ark., 2015). Yaşlı bireylerin bağımsızlığını korumada sosyal ağ ve destek, yaşlıların bakım, barınma ihtiyaçları ve tercihleri açısından önemlidir. Aile üyelerinin verdiği bakımın yetersiz olduğu bilinse de, yaşlılar resmi bakım yerine ailelerinden destek almayı ve kendi konutlarında kalmayı tercih etmektedirler. Bu bağlamda, bakım ağlarını desteklemek için toplum sağlığı ve evde bakım merkezleri, aile bakıcılarına verilen eğitim, yaş-dostu yaşam alanları oluşturmanın önemi gündeme gelmektedir (Hwang ve Lee, 2024). Kronik hastalıklarla yaşayan yaşlıların çevreden talep ettikleri bakım ihtiyaçlarına göre şekillenen bakım modelleri ve destek hizmetleri oluşturulmalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırma Felsefesi ve Teorik Çerçeve

Davranışçı yaklaşım, eylem dizisini bir uyaran-tepki ilişkisi olarak ele alır ve etkileşimli davranışa ilişkin nedensel açıklamalar geliştirmeye çalışır. Sosyolojiden bir örnek olarak George C. Homans'ın Metodolojik Bireyciliği verilebilir (Mikl-Horke, 2001, s.209). “Bu, davranış bilimleri ve davranış psikolojisi arka planında, makro-sosyolojik İşlevselciliğe bir alternatif yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. İngiliz edebiyatı, antropoloji ve tarih çalışmalarından sosyolojiye geçen Homans, toplumsal yapıları yaratan ve değiştiren şeyin bireylerin davranışları olduğu inancını geliştirdi. Bireysel davranışı yalnızca sistemin sürdürülmesine bir katkı olarak gösteren, bütüne yönelik bir yönelim anlamına gelen işlevsel düşünceye karşı derin bir nefret duyuyordu. Antropoloji, tarih ve sosyolojinin ilgi alanına giren konularla ilgili nihai açıklamanın psikolojik hipotezler alanında bulunabileceği sonucuna varmıştır” (Mikl-Horke, 2001, s.249).

Homans sosyolojisinin nesnesi, temel toplumsal davranıştır, yani bireysel aktörlerin günlük gözlemlenebilir davranışlarıdır. Bunu yaparken aktörlerin üçüncü kişilerce algılanabilen ve öğrenilebilen faaliyetlerini, hareketlerini ve diğer davranış ifadelerini birbirinden ayırır. Davranışçılığın “Black-Box” varsayımına göre, aynı zamanda birer etkinlik olarak kaydedilen ve tutumların ya da ruh hallerinin ifade edildiği duygular ve insanlar arasındaki, birbirlerinin tepkileriyle güçlendirilebilen etkinlikler olarak tanımlanan etkileşimlerdir (Mikl-Horke, 2001, s.250). “Sosyal davranışı açıklamada kullanılan genel psikolojik hipotezler, insan davranışını bireysel bir uyaran-tepki alışverişi olarak açıklar. Ego, davranışının beklenen faydasını optimize etmeye çalışarak rasyonel davranır” (Mikl-Horke, 2001, s.251).

Max Weber'in görüşlerine dayanan Eylem Teorisi'ne karşı nesnel bir eleştiri ortaya koyan davranış teorisyenlerine göre “Davranış Teorisi, sosyal davranışları yeterince tanımlayabilecek ve öngörebilecek sosyolojik yasaları bulmayı amaçlar. Sosyal davranış, diğer aktörlerle ilişkili davranıştır (Miebach, 1991, s.18).

Davranış teorisyeni Homans, bu çalışmada doğrudan rol oynamayan ama hiç olmazsa isimleriyle belirtilmesinde fayda görülen beş hipotez tanımlamıştır: “Başarı hipotezi”, “değer hipotezi”, “yoksunluk-doygunluk hipotezi”, “uyaran hipotezi” ve “hayal kırıklığı/saldırganlık hipotezi” (Mikl-Horke, 2001, s.251-252). Bu çalışmada genel olarak kolektif olguların insanların karşılıklı etkileşiminden kaynaklandığı ve bunun her zaman “eylem” gerektirdiği düşüncesi kabul edilmiştir. Bu düşünceye göre “sağlık” bir toplumsal olgudur ve dolayısıyla insan eylemlerinin bir sonucudur. Bu nedenle sağlıkla ilişkili konuların eylemle ilgili teorik perspektiften ele alınmasının gerekli olduğu düşüncesinden hareket edilmiştir. Ancak bu, kolektifliğin, ilgili eylemin amaçlanan bir sonucu olarak değerlendirilmesini gerektirmez. Tam tersine: her toplumsal analiz bireysel ve kolektif akılcılık arasındaki uyumsuzluğun paradoksal sonuçları sorunuyla karşı karşıyadır. Örneğin sigaranın sağlığa zararlı olduğu kabul edilir ama sigara tüketen küçümsenemeyecek bir kitle vardır. Genel olarak değerlendirildiğinde toplumun sağlık durumunda bir iyileşme olduğu da görülmektedir. Yaşam süresinin uzamasında bunun da payı vardır. Mikro düzlemde sağlığa aykırı davranışlara rağmen makro düzlemle sağlığa uygun bir durumdan bahsediyoruz. Bu paradoksal durum, insanların bilinçli eylemlerinin bir sonucu değildir. Daha ziyade “Toplumsal süreçlerin açıklanması bireysel eylemlerin açıklanmasını gerektirir. İlk bakışta bu iddia önemsiz gibi görünüyor ama sonuçları hiç de öyle değildir” (Kunz, 1997, s.16).

Bu doktora tezi, 60 yaş ve üstü bireylerin sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarını Planlı Eylem Teorisi (PET) perspektifinden ele alırken, Yaşam Durumu Tezi (YDT) de bu perspektife entegre edilmektedir. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen ampirik araştırmanın bulgularına dayanarak bir de koruyucu sağlık hizmet modeli önerilmiştir.

3.2 Yaşam Durumu

Gerontoloji, yaşlanma ve yaşlılık olgularını genellikle toplum ve birey perspektifinden ele alır. Bu olguları makro ve mikro düzlemlerde inceler (Tufan, 2014; 2020). Yaşam sürecinin sosyal yapısını, demografik değişimleri ve ömür boyu devam eden etkilerini dikkate alan, gelişim süreçlerini transformasyon (kabuk değiştirme) ve entegrasyon (uyum) kavramlarıyla ilişkilendiren (Tufan 2014) YDT, bireyin objektif yaşam

koşullarına ek olarak davranış, yaşantı ve tutumlarını da dikkate alarak makro-mikro düzlemleri birleştirmektedir (Tufan, 2020).

Yaşam durumu, insanın gelişimini, anne karnından ölümüne kadar tüm yaşam süresini kapsayan geniş bir çerçevede içinde çok boyutlu ve çok yönlü bir fenomen olarak ele alınmakta; “Yaşam boyu Gelişim-YbG (Lifespan Development)” perspektifinden insanın gelişmesi ve/veya yaşlanması, birden çok bağlamın içine yerleştirilmektedir (Alwin ve Wray, 2005). YbG, gelişmekte olan organizmanın sosyal ve fiziksel çevre ile dinamik etkileşim süreçlerini içeren, çok katmanlı sosyal ve kültürel bağlamlara gömülü, kazançları ve kayıpları olan çok boyutlu ve çok yönlü büyüme süreçleridir (Alwin, 2013, 55-56).

Yaşam boyu gelişim psikolojisi, bireylerin içsel gelişimine, yani psikolojik yapılar ve işlevsel edinim, sürdürme, dönüşümler ile yıpranmanın yaşam boyu uyarlanabilir süreçleri olarak bireysel gelişime atıfta bulunmaktadır (Diewald ve Mayer, 2009). Bilişsel olan ve olmayan yetenekler, hafıza, duygu, bilgi işleme, bağlanma veya dayanıklılık gibi ve telafi veya birincil ve ikincil kontrol çabası ile seçici optimizasyon modeli gibi öz düzenlemenin evrensel ilkeleri temel ilgi alanıdır. Gelişim psikologları, okuldan işe geçiş gibi yaşam öyküsü olaylarında öncelikle psikolojik işleyişin evrensel modelleri ile ilgilenmektedirler. Yaşam seyri psikolojisi ve yaşam durumu sosyolojisi, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeklerin yaşamlarını bilimsel araştırma nesnesi olarak paylaşmaktadır. Her ikisi de sosyal demografi ve beşeri sermaye ekonomisini de içeren bireysel gelişim ve yaşam akışı modellerine odaklanan disiplinler arası bir alanın parçasıdır. Olgusal gelişime daha yakından bakıldığında, yaşam boyu psikoloji ve yaşam seyri sosyolojisinin bazı ortak noktalara sahip oldukları görülmektedir. Bu iki alanın araştırmalarda nasıl kullanılacağı, bütünleşik araştırma tasarımlarında iş birliğinin nasıl yapılabileceği ve bu iş birliğinden kaynaklı olası sorunlarla nasıl başa çıkılacağı konusunda yol gösterici çalışmalar yapılmıştır (Mayer, 2003: 463-464).

Yaşlılıkta yaşam durumu, YDT kapsamında, yedi boyutlu ve boyutları arasına kesin sınır çekilemeyen kompleks bir yapı olarak tanımlanabilir (Naegele, 1998). Bu çalışmada bu yaşlıların yaşam durumu bu yedi kapsamda araştırılmıştır:

1. Servet (zenginlik) ve gelir kapsamı: Düzenli olarak elde edilen geliri ifade eder.
2. Maddi tedarik kapsamı: Bu, altyapı tesislerinin türü ve kapsamı dahil olmak üzere, özellikle ikamet alanı, eğitim ve sağlık hizmetleri olmak üzere diğer ürün ve hizmetlerin tedarik kapsamını, sosyal ve sağlık sisteminin hizmet ve tekliflerini ifade eder.
3. Temas, işbirliği ve faaliyet kapsamı: İletişim, etkileşim, diğer kişilerle birlikte etki edebilme ve mesleki olmayan faaliyet olanaklarını ifade eder.
4. Öğrenme ve deneyim kapsamı: Sosyalleşme, okul ve mesleki eğitim, iş dünyasındaki deneyimler, sosyal ve mekânsal hareketlilik ve ilgili yaşam ve çevre koşulları tarafından belirlenen gelişme, öğrenme ve ilgi alanlarını belirler.
5. Düzenleme ve katılım kapsamı: Yaşamın çeşitli alanlarında katılımın, birlikte karar vermenin ve birlikte yaratmanın kapsamını tanımlar.
6. Eğlence ve yenilenme kapsamı: Serbest zaman ve yenilenme kapsamı ile yaşa özgü psiko-fiziksel değişiklikler, yani her şeyden önce sağlık durumunda ve fiziksel yapı tarafından belirlenen kapsamdır.
7. Sosyal ağ destek kaynakları: Yardıma ve bakıma muhtaçlık durumlarında aile veya mahalle çevresinden destek kaynaklarını içermektedir.

Bu çalışmada Yaşam Durumu ve alt boyutları bireylerin sağlığa ilişkin tutumları, eylem kontrolü ve öznel normları ile ilişkilendirilmiştir. Planlı sağlığı koruma eylemi olarak sağlığı koruma niyeti ve yaşam durumu arasındaki ilişki ampirik yöntemlerle test edilmiştir.

3.3 Planlı Eylem Teorisi

Planlı Eylem Teorisi (PET), H. Peak ve G. J. Rosenberg'in tutum kavramından ve sosyal psikolojide bilinen D. Dulany'nin ("theory of propositional control") yaklaşımından yola çıkar. İlk adımda, bir eylemi gerçekleştirme niyetini üç bileşenin bir işlevi olarak ele alır: "Davranışsal tutum", "öznel algı normları" (belirli eylem biçimlerine yönelik) ve "öznel eylem kontrolü" (ilgili kaynaklar ve fırsatlar aracılığıyla) (Kunz, 1997, s. 184). Bir eylemin 3 bileşeni:

Davranışsal tutum (DT): Bu, belirli bir eylemin bireysel değerlendirmesini ifade eder. Eyleme yönelik kişisel görüşleri, inançları, değerleri ve tutumları kapsar. Eyleme karşı olumlu bir tutum, bir kişinin bunu gerçekleştirme niyetinde olma olasılığını artırır.

Öznel olarak algılanan normlar (ÖN): Bu, eylemle ilgili sosyal beklentilerin ve normların algılanmasını ifade eder. Önemli kişilerin veya grupların eylemi destekleyip desteklemediğine veya karşı çıkıp çıkmadığına dair inançları kapsar. Öznel olarak algılanan normlar iki kategoriye ayrılabilir: normatif beklenti (başkalarının sizden beklediğini düşündüğünüz şey) ve motivasyonel beklenti (başkalarının onayını veya tanınmasını alma arzusu).

Eylemin öznel kontrolü (EK): Bu, eylemin yürütülmesi üzerindeki kontrolün bireysel algısını ifade eder. Bir kişinin eylemi gerçekleştirmek için yeterli kaynaklara, becerilere ve fırsatlara sahip olup olmadığına dair inançları içerir. Daha yüksek algılanan eylem kontrolü, bir kişinin eylemi gerçekleştirme niyetine sahip olma olasılığını artırır.

PET, bir kişinin bir eylemi gerçekleştirme niyetinin gerçek davranışın önemli bir öncüsü olduğunu vurgulamaktadır. Eyleme karşı daha güçlü olumlu tutumları, sosyal desteğe olan inancı ve eylemi kontrol edebileceklerine dair inancı olan bireylerin, eylemi gerçekten gerçekleştirme niyetine sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Etkilerinin gücünü gösteren üç yapının ağırlıkları açıkça bir birim matrisi oluşturmaz, ancak duruma bağlı olarak değişebilir, aynı zamanda eylem biçimlerine ve bireylere de bağlı olarak değişebilir (Ajzen ve Fishbein, 1980, s. 42-43). Yani, 3 yapının (DT, ÖN, EK) ağırlıkları PET kapsamında her zaman olmadığı ve değişebilmektedir. Tüm durumlara ve tüm bireylere eşit olarak uygulanan standartlaştırılmış bir ağırlıklandırma yoktur. Yapıların ağırlıklandırılması, belirli bir durumun yanı sıra bireysel farklılıklara ve tercihlere de bağlı olabilir. Örneğin, bir kişi özellikle değere dayalı davranırsa ve kişisel inançların davranışları üzerinde güçlü bir etkisi varsa, davranışsal tutumlar daha büyük bir rol oynayabilir. Diğer durumlarda, öznel olarak algılanan normlar, sosyal beklentiler ve sosyal kabul ve rıza arzusu güçlü olduğunda daha büyük öneme sahip olabilir. Öznel eylem kontrolü, kaynakların ve becerilerin çok önemli bir rol oynadığı durumlarda daha önemli olabilir.

Teori, yapıların göreceli öneminin bağlama ve bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebileceğini kabul eder. Bu, farklı durumlardaki farklı insanların yapıları farklı ağırlıklar koyabileceği anlamına gelir. Bu nedenle, davranışın daha kesin bir şekilde tahmin edilmesini sağlamak için durumun spesifik özelliklerini ve ilgili kişilerin bireysel özelliklerini dikkate almak önemlidir. Bu yapıları yaşlı insanların sağlık davranışlarına uygulamak için özel sorular kullanılmıştır ve yaşlı bireylerin özel durumları göz önünde bulundurulmuştur. Bu tez çalışmasında örnekleme dahil olan yaşlıların sağlığa ilişkin davranışsal tutum, eylem kontrolü ve öznel normlarının eylem niyetine yani sağlıklı olmaya yönelik niyet ve davranışlarına (eylemleri) olan etkisi ve bunlarla ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada davranış, rast gele değil, planlanmış ve amaçlı bir eylem olarak ele alındığından, “davranış” kavramı çalışmanın sonraki bölümlerinde “eylem” olarak anılacaktır.

3.4 Amaç

Bu doktora çalışmasının başlangıcında şu soru yer almaktadır: Rasyonel Seçim Teorisi (RST) ve Yaşam Durumu Teorisi (YDT) çerçevesinde koruyucu ve geliştirici sağlık hizmet modeli nasıl olabilir? Bu soruya cevap arayacak olan bu çalışma, gerontolojinin perspektifinden:

- 1) Yaşlılıkta sağlık davranışları ve tutumlarını incelemeyi,
- 2) Bunların, bireylerin yaşam durumu ile ilişkisini ortaya koymayı ve
- 3) PET ve YDT çerçevelerinde koruyucu sağlık hizmeti modeli tasarımı ortaya koymayı hedeflemektedir.

“Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirmek veya engellemek; hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip, tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Breslow, 1999) Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik girişimler “kişiye ve çevreye yönelik” olmak üzere iki kategoride ele alınabilir (Koppelaar ve ark, 2009; Prescott ve ark., 2022; Wallack ve Dorfman, 1996):



Şekil 3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri.

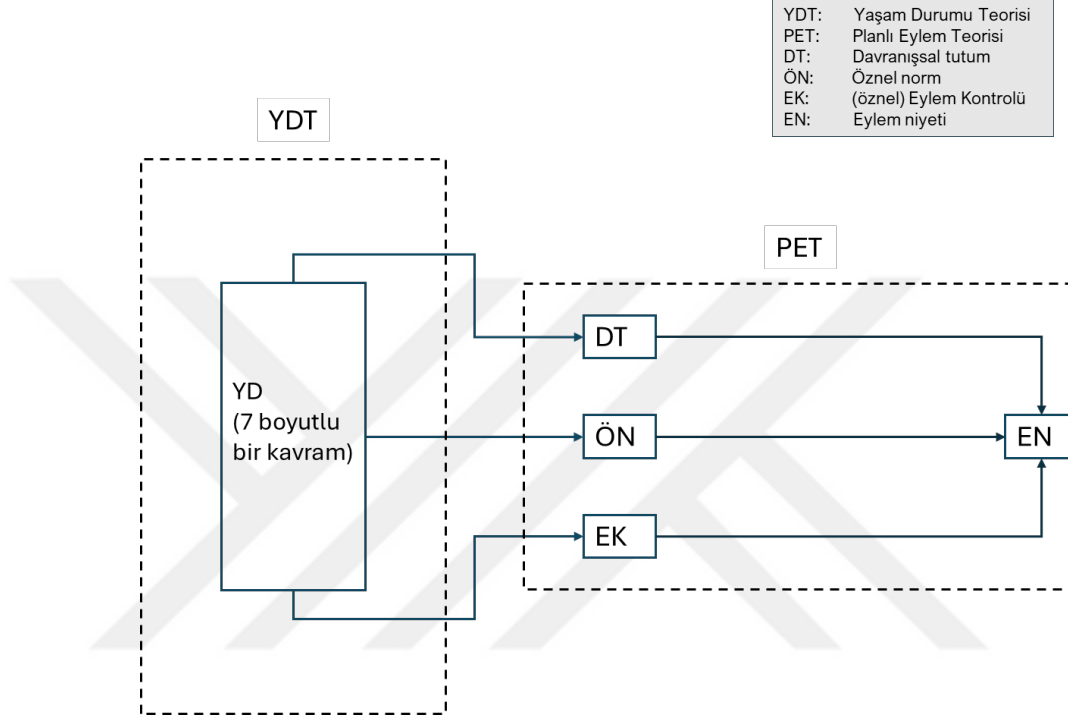
3.5 Araştırma Modeli ve Süreci

Rasyonel Seçim Teorisinin (RST) taraftarları olduğu gibi karşıtları da vardır. Ancak bu, bütün sosyal bilimsel teoriler için geçerlidir. Dolayısıyla RST’den vazgeçip başka bir teori aramaya gerek yoktur ama bu teorinin matematiksel olduğunu bilmek önemlidir. Teorinin çekiciliği veya iticiliği bu özelliğine de dayanır. Bu teoriyi kullanmaya karar verenler, matematiksel modellerle ilgilenmesi gerektiğini bilmeli ve buna göre hazırlık yapmalıdır (Opp, 2005; 2020). Bu durum RST türevi PET için de geçerlidir.

Teorinin ampirik araştırmalarda kullanılmasında ortaya çıkabilecek problemler baştan öngörülebilir ve araştırma hazırlıkları buna göre yapılmalıdır. Planlı eylem kavramı, niyet kavramıyla ilişkilidir. Teorinin taraftarlarına göre eylemlerden önce “niyet” oluşur ve daha sonra bu niyete bağlı eylem ortaya çıkar. Planlı eylemlerin gerçekleşmesi “davranışsal tutumlara”, “eylem kontrolüne” ve “özel normlara” bağlıdır. Bu üç değişken “niyet” değişkenine etki eder. Dolayısıyla bu faktör istatistiksel dille ifade edersek “bağımsız değişken” ve etki ettikleri niyet ise “bağımlı değişken” olarak tanımlanır.

PET ile ilgili yapılan çalışmaların incelendiği bir meta-analiz çalışmasının sonuçları, araştırmacıların niyetler ve davranışlardaki ek farklılığı hesaba katmak için diğer teorilerden ek yapılar ve ilişkili süreçleri entegre ederek teoriyi genişleten çalışmalar yapmaları önerilmiştir (Hagger ve Hamilton, 2024). Bu çalışmada, bireylerin sağlığa ilişkin davranışsal tutumları, eylem kontrolü ve özel normları, YDT boyutlarıyla ilişkilendirilmiştir. YDT ve alt boyutları bu çalışmanın yardımcı yapıları olarak bu çalışmaya entegre edilmiştir.

Tanımlayıcı, kesitsel ve keşifsel özellikteki bu araştırmanın iki teorisinin kombinasyonundan oluşmaktadır (Şekil 3.2). Birincisi Yaşam Durum Teorisi (YDT), ikinci ise Planlı Eylem Teorisi (PET).



Şekil 3.2 Araştırma modeli: Yaşam durumu çerçevesinde sağlıkla ilgili davranış ve tutumların “Planlı Eylem Teorisi” ile incelenmesi.

Yaşlıların “sağlık tutumu ve davranışları” planlı eylemler olarak tanımlanabilir. Bu, akla uygundur. Çünkü sağlığı koruyucu tutum ve davranışların ardında rasyonel kararların yer aldığı kabul edilebilir bir düşüncedir. Belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerden hareket ederek “araştırma modeli” aşağıdaki grafikte şematik olarak gösterilmiştir. Bu çalışmanın diğer bir varsayımı, bireylerin sağlığa ilişkin tutumları, eylem kontrolü ve öznel normların, “yaşam durumu” ile ilişkilendirileceğidir. Bu, “planlı eylem” olarak sağlığı koruma niyeti ve yaşam durumu arasında ampirik yöntemlerle tespit edilebilir ilişkilerin bulunduğu varsayımdır.

Araştırmanın temel amacı yaşlı bireylerin sağlık davranışları konusunda “eylem niyetlerinin” belirlenmesidir. PET’e göre bireylerin eylem niyetlerinin “davranışsal tutumları”, “öznel algı normları” ve eylem kontrolü” algıları belirlemektedir. Bu nedenle

bu tez çalışmasının “**DT, ÖN, EK**” boyutlarının eyleme yönelik **niyeti** ve **davranışı** tahmin etme gücünü anlamaya yönelik bir model oluşturulmuştur.

Diğer yandan yaşlı bireylerin “yaşam durumunun” anlaşılmasında YDT’nin 7 boyutundan yararlanılmıştır. Böylece “YDT” çerçevesinde 7 boyutta yaşlı bireylerin yaşam durumları araştırılmış ve analiz edilmiştir. Yaşam durumunun bireylerin davranışsal tutumları, öznel algı normları ve eylem kontrolleri üzerinde etkili olduğundan yol çıkılarak; bireylerin eylem niyetlerini belirleyen davranışsal tutumları, öznel algı normları, eylem kontrollerine ilişkin algılarının Yaşam durumunu (YD) nasıl belirlendiği anlaşılmaya çalışılmıştır. Böylece yaşlı bireylerin sağlıklı olmaya yönelik niyet ve davranışlarının (eylem niyeti) oluşmasında YDT boyutlarının dolaylı etkisi belirlenmiştir.

3.6 Araştırmanın İstatistiksel Modeli

Gerontolojide YDT – çalışmanın “Teori” kısmın açıklandığı gibi - yedi boyutlu bir kavram olarak tanımlanmıştır. Araştırmada teorinin her boyutuyla ilgili kapsamlı veriler toplanmış, analizleri yapılmış ve bunların tümünü temsil ettiği kabul edilen bir tek değişkenle ifade edilen bir “YD” (= X1) değişkenine indirgenmiştir (yaşam durumunun ardındaki sosyodemografik faktörler ve kişinin biyografisi vs. yer almaktadır). Bu, istatistiksel analizleri sadeleştirmek amacıyla yapılmıştır (istatistiksel modelde X2, X3, X4 değişkenleri arasındaki karşılıklı etkileşimler, modeli daha da kompleks hale getirmek için dikkate alınmamıştır; burada “lineer rekursif” modelden hareket edilmiştir, yani bilinen değerlere geri dönüşlü doğrusal model; örneğin X2’yi açıklamak için X1’e geri dönüş yapılmakta; X1 bu bağlamda “bilinen değer” anlamına gelmektedir; bu bilgi araştırmada toplanan verilerden elde edilmektedir. Denklemlerdeki “b” faktörleri ise regresyon ağırlıklarıdır ve analizlerle belirlenmeleri gerekir; “R” değişkenleri “residuum”, yani “kalıntı” veya “artık” anlamına gelmekte ve “açıklanamayan” kısmı ifade etmektedir).

Çalışmanın istatistik modeli (Şekil 3.3), X1, X2 ve X3 bağımsız değişkenlerinin pozitif olduğu varsayılan ağırlık faktörleri (b1, b2, b3) ile çarpılarak ve hesaplanan “artık” değerlerin (Ra, Rb, Rc, Rd) in eklenerek bağımlı X4 değişken değerinin elde edildiğini göstermektedir. Diğer yandan X1, X2, X3 arasındaki ilişkileri gösteren r12, r13, ve r14 değerleri bu değişkenlerin kendi arasındaki iki yönlü korelasyonu ifade etmektedir ve

çoklu doğrusallığın (multikolarite) tespiti açısından önemlidir. Bu çalışmada üst sınır 0,60 olarak kabul edilmiştir.

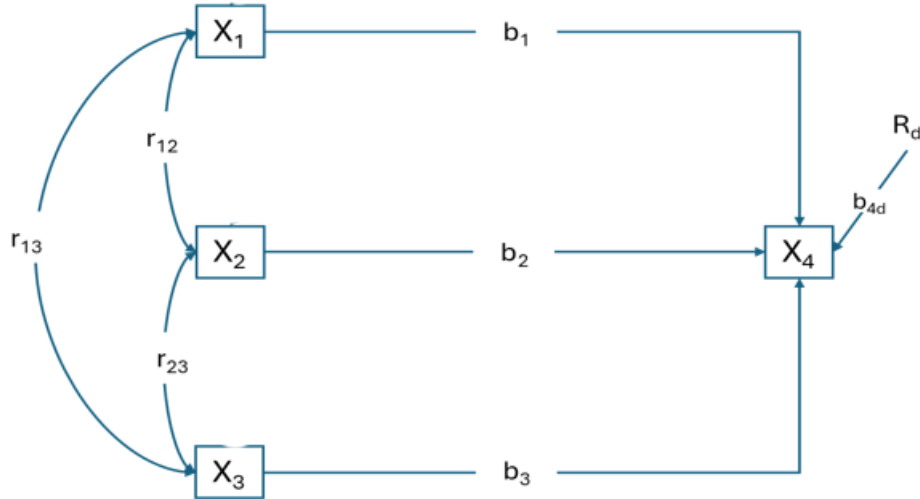
İstatistiksel modeli daha kolay anlaşılır hale getirmek için, hipotez testleri için X değerleri örnek olarak Şekil 3.3'teki gibidir. Diğer regresyon modellerinde X tanımı ve sayısı değişiklik göstermektedir.

X_1 =DT

X_2 =ÖN

X_3 =EK

X_4 =Niyet



Şekil 3.3 Araştırmanın istatistiksel modeli.

$$X_4 = b_{1a}X_1 + b_{2b}X_2 + b_{3c}X_3 + b_{4d}R_d$$

Bu çalışmanın verileri sosyodemografik bölümdeki bazı maddelere ait veriler ordinal sıralı nicel rakamlardan oluşmaktadır. İstatistik model “rekursiv” olarak alınmıştır ve örneğin X_4 değişkeninin X_1 , X_2 , X_3 ’e etki etmediği varsayılmıştır. Doğrusal olduğu kabul edilen değişkenler arası ilişkiler Şekil 3’ten de anlaşılacağı gibi çalışma hipotezleri çoklu doğrusal (lineer) regresyon ile hesaplanmıştır. PET çalışmalarında regresyon testleri yaygın olarak kullanılmaktadır (Hankins ve ark., 2000; Harrel, 2005: 331-32) kullanılması yaygındır ve bu çalışmada da çoklu doğrusal regresyon testlerinin ilişki belirleme gücünde yararlanılarak model oluşturulmuştur.

Çoklu doğrusal regresyon, tek bir bağımlı değişken ile birden fazla bağımsız değişkenin ilişkisinin değerlendirildiği; her bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni belirleme derecesinin regresyon katsayısı (yol katsayısı) olarak gösterildiği bir matematiksel denklem modelidir. Bu çalışmada yapılan çoklu doğrusal regresyon testlerinin analizleri Tabachnick ve Fidell (2013: s. 117-196) ile Tufan'ın (2015: s. 157-174) kaynaklarından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.7 Araştırma Soruları ve Hipotezler

Bu doktora tez araştırmasının soruları:

- 1) Yaşlı bireylerin sağlığa ilişkin davranışsal tutumları, öznel normları ve eylem kontrolü algıları, sağlıklarını koruma niyetleri ve eylemleriyle ilişkili midir?
- 2) Yaşlı bireylerin yaşam durumları sağlığa ilişkin davranışsal tutumları, öznel normları ve eylem kontrolü algılarını ve dolayısıyla sağlıklarını koruma niyetleriyle ilişkili midir?

Bu soruların sırandığı hipotezler ise şunlardır:

Hipotez 1: *Yaşlılar, olumlu eylemleriyle sağlıklarını koruyabileceklerine inanıyorlarsa, sağlıklarını koruma niyeti gösterirler.*

Hipotez 2: *Yaşlılar, sağlıklarını korumaya yönelik eylemlerin kabul göreceğini düşünürlerse, sağlığı koruma eyleminde bulunma niyeti gösterirler.*

Hipotez 3: *Yaşlılar, eylemlerini kontrol edebileceklerine inanıyorlarsa, sağlıklarını koruma eylemlerinde bulunma niyeti gösterirler.*

3.8 Örneklem

Araştırmanın evreni, Tazelenme Üniversitesi Antalya Akdeniz Üniversitesinde eğitim alan 2024-2025 yılında eğitim öğretim yılında alan 60 yaş ve üzeri 740 öğrencidir. Bu kişilerin arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 400 Tazelenme Üniversitesi öğrencisi çalışmanın örneklemine oluşturmaktadır. Örneklem ile ilgili ayrıntılı tanımlayıcı istatistiklere ilk “bulgular” bölümünde yer verilmiştir.

3.9 Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Kategorizasyon, nesneler, olaylar veya fikirler gibi bilinçli deneyimin özellikleri arasında kavramsal farklılaşmayı içeren bir biliş türüdür (Reinert ve ark., 2021). Kategorilerle donatılmış bir dünyada yaşamaktayız ve hastalıkların pozitif ya da negatif olarak tanılanması, eğitim durumu, gelir durumu, ülkelerin gelişmiş durumu gibi daha birçok alanda verilerin kolay anlaşılması için sonuçlar kategorilere ayrılarak gösterilebilmektedir. Bilimsel kategorik yanıtların verilerini analizi soru kategorilerine, örneklem büyüklüğüne veya araştırmanın türüne göre değişmektedir (Azen ve Walker, 2021, s:2-3). İstatistikte ordinal ya da sıralı değişkenler olarak gösterdiğimiz bu veriler, bazen belirli bir sıraya veya derecelendirmeye sahip olmakla birlikte bazen aralarındaki farklar eşit derecede olmayabilir. Ordinal (sıralı/ kategorik) verilere örnek olarak eğitim düzeyi (ilkokul, lise, üniversite), memnuniyet düzeyi (çok memnun, memnun, memnun değil gibi), ağrı düzeyi, tutum düzeyi (katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılmıyorum gibi) gibi değişkenler ordinal olarak tanımlanır. Bu araştırmada dereceli cevapların alındığı 5 kategorili Likert tipi sorulardan oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Soru formu (Bakınız Ek 3: Veri Toplama Aracı) toplam 180 sorudan ve aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

1. Bölüm: 8 adet Sosyo-demografik sorular
2. Bölüm: PET çerçevesine göre bir eylemi gerçekleştirme niyetinin 3 bileşeninde (gDT, gÖN, gÖK) 3’erden 9 soru.
3. Bölüm: YD’nun 7 boyutunda (Zenginlik ve gelir kapsamı-ZG, Maddi kapsam-MK, İletişim, iş birliği ve faaliyet kapsamı-İİF, Öğrenme ve deneyim kapsamı-ÖD, Düzenleme ve katılım kapsamı-YD5, Özgürlük ve yenilenme kapsamı-ÖYD, Yardım ve bakım kapsamı-YBK), 2’şerden 14 soru.
4. Bölüm: DT (davranışsal tutum), ÖN (özel norm algısı), EK (özel eylem kontrolü algısı) yapıları için 20’şerden 60 soru.
5. Bölüm: 10 adet sağlıklı olmaya yönelik niyetini ve son 3 aylık sağlık davranışlarını yani eylemlerini ölçen toplam 20 eylem niyeti (EN) sorusu

6. Bölüm: Yaşlı bireylerin yaşam durumunun 7 alt boyutta değerlendirmesi için 69 soru (YD6.1, YD6.2, YD6.3, YD6.4, YD6.5, YD6.6, YD6.7).

3.10 Ölçme Aracının Geçerlilik ve Güvenirliği

Araştırmada kullanılacak soru kağıdının 2., 3., 4., 5. ve 6. Bölümlerinde yer alan sorular doktora tezi danışmanım Prof. Dr. İsmail Tufan'ın 2000 yılında başlayan ve 2023 yılında sona eren "Türkiye Gerontoloji Atlası" (GeroAtlas) araştırma projesinde tasarladığı ve kullandığı soruların (Tufan, 2016b: 13; Tufan ve ark., 2019) bu tez çalışmasına entegre edilmesiyle hazırlanmıştır. Bu soruları kullanmak için Prof. Dr. Tufan'dan sözlü izin alınmıştır. Birinci bölümde yer alan sosyo-demografik sorular hazırlanmıştır. Hazırlanan soru kağıdı örneklem grubu dışında kalan 20 kişiye uygulanmıştır. Soruların sosyo-kültürel uygunluğu, anlaşılabilirliği, amaca uygunluğu test edilmiştir. Pilot uygulama sonrasında veri toplama aracı optimize edilerek veri toplama süreci ve süresi planlanmıştır. Sosyo-demografik soruların seçenekleri, soru türü ve içeriğinde düzenlemeler yapılmıştır. Niyet sorularında sorulan ve not alınacak sorular için basılı soru kağıdında alan yaratılmış; online soru formunda açık uçlu ek soru eklenmiştir. Bazı bireylerin soru kağıdını online ortamda ya da basılı olarak boş zamanlarında doldurmak üzere talep etmesi üzerine, örneklem grubu için soru kağıdı online ortamda ve basılı olarak hazırlanmış ve uygulanmıştır. Tanımlayıcı, keşifsel amaçlı yapılan bu tez projesinde, 60+ yaş grubu 400 kişiden anket yöntemiyle toplanan veriler, hipotez sınama testleriyle sınarak elde edilen sonuçlardan regresyon testleriyle model tasarımı yapılmıştır (Chandra Kafle, 2019). Araştırmacıya ve Tazelenme Üniversitesinin eğitim öğretim tarihlerine bağlı olarak 2024 yılı sonunda bitirilmesi gereken veri toplama süreci 10 Nisan 2025 tarihleri arasında veri toplama süreci tamamlanmıştır. Verilerin toplanması sonucunda elde edilen verilerin her boyut için yapılan ilk iç tutarlılık analizleri sonuçları Tablo 3.1'de görülmektedir.

Tablo 3.1 PET ve YD Boyutlarının faktör analizleri öncesi ilk Cronbach's Alpha değerleri

Genel PET	Cronbach's alpha	PET	Cronbach's alpha
gDT	0,757	DT	0,880
gON	0,779	ON	0,932
gEK	0,487	EK	0,946
		Niyet (10 madde)	0,807
		Davranış (10 madde)	0,745
		Total EN (20 madde)	0,861
Genel YD	Cronbach's alpha	YD	Cronbach's alpha
ZG	0,819	YD6.1 (ZG)	0,914
MK	0,660	YD6.2 (MK)	0,933
iiF	0,830	YD6.3 (iiF)	0,933
OD	0,633	YD6.4 (OD)	0,927
YD5	0,782	YD6.5 (DK)	0,941
OYD	0,109	YD6.6 (OYD)	0,956
YBK	0,832	YD6.7 (YBK)	0,935

**Bir soru çıkartılarak analize 19 soru dahil edilmiştir.*

Bu çalışmanın veri toplama formunda genel YDT ve genel PET ile ilgili 2 ve 3. Bölüme ait maddelerin tümü sosyodemografik verilerle karşılaştırılmıştır. Veri toplama formu bu örneklem ve bu tez konusu için ilk defa uygulandığı ve madde sayısı fazla olduğundan YDT alt boyutları ve PET yapıları (4, 5 ve 6. Bölümleri) regresyon ilişki testlerinde kullanılmak üzere geçerlik ve güvenirlik testlerine tabi tutulmuştur.

Çok boyutlu veri toplama araçlarında, boyutsal ve boyut içindeki öğeler arasındaki karmaşık ilişkileri belirlemek amacıyla keşifsel faktör analizini kullanır. Doğası gereği bağımlı bağımsız değişkenleri değil, altta yatan değişkenleri ve benzerlik gösteren değişkenleri tespit etmek için benzer değişkenleri aynı faktörlere göre kümeleyen keşifsel faktör analizi metodu korelasyon matrisini kullanmaktadır (Shrestha, 2021). Bu çalışmada da yaşlıların YDT ve PET yapıları verdikleri cevapların boyutlarını temsil edip etmediği ve boyutlar içinde farklı faktör gruplarının oluşup oluşmadığı keşifsel faktör analizi ile tespit edilmiştir. Temel veri bileşenlerinin hesaplandığı varyasyonu vurgulamak ve veri setinde güçlü desenler ortaya çıkarmak için “temel bileşenler analizi” kullanılmış ve çıkarılacak faktör sayısını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterliliği ölçüsü ve Bartlett'in Küresellik testi; her faktörde yüksek yüklemeye sahip değişken sayısını en aza indirmek için Varimax ortogonal faktör döndürme yöntemi

uygulanmıştır. Geçerli faktör yükü alan maddelerle ortaya çıkan veri aracının iç tutarlılığını test etmek için Cronbach's alfa katsayısı incelenmiştir. İç tutarlılık testlerinde YDT alt boyutları ve PET yapıları için ayrı ayrı hesaplanmasında yaygın kullanılan Cronbach's alpha katsayısı (Peterson, 1994) için değer aralıkları Taber'in (2018) sınıflamasına göre çok boyutlu veri toplama formu genelinde yüksek güvenilirlikli olarak tespit edildi. Literatürde varimax ile keşifsel (açımlayıcı veya açıklayıcı olarak da anılır) faktör analizinin ve Cronbach's alpha'nın birlikte kullanılmasına (Liew ve Noraini, 2017) ve regresyon testleri öncesi açımlayıcı faktör analizinin yapıldığı (Panda ve ark., 2021) diğer çalışma örnekleri de mevcuttur.

Bu çalışmada, temel bileşenler matrisi tablosunda “,030” katsayısı kesim noktası olacak şekilde varimax rotasyonuyla incelenen maddelerden, bu katsayı altında kalan tüm binişik maddeler tekrarlanan rotasyonlarla madde faktör yüklerine göre çıkarılmıştır. Geçerli ve güvenli olarak ele alındığı boyutu veya yapıyı açıklayan maddelerin ortalaması alınarak boyutsal puanlar hesaplanmıştır. İlişki yapısını inceleyen (regresyon testlerinde) YDT alt boyutları ve PET yapıları arasındaki ilişkiler bu ortalamalarla test edilmiştir. Veriler analiz tabi tutulmadan önce her soru maddesi “kavramlara” dönüştürülerek anlaşılması tablo ve görsellerde gösterilmesi kolaylaştırılmış; kavramsal model önerisi yapılmıştır.

PET maddelerinin boyutlara göre faktör analizleri

Bu çalışmanın veri toplama formu, bu örneklem ve bu tez konusu için ilk defa uygulandığı için veri toplama formunun YDT alt boyutları ve PET yapıları (4, 5 ve 6. Bölümleri) geçerlik ve güvenilirlik testlerine tabi tutulmuştur. Kaiser Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçümü ve Bartlett'in küresellik testi yapılmış ve geçerli faktör yükü alan maddelere iç tutarlılık (Cronbach's Alpha) testi yapılmıştır. Temel bileşenler matrisi tablosunda “,030” katsayısı kesim noktası olacak şekilde varimax rotasyonuyla incelenen maddelerden, bu katsayı altında kalan tüm binişik maddeler tekrarlanan rotasyonlarla madde faktör yüklerine göre çıkarılmıştır. Alt boyut ve yapılarda ölçümü geçerli ve güvenli olarak yaptığı sonucuna varılan maddelerin ortalaması alınarak boyutsal puanlar hesaplanmıştır. İlişki yapısını inceleyen (regresyon testlerinde) PET yapıları arasında ve YDT alt boyutları ile PET yapılarından DT, ÖN, EK arasındaki ilişkiler bu ortalamalarla test edilmiştir.

Davranışsal tutum (DT) boyutu geçerlik ve güvenirliği

DT boyutu maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisini ve bu maddelerin davranışsal tutumu tespit edebilme gücünü görebilmek için, 20 DT maddesine açıklayıcı faktör analizi uygulanarak, DT boyutunun 5 boyutlu olduğu bulunmuştur. Temel bileşenler matrisi tablosu “,030” katsayısı kesim noktası olacak şekilde varimax rotasyonuyla incelenen maddelerden, bu katsayı altında kalan tüm binişik maddeler tekrarlanan 3 rotasyon testi ile çıkarılmıştır. Dördüncü rotasyonda 5 faktör altında kümelenen maddelerin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,631) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=1432,9$, $p<,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır.

Buna göre PET yapıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için kullanılacak DT maddelerinin faktörleri faktör yüklerine göre değil ama sıralamaya göre şöyle sıralanmıştır:

- 1.Faktör için 7, 8
- 2.Faktör için: 11,12
- 3.Faktör için: 13, 14, 16
- 4.Faktör için 17,18
- 5.Faktör için 19 ve 20 inci maddelerdir.

Bu haliyle DT yapısı 11 maddeden oluşan 5 faktörlü yapı olarak, Cronbach’s Alpha katsayısı 0,736’dır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 DT maddelerinin geçerlik ve güvenirliği

Davranışsal Tutum		Faktör ölçümleri	Ω /	X ² /df/ KMO/ Cronbach’s alpha
DT1	Günlük fiziksel aktivite “önemli”	1.Rotasyon çıkarıldı	-	χ^2 1432,88** df: 55
DT2	Fiziksel aktivitelerin bedensel sağlık için “olumlu”	1.Rotasyon çıkarıldı	-	KMO/ örneklem: 0,631
DT3	Dengeli diyet “önemli”	3.Rotasyon Çıkarıldı	-	Cronbach’s Alpha: 0,736

Tablo 3.2 (devamı) DT maddelerinin geçerlik ve güvenirliği

DT4	Dengeli diyet “sağlık için “olumlu”	2.Rotasyon çıkarıldı	-
DT5	Rahatlamak/stres atmak için zaman “gerekli”	1.Rotasyon çıkarıldı	-
DT6	Gevşeme egzersizleri bireysel refah için “olumlu”	2.Rotasyon çıkarıldı	-
DT7	Uyku ve dinlenme sağlık için “önemli”	5.Faktör	0,879
DT8	Uyku, zihinsel berraklık ve enerji açısından “olumlu”	5.Faktör	0,827
DT9	Düzenli sağlık kontrolleri “önemli”	2.Rotasyon Çıkarıldı	-
DT10	Sağlık taramaları “önemli”	1.Rotasyon çıkarıldı	-
DT11	İlaçların düzenli alınması “önemli”	2.Faktör	0,920
DT12	Tutarlı ilaç kullanımı sağlık için “olumlu”	2.Faktör	0,893
DT13	Sosyal ilişki/aktivite sağlık için “önemli”	1.Faktör	0,881
DT14	Sosyal iletişim duygusal sağlık için “önemli”	1.Faktör	0,890
DT15	Zihinsel yeteneklerin/bilişsel işlevlerin korunması “önemli”	1.Rotasyon çıkarıldı	-
DT16	Beyin eğitimi/zihinsel stimülasyon bilişsel performans için “önemli”	1.Faktör	0,517
DT17	Alkol/sigara gibi zararlı maddelerden sakınmak “önemli”	3.Faktör	0,898
DT18	Alkolsüz/sigarasız bir yaşam sağlık için “olumlu”	3.Faktör	0,886
DT19	Doğa, temiz hava, güneş sağlık açısından “önemli”	4.Faktör	0,854
DT20	Doğa ve çevre sağlık için “olumlu”	4.Faktör	0,881

**** $P < 0,01$**

Bu haliyle DT yapısı 11 maddeden oluşan 5 faktörlü yapı olarak, Cronbach’s Alpha katsayısı 0,736’dır. Kalan 11 maddenin korelasyon katsayıları Tablo 3.3’te görülmektedir.

Tablo 3.3 Kalan DT maddelerinin korelasyonu

	DT7	DT8	DT11	DT12	DT13	DT14	DT16	DT17	DT18	DT19
DT8	,576**									
DT11	,176**	,072								
DT12	,227**	,158**	,690**							
DT13	,251**	,375**	,082	,129**						
DT14	,273**	,377**	,116*	,194**	,748**					
DT16	,179**	,247**	,155**	,089	,258**	,335**				
DT17	,116*	,016	,106*	,155**	,045	,086	,049			
DT18	,173**	,143**	,143**	,148**	,082	,178**	,069	,638**		
DT19	,176**	,272**	,083	,090	,245**	,261**	,228**	,279**	,220**	
DT20	,157**	,194**	,067	,075	,225**	,281**	,113*	,158**	,207**	,604**

** $P < 0,01$ (2-yönlü)* $p < 0,05$ (2 yönlü)**Öznel norm algısı (ÖN) boyutu geçerlik ve güvenirliği**

ÖN boyutu maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisini ve bu maddelerin öznel norm algısını tespit edebilme gücünü görebilmek için, 20 ÖN maddesine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tüm binişik maddeler tekrarlanan 2 rotasyon testi ile çıkarılmıştır. Üçüncü rotasyonda tek faktör altında kümelenen maddelerin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,736) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=477,21$, $p < ,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır. Buna göre PET yapıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için kullanılacak ÖN maddeleri 8, 9, 14, 15, 18 ve 20'dir (Tablo 3.4).

Tablo 3.3 ÖN maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.

Öznel Norm Algısı	Ölçüm geçerliği	Ω	X ² /df/ KMO/ Cronbach's alpha
ON1 Yakın aile üyeleriyle sağlık teşviki konusunda "aynı fikirde"	1.Rotasyon çıkarıldı	-	$\chi^2: 477,21^{**}$ df: 15
ON2 Arkadaş ve tanıdıklarla sağlığını korumasını "bekler"	1.Rotasyon çıkarıldı	-	
ON3 Doktor/diğer sağlık hizmet sunucularla sağlık konusunda "aynı fikirde"	1.Rotasyon çıkarıldı	-	KMO/ örneklem: 0,736
ON4 Akranları fiziksel sağlığını korumasını "bekler"	1.Rotasyon çıkarıldı	-	
ON5 Aile ve arkadaşları sağlık bilincini "destekler"	1.Rotasyon çıkarıldı	-	Cronbach's Alpha: 0,733
ON6 Sosyal çevresi sağlıklı yaşam çabasını "olumlu" değerlendirir	2.Rotasyon çıkarıldı	-	

Tablo 3.4 (devamı) ÖN maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.

ON7	Komşu/toplulukların sağlığını korumasını “bekler”	1.Rotasyon çıkarıldı	
ON8	Dini/manevi topluluklarıyla sağlık/esenlik konusunda “aynı fikirde”	1.Faktör	0,641
ON9	Toplum sağlığını korumasını “bekler”	1.Faktör	0,722
ON10	İş (eski) arkadaşları/meslektaşları sağlık konusunda aynı fikirde	1.Rotasyon çıkarıldı	-
ON11	Tanınmış kişi ve rol modelleri, sağlık bilincini “destekler”	1.Rotasyon çıkarıldı	-
ON12	Tıp camiası sağlıklı yaşam sürmesini “destekler”	2.Rotasyon çıkarıldı	-
ON13	Destek sistemleri (aile/bakıcı) sağlığını korumasını “bekler”	1.Rotasyon çıkarıldı	-
ON14	Doktorunun sağlığını korumasını “bekler”	1.Faktör	0,757
ON15	Çocuk, torunlarıyla sağlık teşviki konusunda "aynı fikirde"	1.Faktör	0,628
ON16	Atletik ve rekreasyonel gruplarının sağlıklı yaşam çabalarını onayladığına inanıyor	2.Rotasyon çıkarıldı	-
ON17	Sağlık hizmet sağlayıcılarının sağlıklı yaşma sürme çabasını desteklediğine inanıyor	2.Rotasyon çıkarıldı	-
ON18	Uzun süreli sağlık ve bakım sigortasının sağlıklı yaşam çabalarını desteklediğine inanıyor	1.Faktör	0,548
ON20	Öğretmen, eğitimcilerinin, geçmişte sağlığına özen göstermesini öğrettiğini düşünüyor	1.Faktör	0,629

**** $P < 0,01$**

Bu haliyle ÖN yapısı 6 maddeden oluşan tek faktörlü yapı olarak, Cronbach's Alpha katsayısı 0,733'tür. Kalan 6 maddenin korelasyon katsayıları Tablo 3.5'te görülmektedir.

Tablo 3.5 Kalan ÖN maddelerinin korelasyonu

	ÖN7	ÖN8	ÖN11	ÖN12	ÖN13
ÖN9	,514**				
ÖN14	,307**	,441**			
ÖN15	,233**	,294**	,357**		
ÖN18	,154**	,267**	,321**	,370**	
ÖN20	,306**	,252**	,470**	,273**	,180**

** $P < 0,01$ (2-yönlü)**Öznel eylem kontrolü algısı (EK) boyutu geçerlik ve güvenirliği**

EK boyutu maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisinin ve bu maddelerin öznel norm algısını tespit edebilme gücünü görebilmek için, 20 EK maddesine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tüm binişik maddeler tekrarlanan 2 rotasyon testi ile çıkarılmıştır. Üçüncü rotasyonda tek faktör altında kümelenen maddelerin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,907) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=1290,27$, $p<,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır. Buna göre PET yapıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için kullanılacak EK maddeleri 1, 2, 3, 4, 14, 15 ve 20'dir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6 EK maddelerinin geçerlik ve güvenirliği

	Davranışsal Tutum	Ölçüm geçerliği	Ω	X2/df/ KMO/ Cronbach's alpha
EK1	Düzenli fiziksel aktiviteyi rutine dahil edebilir	1.Faktör	0,782	
EK2	Yeme alışkanlıklarını kontrol altında tutar	1.Faktör	0,753	
EK3	Rahatlamak ve stresten kurtulmak için yeterli zaman bulur	1.Faktör	0,804	X2:1290,27** Df: 28
EK4	Uyku alışkanlıklarını kontrol altında tutar	1.Faktör	0,758	
EK5	Düzenli sağlık kontrolleri yaptırabilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-	KMO/ örneklem: 0,907
EK6	İlaçlarını alabilir, doktor önerilerine uyabilir	2.Rotasyon çıkarıldı	-	
EK7	Sosyalleşme ve aktivitelere kontrollü katılabilir	2.Rotasyon çıkarıldı	-	Cronbach's Alpha: 0,872
EK8	Aktif zihinsel yeteneklerini sürdürebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-	
EK9	Alkol, sigara gibi zararlı maddelere karşı direnebilir	3.Rotasyon çıkarıldı	-	

Tablo 3.6 (devamı) EK maddelerinin geçerlik ve güvenirliği.

EK10	Sağlığı teşvik edici davranışlarla ilgili çevresinin kontrol edebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK11	Sağlıklı yemekler hazırlayabilir, diyetini sürdürebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK12	Sağlıkla ilgili kararlar alıp, uygulayabilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK13	Sağlığı teşvik edici faaliyetlerle ilgili zamanını ve önceliklerini yönetebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK14	Rahatlama ve stres azaltmada yeteneklidir	1.Faktör	0,773
EK15	Fiziksel aktiviteleri, fiziksel yetenek ve sınırlarına uyarlayabilir	1.Faktör	0,865
EK16	Sağlık bilgi ve hizmetlerine erişebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK17	Doğa, temiz hava, güneş ışığından faydalanabilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK18	Engellerle karşılaştığında sağlık hedeflerine yönelik stratejiler geliştirebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK19	Yeterli dinlenme/yenilenme için çevre ve alışkanlıklarını kontrol edebilir	1.Rotasyon çıkarıldı	-
EK20	Yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğunda aile/mahalle desteğine güvenir	1.Faktör	0,564

** $P < 0,01$

Bu haliyle EK yapısı 6 maddeden oluşan tek faktörlü yapı olarak, Cronbach's Alpha katsayısı 0,733'tür. Kalan 6 maddenin korelasyon katsayıları Tablo 3.7'de görülmektedir.

Tablo 3.7 Kalan EK maddelerinin korelasyonu

	EK1	EK2	EK3	EK4	EK14	EK15
EK2	,524**					
EK3	,576**	,525**				
EK4	,481**	,512**	,616**			
EK14	,534**	,521**	,548**	,489**		
EK15	,655**	,571**	,640**	,596**	,651**	
EK20	,398**	,346**	,347**	,308**	,341**	,444**

** $P < 0,01$ (2-yönlü)

“Niyet” geçerlik ve güvenirliği

EN boyutundaki 10 adet “Niyet” maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisinin ve bu maddelerin sağlıklı olma niyetini tespit edebilme gücünü görebilmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tüm binişik maddeler tekrarlanan 2 rotasyonda çıkarılmıştır. Üçüncü rotasyonda tek faktör altında kümelenen maddelerin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,711) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=393,89$, $p<,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır.

Tablo 3.8 Niyet maddelerinin geçerlik ve güvenirliği

	Niyet (10 adet)	Ω	X2/df/ KMO/ Cronbach's alpha
N1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutinine entegre etmeye niyetli	0,760	
N2	Dengeli bir diyet sürdürmeye niyetli	1.Rotasyon çıkarıldı	
N3	Düzenli rahatlama/ stres azaltma için zaman ayırmaya niyetli	1.Rotasyon çıkarıldı	X2:393,89**
N4	Uyku ve dinlenme için günlük zaman ayırmaya niyetli	2.Rotasyon çıkarıldı	Df: 28
N5	Düzenli kontrol/sağlık kontrolleri yaptırmaya niyetli	0,653	KMO/ örneklem: 0,711
N6	İlaçlarını almaya ve doktor talimatlarına uymaya niyetli	1.Rotasyon çıkarıldı	
N7	Sosyal temaslarını ve aktivitelerini sürdürmeye niyetli	0,789	Cronbach's Alpha: 0,780
N8	Zihinsel/ bilişsel işlevlerini korumaya ve geliştirmeye niyetli	0,809	
N9	Alkol ve sigara gibi maddelerden kaçınmaya niyetli	3.Rotasyon çıkarıldı	
N10	Doğa/ güneş, temiz havadan faydalanmaya niyetli	1.Rotasyon çıkarıldı	

** $P<,01$

Tablo 3.8’de görüldüğü üzere PET yapıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için kullanılacak Niyet maddeleri 1, 5, 7, 8’dir. Bu haliyle 4 maddeden oluşan tek faktörlü yapı olarak, Niyet boyutunun Cronbach’s Alpha katsayısı 0,780’dır. Kalan 4 maddenin korelasyon katsayıları Tablo 3.9’dadır.

Tablo 3.9 Geçerli faktör alan “niyet” maddelerinin korelasyonu

	N1 (aktivite)	N5 (sosyalleşme)	N7 (bilişsel aktivite)
N5: Sağlık kontrolü	,369**		
N7: Sosyalleşme	,512**	,278**	
N8: Bilişsel aktivite	,425**	,420**	,565**

** $P < 0,01$ (2-yönlü)

“Eylem” geçerlik ve güvenirliği

EN boyutundaki 10 adet “Eylem” maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisinin ve bu maddelerin eylem yapma gücünü görebilmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tüm binişik maddeler tekrarlanan 2 rotasyonda çıkarılmıştır. Üçüncü rotasyonda 2 faktör altında kümelenen maddelerin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,783) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=442,21$, $p < ,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır.

Tablo 3.10 Eylem maddelerinin geçerlik ve güvenirliği

Eylem (10 adet)	Ω	X2/df/KMO Cronbach's alpha
Eylem1 Son 3 ayda yeterli ve düzenli fiziksel egzersiz yaptı	0,742	
Eylem2 Son 3 ayda dengeli diyet yaptı	0,467	X2:393,89**
Eylem3 Son 3 ayda rahatlama/ stres atma için gereken zamanı buldu	0,656	KMO/ örneklem: 0,711
Eylem4 Son 3 ayda yeterli uyku ve dinlenme yaptı	0,516	Df: 28
Eylem5 Son 3 ayda kontrol/ sağlık kontrolleri için zaman ayırdı	1.Rotasyon çıkarıldı	X2:393,89**
Eylem6 Son 3 ayda ilaçlarını aldı ve doktor talimatlarına uydu	0,713	KMO/ örneklem: 0,711
Eylem7 Son 3 ayda sosyal temas ve aktivitelerini sürdürdü	2.Rotasyon çıkarıldı	
Eylem8 Son 3 ayda zihinsel/ bilişsel işlevleri için aktivite yaptı	0,749	Cronbach's Alpha: 0,688
Eylem9 Son 3 ayda alkol, sigara gibi zararlı maddelerden kaçındı	0,799	
Eylem10 Son 3 ayda doğa/ temiz hava ve güneşten faydalandı	1.Rotasyon çıkarıldı	

** $P < 0,01$

Buna göre PET yapıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için kullanılacak “Eylem” maddeleri 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9’dur. Faktör 1 maddeleri 1, 2, 3, 4, 7, 8 iken Faktör 2

maddeler, 6 ve 9'dur. Bu haliyle 8 maddeden oluşan 2 faktörlü yapı olarak, Eylem boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,780'dir. Kalan 8 maddenin korelasyon katsayıları Tablo 3.11'dedir.

Tablo 3.114 Geçerli eylem (davranış) maddelerinin korelasyonu

Son 3 aylık	E1	E2	E3	E4	E6	E7	E8
E2: diyet	,220**						
E3: stres azaltma	,414**	,227**					
E4: uyku düzeni	,267**	,198**	,325**				
E6: doktor önerisi	,146**	,106*	,130**	,187**			
E7: sosyalleşme	,324**	,226**	,230**	,274**	,185**		
E8: bilişsel aktivite	,101*	,151**	,112*	,102*	,211**	,062	
E9: sigara/alkol uzak durma	,468**	,285**	,335**	,215**	,141**	,416**	,103*

** $P < 0,01$ (2-yönlü)

YDT alt boyutları ile PET yapıları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde kullanılan analizlerde, yapı geçerliliği (açımlayıcı faktör analizi) ve iç güvenirlik (Cronbach's alpha) testleriyle tespit edilen maddeler kullanılmıştır. PET yapılarını açıklayan maddeler, ait oldukları faktörler ve maddelere verilen olumlu cevap oranları Tablo 3.12'de verilmiştir. Toplam 36 adet geçerli faktör yükü alan madde tüm boyutlarda 10 faktöre indirgenmiş; bu maddelerin ait olduğu faktörlerin ortalaması alınmış ve sonraki bölümlerde yapılan regresyon analizlerinde bağımsız ve bağımlı değişkenler olarak kullanılmıştır. Birden çok faktörlü boyutlarda (DT ve EN) önce faktör içi madde ortalamaları daha sonra faktörlerin ortalaması alınmıştır. Bu tez çalışmasında, bu maddelerin PET yapılarının (DT, ÖN, EK ve EN) belirleyicileri olduğu varsayılmaktadır.

Tablo 3.12 Model oluşturmak için kullanılan PET maddeleri ve maddelere verilen olumlu cevap oranları

Davranışsal Tutum (11 madde, 5 faktör)				%
FAK1	DT7	Uyku ve dinlenme sağlık için “önemli”		95,50
	DT8	Uyku, zihinsel berraklık ve enerji açısından “olumlu”		95,20
FAK2	DT11	İlaçların düzenli alınması “önemli”		89,50
	DT12	Tutarlı ilaç kullanımı sağlık için “olumlu”		85,00
	DT13	Sosyal ilişki/aktivite sağlık için “önemli”		83,20
FAK3	DT14	Sosyal iletişim duygusal sağlık için “önemli”		83,90
	DT16	Beyin eğitimi/zihinsel stimülasyon bilişsel performans için “önemli”		89,70

Tablo 3.12 (devamı) Model oluşturmak için kullanılan PET maddeleri ve maddelere verilen olumlu cevap oranları

FAK4	DT17	Alkol/sigara gibi zararlı maddelerden sakınmak “önemli”	84,40
	DT18	Alkolsüz/sigarasız bir yaşam sağlık için “olumlu”	87,20
FAK5	DT19	Doğa, temiz hava, güneş sağlık açısından “önemli”	95,00
	DT20	Doğa ve çevre sağlık için “olumlu”	96,00
Öznel Norm Algısı (6 madde, tek faktör)			%
FAK6	ÖN8	Dini/manevi toplulukları sağlık/esenlikle ilgili “aynı fikirde”	36,10
	ÖN9	Toplum sağlığını korumasını “bekler”	44,90
	ÖN14	Doktorunun sağlığını korumasını “bekler”	69,20
	ÖN15	Çocuk, torunlarıyla sağlık teşviki konusunda "aynı fikirde"	77,90
	ÖN18	Sağlık ve bakım sigortası sağlığın korunmasını “destekler”	52,10
	ÖN20	Geçmiş öğretmen/öğretmenleri sağlığını korumasını “öğretti”	59,80
Öznel Eylem Kontrolü Algısı (7 madde tek faktör)			%
FAK7	EK1	Düzenli fiziksel aktiviteyi rutine dahil edebilir	55,60
	EK2	Yeme alışkanlıklarını kontrol altında tutar	60,40
	EK3	Rahatlamak ve stresten kurtulmak için yeterli zaman bulur	64,70
	EK4	Uyku alışkanlıklarını kontrol altında tutar	66,40
	EK14	Rahatlama ve stres azaltmada yeteneklidir	59,90
	EK15	Fiziksel aktiviteleri, fiziksel yetenek ve sınırlarına uyarlayabilir	69,40
	EK20	Yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğunda aile/mahalle desteğine güvenir	54,40
Niyet (4 madde tek faktör)			%
FAK8	N1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutinine entegre etmeye niyetli	67,70
	N5	Düzenli kontrol/sağlık kontrolleri yaptırmaya niyetli	75,40
	N7	Sosyal temaslarını ve aktivitelerini sürdürmeye niyetli	74,70
	N8	Zihinsel/ bilişsel işlevlerini korumaya ve geliştirmeye niyetli	80,50
Eylem (8 madde 2 faktör)			%
FAK9	E1	Son 3 ayda yeterli ve düzenli fiziksel egzersiz yaptı	74,34
	E2	Son 3 ayda dengeli diyet yaptı	36,80
	E3	Son 3 ayda rahatlama/ stres atma için gereken zamanı buldu	58,10
	E4	Son 3 ayda yeterli uyku ve dinlenme yaptı	78,90
	E7	Son 3 ayda sosyal temas ve aktivitelerini sürdürdü	72,40
	E8	Son 3 ayda zihinsel/ bilişsel işlevleri için aktivite yaptı	69,40
FAK10	E6	Son 3 ayda ilaçlarını aldı ve doktor talimatlarına uydu	80,5
	E9	Son 3 ayda alkol, sigara gibi zararlı maddelerden kaçındı	77,4

YDT maddelerinin boyutlara göre faktör analizleri

Yaşam durumu değişkenleri de her boyut için faktör analizine tabi tutulmuştur. Zenginlik ve gelir boyutu hariç diğer boyutlardaki maddelerin tümü tek faktörde toplanmış ve binişik faktörlere rastlanmamıştır.

Tablo 3.5 Zenginlik ve gelir boyutu geçerlik, güvenirlik.

Zenginlik ve Gelir			Ω	X ² /df/KMO Cronbach's alpha
YD1a	Finansal istikrarı ve güvenliği var	40,60	1.Rotasyon çıkarıldı	X ² :2186,34** Df: 28
YD1b	Finansal ihtiyaç/ yükümlülüklerini yerine getirir	44,10	0,662	
YD1c	Mevcut gelir ve varlıklarınızdan memnun	31,30	0,769	KMO/ örneklem: 0,916
YD1d	Rezerv biriktirebilir, öngörülemeyen harcamaları karşılayabilir	29,30	0,710	
YD1e	Finansal olarak güvende ve bağımsız	39,10	0,802	Cronbach's Alpha: 0,924
YD1f	Yaşam tarzı ve ihtiyaçları için yeterli hareket alanı var	40,90	0,728	
YD1g	Finansal kaynakların kişisel ilgi alanları ve öncelikleri için kullanır	41,10	0,638	1.Rotasyon çıkarıldı
YD1h	Finansal kararlar alır ve kaynaklarını etkin kullanır	59,60	1.Rotasyon çıkarıldı	
YD1i	Finansal kısıtlama/ belirsizliklerden etkilenmez	22,30	2.Rotasyon çıkarıldı	1.Rotasyon çıkarıldı
YD1j	Mevcut finansal hareket alanından/ durumundan memnun	28,60	1.Rotasyon çıkarıldı	

Zenginlik ve gelir boyutunda tespit edilen üç binişik maddeler tekrarlanan 2 rotasyonda çıkarılmıştır. Tek faktör altında kümelenen 7 maddenin son rotasyondaki Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda örneklem uygunluğu katsayısı (0,916) testi ve Bartlett Küresellik testi sonucu ($\chi^2=2186,34$, $p<,001$) bulunarak yeterli örneklem büyüklüğü kanıtlanmıştır. Buna göre YD alt boyutlarından Zenginlik ve Gelir boyutunun PET yapıları ile olan ilişkisinin tespit edilmesi için kullanılacak maddeler YD1b, YD1c, YD1d, YD1e, YD1f, YD1g'dir. Bu haliyle 7 maddeden oluşan tek faktörlü yapı olarak, YD1boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,924'tür (Tablo 3.13). Diğer yaşam durumu boyutlarında tüm maddeler tek faktörde toplanmıştır ve hepsinin faktör yükü ilk rotasyonda 0,7 üzerinde bulunmuştur. Diğer boyutların Cronbach's alpha değerleri için

Tablo 3.13 incelenebilir. Bu bölümde PET yapılarını açıklayan maddeler kesinleştirilmiş olup; YDT boyutlarının belirleyicilerinin araştırılmasına “Bulgular (4.5)” bölümünde 2 aşamalı ilişki testleri ile devam edilmiştir.

Veri Analizi

Bu tez çalışmasında kullanılan tanımlayıcı, nedensel, ilişki testleriyle yapılan istatistiksel analizlerde, YDT alt boyutları ve PET yapıları analiz edilerek yaşlıların koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik niyetleri ve davranışlarıyla olan nedensel, yapısal korelasyon ilişkisi incelenerek tahminsel çıkarımlar yapılmıştır. Elde edilen anket soruları öncelikle Microsoft ofis excel ortamında SPSS programına aktarıma hazır hale getirilmiştir. Sosyodemografik sorulara verilen cevaplardan yaş sürekli sayısal veri olarak; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu (Tazelenme Üniversitesi sınıfı ve önceki son resmi mezuniyet), gelir kaynakları, hanehalkı, yaşadığı evin kime ait olduğu durumu kodlanarak analize alınmıştır. Verilen bu kodlar excel ve SPSS programında tanımlanmıştır. Verilerin analizi, SPSS 17 (Statistical Package for Social Science for Personal Computers), PASW Statistics (versiyon 17.0.3) programında gerçekleştirilmiştir.

3.11 Tanımlayıcı İstatistikler

Sosyodemografik değişkenleri sıklık ve yüzde ölçümleri yapılmadan önce ham verilerin istatistiksel analizlere uygun hale gelmesi için veriler ikincil bir hesaplama ile grup sayısı azaltılmıştır. Böylece analizlerde ortaya çıkan sonuçlar sosyodemografik verilerin etkilerinin daha iyi görülmesini sağlamıştır. Grup sayısı azaltılan sosyodemografik değişkenler:

- Beş seçenekli medeni durum: partnerli (eş, partneri olan) ve partnersiz (bekar, dul, boşanmış, diğer) olarak 2 gruba,
- Beş seçenekli eğitim durumu: düşük (ilkokul), orta (ortaokul ve lise) ve yüksek (yüksekokul ve üstü) olarak 3 gruba,
- Beş seçenekli gelir durumu: emekli ve diğer gelir (kira, yardımlar, yatırımlar) olarak 2 gruba 3 gruba düşürülmüştür.

Örnekleimde evli bireylerin oranı diğer gruba göre daha yüksek olduğundan, bekar, dul ve boşanmış olanlar aynı grupta incelenmiş ve medeni durum verileri “partnerli” ve

“partnersiz” olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Yaşlıların istedikleri ve yapabildikleri sürece çalışmaya devam etme seçeneğine sahip olması gerektiği (UN DESA, 2023) ve Türkiye’de emekli veya yaşlı maaşı alan kişi sayısı 2023 yılı sonunda 12 bini aşmış (TÜİK, 2024b) olduğu ve sigortalılık ve emeklilik oranının örneklem nesli için bir ayrıcalık olduğu düşünülerek bu tez çalışmasında yaşlı bireylerin çalışma durumu emeklilik maaş geliri temel alınarak incelenmiştir. Ortaya çıkan gelir durumu tablosunda, Dünyada olduğu gibi (PRC, 2023). Türkiye’de de yaşlı bireylerin çoğunun kendi çalışma yaşamlarındaki primlerle ya da eşlerinden dolayı emekli gelirlerinin (sosyal güvenlik gelirleri) temel gelir kaynakları olduğu ortaya çıkmıştır. Gelir durumuna ait veriler, emekli olanlar ve diğerleri olarak 2 grupta sınıflandırılarak analizlere dahil edilmiştir.

Türkiye’de 8 yıllık eğitime geçilme çalışmalarındaki 1971’de başlatılmış olup; 1981 yılındaki 9. Milli Eğitim şurasında bile ortaokullar temel eğitimin ikinci evresi olarak kabul edilmekteydi. Ülkemizde temel eğitime ancak 1997 yılında dahil edilmiş (TAÇASE, 2019) ve 1961 yılında niteliksel özellikleri ve eğitim alan kişi sayısı itibarıyla temel eğitimin üstünde kabul edilen ortaokul eğitimi (Derman ve Basal, 2009) bu çalışmada orta orta düzey eğitim olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada en genç bireyin 1965 yılında doğduğu düşünülerek, İlkokul sonrası sınavla kazanılan ve belli yeterlilik gerektiren ev meslek eğitimini başlangıcı kabul edilen ortaokulu (Benli, 2023) bitirenler bu çalışmada düşük eğitimden ziyade orta öğretime dahil edilmiştir.

Bu üç değişkenin (partnerli olma, emekli olma ve eğitim düzeyi) cinsiyet değişkenine göre durumu incelenmiştir. Ayrıca cinsiyet değişkenine göre diğer sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi ki kare testi ile incelenmiştir. Oluşan yeni gruplar cinsiyet değişkenin etkilerinin daha iyi görülmesini sağlamıştır. Diğer yandan bu 3 değişken için belirlenen yeni gruplara göre PET ve YD boyutları, grup sayısına göre parametrik olmayan testlerle sınanarak; gruplara arasındaki farklılıklar araştırılmıştır. Partneri olma durumu ve gelir durumu 2 bağımsız grup olduğu için Mann-Whitney U testi ile değerlendirilirken; eğitim durumu 3 gruptan oluştuğu için (düşük, orta, yüksek) Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Ortalama sıra değerleri (Ort. sıra), u testi sonucu veya χ^2 sonucu ve p değerleri tablolarda verilmiştir.

3.12 İlişki Testleri

İçinde bulunduğumuz dijital teknoloji çağında bilgisayar kaynaklı üretilen karmaşık ve güçlü istatistiksel modellerin ortaya çıkışıyla birlikte sosyal teorilerinin öneminin azalması ve sadece istatistiksel tekniklere dayalı çalışma konseptlerinin gündeme gelmesine ilişkin yanılığı önlemek için veri analizini ve istatistiksel tekniği teoriyle uyumlu hale getirmek gerekmektedir. Korelasyon, regresyon ve türevleri bu testlerden bazılarıdır (Aneshensel, 2013). Korelasyon ve regresyon, değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve diğer değişkenlerdeki puanlar verildiğinde bir değişkendeki puanları tahmin etmek ve ilişkilendirmek için kullanılan istatistiksel araçlardır (Tabachnick ve Fidell, 2013: s.117; Tufan, 2015: s. 157-174). İlişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için Pearson, Spearman gibi testler kullanılır iken ilişkinin fonksiyonel yapısını (neden-sonuç ilişkisi) belirlemek için doğrusal (lineer) regresyon testleri kullanılabilir. Bağımlı değişken iki ya da ikiden daha fazla kategorili niteliksel veri tipinde olduğunda, bağımsız değişkenlerle sebep-sonuç ilişkisini incelemek için bağımlı değişkenin alacağı değerlerden birinin gerçekleşme olasılığı için tahmin yapılmaktadır (Bayram, 2022). Çoklu doğrusal regresyon ise basit doğrusal regresyonu birden fazla bağımsız değişkeni içerecek şekilde genişletmektedir.

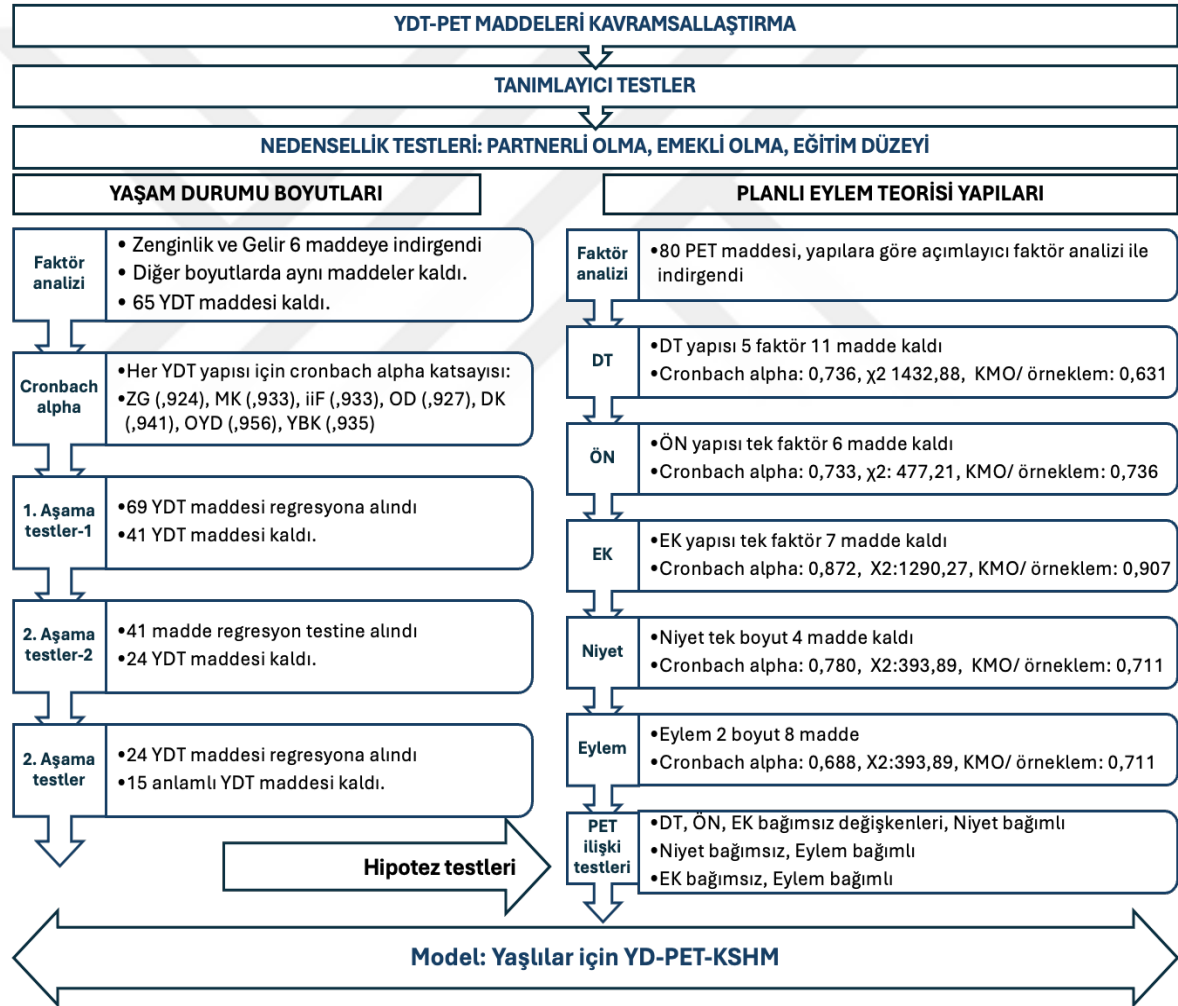
Bu tez çalışmasında PET yapılarına dair sorulara verilen yanıtların sağlığı koruma niyet ve eylemine dair yanıtlarla olan etkisi ve bunlarla yapısal ilişkisi çoklu doğrusal regresyon ile analiz edilmiştir. Bu analizlerde bağımlı ve bağımsız değişken ilişkisi aşağıdaki gibidir:

- Belirlenen 3 temel sosyodemografik özelliğe göre (medeni durum, gelir ve eğitim) PET yapıları ve YDT boyutları puanları etkisi veriler normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov–Smirnov testi ile kontrol edildikten sonra (Tufan, 2015: 216-227; Hatem ve ark., 2022) Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis, ki-kare ile testleri ile analiz edilmiştir.
- PET yapıları ve YDT alt boyutlarına faktör analizi ve Cronbach's alpha testi uygulanmıştır. Geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilen maddeler, regresyon analizlerinde alınmıştır.

- Belirlenen PET yapıları ve YB alt boyutlarıyla ilişkisi ve PET yapılarının kendi arasındaki ilişkiler lineer regresyon testleriyle incelenmiştir.

3.13 Araştırma ve İstatistik Modeli Uygulama Süreci

Araştırmanın hipotezleri çoklu doğrusal regresyon ile hesaplanmıştır. Ayrıca, tanımlayıcı, farklılık arayan (neden-sonuç) testler uygulanmıştır. Veri toplama formuna yapılan geçerlilik ve güvenirlik testleri de dahil olmak üzere çalışma genelinde yürütülen istatistik analiz süreci gösteren PERT şeması Şekil 3.4'te görülmektedir.



Şekil 3.4 Araştırmanın istatistik analiz süreci

3.14 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için etik kurul izni, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 23.8.2023 tarihi ve KAEK-675 karar numaralı belge ile alınmıştır (Ek 1).

Ayrıca veri toplama sürecinde her örnekleme temsil eden her bireyden anket uygulamadan önce Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülük ilkesi doğrultusunda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek 2).

3.15 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu tez çalışmasında, Tazelenme Üniversitesinde eğitim gören 60 yaş üstü 400 kişiden oluşan örneklem profili Türkiye'deki 60 yaş üstü birey nüfusunu tam anlamıyla temsil etmiyor olabilir. Ayrıca, fiziksel egzersiz, diyet, doktor kontrolü ve taramalar, doğadan yararlanma, uyku ve sosyal ilişkiler, ilaç ve alışkanlıklar, stres yönetimi ve zihinsel egzersizler gibi koruyucu sağlığa yönelik değişkenleri evrensel düzeyde temsil etmeyebilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı süreçteki bireysel, çevresel, ekonomik ve sosyal gündem çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları örnekleme dair tanımlayıcı testler, YDT boyutları ve PET yapılarının sosyodemografik değişkenlerle nedensel analizleri, boyutlar ve yapılar arası ilişki testleri yapılarak derlenmiş ve bu bölümde sunulmuştur.

4.1 Örneklem

Antalya Tazelenme Üniversitesinde çalışmanın yapıldığı dönemde eğitim gören bireylere yönelik yapılan bu tez çalışmasında 240'ı (%60) kadın, 160'ı (%40) erkek olmak üzere 400 kişilik bir örneklem üzerinden veri derlemesi yapılmıştır. Medeni durum bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında manidar fark tespit edilmiştir. Kadınların sadece yaklaşık %44'ü, erkeklerin ise yaklaşık %82'si evli iken, kadınların yaklaşık %28'i, erkeklerin ise sadece yaklaşık %9'u dul statüsüne sahiptir. Bekar statüsü bağlamında da cinsiyetler arasında güçlü fark tespit edilmiştir. Kadınların %12'si, erkeklerin yalnızca %3'ü bekar olduğunu belirtmiştir. Eşinden boşananların oranının da kadınlarda (%15,4) erkeklerden (%5) üç misli fazla olduğu görülmüştür. Kadınlardan ziyade erkeklerin “partnerli” bir yaşam sürdürdüğü anlaşılmaktadır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Medeni durum.

	Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Evli	105	43,8	131	81,9
Bekar	29	12,1	5	3,1
Dul	66	27,5	14	8,8
Boşandı	37	15,4	8	5,0
Veri yok	3	1,3	2	1,3
Toplam	240	100	160	100

Katılımcıların başlıca gelir kaynağının emekli aylığı olduğu görülmüştür. Kadınların yaklaşık %62'si, erkeklerin ise %84'ü emekli iken, kadınlar arasında eşi üzerinden emekli olanların oranı yaklaşık %33 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerin yaklaşık %7'si, kadınların sadece %2,5'i çalışmaktadır (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Gelir durumu/kaynağı.

	Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Çalışıyor	6	2,5	11	6,9
Emekli	148	61,7	135	84,4
Eşinden emekli	78	32,5	-	-
Diğer	5	2,1	8	5,0
Veri yok	3	1,3	6	3,8
Toplam	240	100,0	160	100,0

İkamet durumu ve ikamet edilen evin mülkiyetine bakıldığında, yaklaşık %75'inin "kendi evinde" ikamet ettiği; kadınların yaklaşık %76'sı, erkeklerin ise yaklaşık %72'si ikametini "kendi evi" olarak tanımlamıştır (Bkz. Tablo 4.16).

Tablo 4.16 İkamet durumu.

	Kadın		Erkek	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
Kendi evi	184	76,67	115	71,90
Kendi evi değil	56	23,33	45	28,10
Toplam	240	100,00	160	100,00

Daha detaylı bir analiz, kendi evinde ikamet etmeyenlerin "kiracı", "diğer aile ferdinin evinde", "akrabasının evinde" ikamet ettikleri belirlenmiştir. Kadınlardan 6 kişinin, erkeklerde ise 5 kişinin evinin mülkiyet durumu hakkında bilgi edinilememiştir (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Oturduğu evin mülkiyeti.

	Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Kendi evi	180	76,3	113	71,5
Kiracı	34	14,4	27	17,1
Diğer aile ferdinin evi	16	6,8	7	4,4
Akrabasının evi	-	-	6	3,8
Veri yok	6	2,5	5	3,2
Toplam	236	100,0	158	100,0

Tablo 4.18 Hanehalkı.

	Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Yalnız	52	21,7	22	13,8
Eş/Partner	110	45,8	93	58,1
Çocuk(lar)	41	17,1	24	15,0
Diğer akraba	4	1,7	1	,6
Diğer kişi	6	2,5	3	1,9
Eş-Anne-Baba	2	,8	1	,6
Eş-Çocuklar	23	9,6	13	8,1
Çocuk-Torun	2	,8	3	1,9
Toplam	240	100,0	160	100,0

Bireylerin birlikte yaşadığı kişilerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kadınların (%45,8) ve erkeklerin (%58,1) çoğunun eş veya partnerleriyle yaşadığı ve yalnız yaşayan erkeklerin (22, %13,8) kadınlardan (52, %21,7) daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4.19 Cinsiyete göre eğitim düzeyi.

	Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
İlkokul	19	7,9	5	3,1
Ortaokul	31	12,9	13	8,1
Lise	93	38,8	60	37,5
Yüksekokul/Üniversite	97	40,5	82	51,3
Toplam	240	100,0	160	100,0

Tablo 4.19’da örneklemin çoğunun en az yüksekokul mezunu olduğu (kadınların %40,5; erkeklerin %51,3’i); toplam %11 katılımcının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Genel olarak eğitim seviyesi arttıkça katılımcı sayısı da artmaktadır. Eğitim durumu genellikle orta düzey eğitimde yoğunlaşmışken (197 kişi); eğitim durumu yükseldikçe erkekler lehine sonuçlar mevcuttur. Kadınların % 7,9’u ilkokul mezunu iken erkeklerin %3,1’si ilkokul mezunudur. (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.20 60+Tazelenme Üniversitesi'nde sınıfı.

	Kadın		Erkek	
	n	Yüzde	Sıklık	Yüzde
1. sınıf	80	33,33	53	33,13
2. sınıf	55	22,92	44	27,50
3. sınıf	52	21,67	34	21,25
4. sınıf	53	22,08	29	18,13
Toplam	240	100,00	160	100,00

Örneklemin, Tazelenme Üniversitesinde eğitim gördükleri sınıfa göre durumları incelendiğinde ise çalışmaya 1. sınıftan 133 kişi, daha sonra sırasıyla 2. sınıftan 99 kişi, 3. sınıftan 86 kişi ve 4. sınıftan 82 kişi olmak üzere katılan toplam 400 kişinin %60'ı (240) kadındır (Tablo 4.20).

Örnekleme dair sosyodemografik değişkenler sıklık ve yüzde ölçümleri yapılmadan önce ham verilerin ileri analizlere uygun hale gelmesi için, “3.8 veri analizi” bölümünde de belirtildiği üzere grup sayısı azaltılmıştır. Medeni durum partnerli ve partnersiz; eğitim durumu düşük, orta ve yüksek ve gelir durumu emekli ve diğer gelirli olarak belirlenmiştir. Grup sayısı azaltılan bu 3 sosyodemografik değişkenlerin yaş durumuna göre analizi yapılmıştır. Daha sonraki aşamada, cinsiyete göre bu üç değişkenin dağılımı incelenmiştir.

Yaşlı bireylere ait “yaş” değişkeninin indirgenen 3 sosyodemografik değişkene (Partnerlilik, emekli, olma ve eğitim düzeyi) ve cinsiyete göre parametrik olmayan dağılımı Mann-Whitney U veya Kruskal-Wallis testiyle incelenmiştir (Tablo 4.21). Kadınların, partnersiz olanların, emeklilerin yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre medyan yaşlar arasında anlamlı fark görülse de, yapılan post-hoc test sonuçlarında eğitim durumu düşük olanlarda medyan yaş 69,21; orta olanlarda 67,04, yüksek olanlarda ise 67,7 olduğu fakat gruplar arasında aslında anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,359$) saptanmıştır.

Tablo 4.21 Yaşa göre partneri olma, gelir ve eğitim durumunun incelenmesi.

	Yaş		U	Z	p
	n	Ort. sıra			
Kadın	240	185,89	15.693,50	-3,102	0,002*
Erkek	160	22,42			
Partnerli	236	188,76	16.394,00	-2,068	0,047*
Partnersiz	159	211,89			
Emekli	361	203,43	5980,50	-1,547	0,122
Diğer	39	173,35			
	Sıklık	Ort. sıra	χ^2	df	p
Düşük	24	238,04	7,368	2	0,025*
Orta	197	185,85			
Yüksek	179	211,59			

* $p \leq 0,001$ ** $p < 0,05$ **Tablo 4.22** Cinsiyete göre sosyodemografik verilerin incelenmesi.

	Kadın		Erkek		X^2	sd	p
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde			
Partneri var	105	43,8	132	81,9	58,754	1	<0,001***
Partneri yok	132	55,0	27	16,9			
Bilgi yok ^a	3	1,3	2	1,3			
Emekli	226	94,17	135	84,38	10,460	1	0,001**
Diğer	14	5,83	25	15,63			
Kendi evi	184	76,67	115	71,90	1,168	1	0,280
Kendi evi değil	56	23,33	45	28,10			
Yalnız yaşıyor	47	19,6	27	16,9	0,899	2	0,638
Eş veya partnerle	123	51,3	80	50,0			
Diğer kişilerle yaşıyor	70	29,2	53	33,1			
Düşük düzey eğitim	19	7,9	5	3,2	6,903	2	0,032*
Orta düzey eğitim	124	51,7	73	46,2			
Yüksek düzey eğitim	97	40,4	82	50,6			
1. sınıf	80	33,33	53	33,13	1,558	3	0,669
2. sınıf	55	22,92	44	27,50			
3. sınıf	52	21,67	34	21,25			
4. sınıf	53	22,08	29	18,13			
Toplam	240	100,0	160	100,0			

* $P < 0,05$ *** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ ^a "Bilgi yok" gözü ki-kare hesaplamasından ayrı tutulmuştur.

Örneklemin, cinsiyet değişkenine göre diğer sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi ise ki kare testi ile Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Oluşan yeni gruplar cinsiyet değişkeninin etkilerinin açıkça görülmesini sağlamıştır (Tablo 4.22).

Sosyodemografik değişkenler cinsiyete göre ki kare testi ile incelendiğinde, örnekleme özellikle *medeni durum, gelir kaynağı ve eğitim durumuna* göre istatistiksel açıdan farklılık görülmektedir. Kadınların %44'ünün ise erkeklerin nerdeyse %82'ünün partneri olduğu görülmüştür ($p<0,011$). Emekli olma durumu erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (0,001). Kadınların %5,8'ü, erkeklerin ise %15,6'sının geliri emeklilik dışı kaynaklardan gelmektedir. Eğitim duruma göre anlamlı çıkan ki kare testinin yapılan Bonferonni düzeltmesinde farklılığın düşük ve yüksek eğitilmiş kişilerin cinsiyete göre dağılımdan kaynaklandığı, düşük eğitimlilerde kadınların sayısının (19) beklenenden (14,4) daha fazla ($z=2$; $p=0,05$) yüksek eğitimlilerde ise erkek sayısının (82) beklenenden (71,6) daha fazla ($z=2,1$; $p=0,04$) olduğu bulunmuştur. Orta düzey eğitimde cinsiyete göre farklılık yoktur.

4.2 Genel Bulgular

Bu çalışmada, PET ve YDT teorileri iki ayrı bölümde sorulan anket sorularına verilen cevaplar analiz edilerek bulgular bölümünde özetlenmiştir. Genel bulgular bölümünde veri toplama formunun 2. bölümündeki Genel PET maddeleriyle (9 adet), 3. bölümündeki Genel YD maddelerinin (14 adet) incelemesi yapılmıştır.

Genel PET yapılarının (gPET) incelendiği bölümde 3 genel davranışsal tutum (gDT); 3 algılanan öznel norm (gÖN) ve 3 eylemin öznel kontrolü (gEK) yapılarını inceleyen toplamda 9 ordinal cevaplı sorulara verilen cevapların değerlendirildiği bölümdür. Genel YD bölümünün de ise (gYD) 2 adet zenginlik ve gelir (ZG1, ZG2), 2 adet maddi kapsam (MK1, MK2), 2 adet iletişim, işbirliği, faaliyet (iiF), 2 adet ÖD (öğrenme, deneyim), 2 adet YD5 (düzenleme, katılım), 2 adet OYD (özgürlük, yenilenme, değişim), ve 2 adet YBK (yardım, bakım, destek kapsamı) alt boyutlarını inceleyen toplam 14 soruya verilen cevaplar değerlendirilmiştir.

4.2.1 Genel PET

Genel PET (gPET), 3 boyutta ve 9 maddede incelenmiş ve gPET yapılarına ilişkin maddelerine verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.23'te gösterilmiştir. DT yapısına dair maddelere verilen cevaplar daha yüksek oranlar gösterirken (%94-98); en düşük oranlar EK maddelerindedir (%52-64).

Tablo 4.23 Genel PET maddelerine verilen olumlu cevaplar.

gDT1 Sağlıklı ve aktif kalmak “önemli”	%98,3
gDT2 Sağlık davranışı değişimi yaşam kalitesini “etkiler”	%94,8
gDT3 Sağlığı teşvik eden faaliyetler bedensel ve zihinsel sağlığı “etkiler”	%91,0
gÖN1 Aile/arkadaş çevresi sağlığına dikkat etmesini “bekliyor”	%82,0
gÖN2 Yakın çevresi sağlığını koruma çabalarını “destekliyor”	%74,7
gÖN3 Rol model olmak sağlığı korumada motivasyon “sağlar”	%76,0
gEK1 Sağlık davranışlarını uygulamayı sağlayan “kaynakları var”	%51,7
gEK2 Sağlık davranışlarını günlük yaşamına entegre edebileceğine “inanıyor”	%63,9
gEK3 Dış koşulların sağlık davranışlarına etki etmeyeceğine “inanıyor”	%61,9

Bireylerin sağlıklı ve aktif kalmak davranışsal tutumu en yüksek oranda gözlenirken; bireylerin %48’ü sağlık davranışlarını eyleme çevirmeye yönelik kaynakları kontrol edemeyeceğini bildirmiştir (Tablo 4.23).

Genel PET maddelerinin partneri olma durumuna göre incelenmesi

Genel PET yapılarına dair maddeler partner olma durumuna göre incelendiğinde (Tablo 4.24) özellikle ÖN boyutu maddelerinde istatistiksel anlamlı sonuçlar dikkat çekmektedir. Partneri olmayan örnek grubunun olmayanlara göre aile ve arkadaş çevreleri ($p=0,029$) ile yakın çevrelerinin ($p=0,029$) sağlıklarını koruması noktasında onları desteklediklerine inandıkları ve rol model olmanın kendilerini motive ettiğini ($p=0,007$) bildirmişlerdir. Yine partnersiz grup “sağlığı teşvik eden faaliyetlerin bedensel ve zihinsel sağlığı etkilerini değerlendirdiği” madde için daha olumlu ($p=0,043$) davranışsal tutum göstermiştir.

Sonraki tabloda dikkat çeken bir diğer önemli nokta partnerli grubun sadece sağlık ve aktif kalma tutumu (gDT1) ve dış koşulların sağlık davranışlarını etkileyemeyeceği (gEK3) maddelerinde küçük fark ile daha olumlu görüşler bildirmesidir.

Tablo 4.24 Partneri olma durumuna göre genel PET puanları.

		n	Ort. sıra	U	Z	p
gDT1	Partneri var	236	200,44			
	Partnersiz	158	193,10	17.949,000	-1,036	,300
	Toplam	394				
gDT2	Partneri var	236	191,56			
	Partnersiz	159	207,56	17.241,500	-1,695	,090
	Toplam	395				
gDT3	Partneri var	236	189,94			
	Partnersiz	159	209,96	16.861,000	-2,028	,043*
	Toplam	395				
gÖN1	Partneri var	236	188,60			
	Partnersiz	159	211,95	16.544,000	-2,189	,029*
	Toplam	395				
gÖN2	Partneri var	236	186,44			
	Partnersiz	159	215,15	16.035,000	-2,615	,009**
	Toplam	395				
gÖN3	Partneri var	236	185,95			
	Partnersiz	159	215,88	15.919,000	-2,719	,007**
	Toplam	395				
gEK1	Partneri var	236	196,45			
	Partnersiz	159	200,31	18.395,500	-,343	,732
	Toplam	395				
gEK2	Partneri var	236	195,10			
	Partnersiz	159	202,31	18.077,000	-,644	,520
	Toplam	395				
gEK3	Partneri var	236	202,47			
	Partnersiz	159	191,36	17.706,500	-,995	,320
	Toplam	395				
<i>* p < 0,05</i>		<i>** p < 0,01</i>		<i>*** p < 0,001</i>		

Yukarıdaki tabloda dikkat çeken bir diğer önemli nokta partnerli grubun sadece sağlık ve aktif kalma tutumu (gDT1) ve dış koşulların sağlık davranışlarını etkileyemeyeceği (gEK3) maddelerinde küçük fark ile daha olumlu görüşler bildirmesidir.

Genel PET yapılarının emekli olma durumuna göre incelenmesi

Emekli olma durumuna göre genel PET yapılarına dair maddeler incelendiğinde, genel olarak emeklilik geliri olanların diğer gelire sahip olanlara göre daha yüksek rakamlar bildirdiği (Tablo 4.25) görülmektedir.

Tablo 4.25 Emekli olma durumuna göre genel PET puanları.

		n	Ort. sıra	U	Z	p
gDT1	Emekli	360	203,60			
	Diğer	39	166,78	5724,500	-3,120	,002**
	Toplam	399				
gDT2	Emekli	361	202,26			
	Diğer	39	184,23	6405,000	-1,149	,251
	Toplam	400				
gDT3	Emekli	361	204,99			
	Diğer	39	158,95	5419,000	-2,804	,005**
	Toplam	400				
gÖN1	Emekli	361	206,41			
	Diğer	39	145,81	4906,500	-3,424	,001**
	Toplam	400				
gÖN2	Emekli	361	206,73			
	Diğer	39	142,82	4790,000	-3,502	<,001***
	Toplam	400				
gÖN3	Emekli	361	206,03			
	Diğer	39	149,33	5044,000	-3,100	,002**
	Toplam	400				
gEK1	Emekli	361	199,78			
	Diğer	39	207,18	6779,000	-,396	,692
	Toplam	400				
gEK2	Emekli	361	205,18			
	Diğer	39	157,21	5351,000	-2,575	,010*
	Toplam	400				
gEK3	Emekli	361	195,73			
	Diğer	39	244,64	5318,000	-2,633	,008**
	Toplam	400				

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

ÖN boyutu maddelerin hepsi istatistiksel anlamlı sonuçlar da dikkat çekmektedir. Geliri emekli maaşından gelenlerin başka kaynaklardan gelenlere göre daha fazla aile, arkadaş çevreleri ($p=0,001$) ile sosyal temaslar ve gruplarının ($p<0,001$) sağlıklarını koruması noktasında onları desteklediğini ve bu yönde beklentileri olduğunu ve rol model olmanın kendilerini motive ettiğini ($p=0,002$) bildirmişlerdir. DT maddelerinin tümünde yine emekli geliri olanlar diğerlerine göre daha yüksek olumlu görüş bildirirken bunlardan “sağlıklı ve aktif kalmak “önemli” ($p=0,002$) ve “sağlığı teşvik eden faaliyetler bedensel ve zihinsel sağlığı “etkilemediği” ($p=0,005$) maddeleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

emekliler lehinedir. Yine emekliler sağlık davranışlarını günlük yaşamına entegre edebileceğine ($p=0,010$) ve dış koşulların sağlık davranışlarına olan etkisini kontrol edebileceğine ($p= 0,008$) konusunda diğer gelire olanlardan daha olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Genel PET maddelerinin eğitim durumuna göre incelenmesi

Genel PET yapılarına dair maddeler eğitim durumuna göre incelendiğinde (Tablo 4.26) ise 9 maddeden 8’inde eğitim açısından istatistiksel farklılık gözlenmemiştir. Sadece “sağlık davranışlarını günlük yaşamına entegre edebilme eyleminin kontrolü” konusunda orta düzey eğitimi grubun düşük ve yüksek eğitimi gruba göre istatistiksel anlamda daha olumsuz görüş bildirdiği ve düşük eğitimiilerin en olumlu görüşlere sahip olduğu ($p=0,002$) görülmektedir. Genel olarak yüksek eğitimi grupta sağlık davranışları tutumları daha olumlu iken aynı grubun öznel norm algısı daha az olumludur. Düşük eğitimi grup ise daha ziyade öznel norm algısı maddelerinde daha olumlu yaklaşmıştır. Ancak, bu tespitler %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tablo 4.26 Eğitim durumuna göre genel PET ortalamasının karşılaştırılması.

		n	Ort. sıra	χ^2	sd	p
gDT1	Düşük	24	194,69	3,304	2	,192
	Orta	197	194,24			
	Yüksek	179	207,10			
gDT2	Düşük	24	188,06	,491	2	,782
	Orta	197	202,15			
	Yüksek	179	200,35			
gDT3	Düşük	24	192,31	,565	2	,754
	Orta	197	198,05			
	Yüksek	179	204,29			
gÖN1	Düşük	24	214,46	,718	2	,698
	Orta	197	202,27			
	Yüksek	179	196,68			
gÖN2	Düşük	24	224,19	1,551	2	,460
	Orta	197	202,04			
	Yüksek	179	195,63			
gÖN3	Düşük	24	245,50	4,463	2	,107
	Orta	197	199,04			
	Yüksek	179	196,08			
gEK1	Düşük	24	203,60	1,567	2	,457
	Orta	197	193,52			
	Yüksek	179	207,77			
gEK2	Düşük	24	243,63	12,338	2	,002**
	Orta	197	181,95			
	Yüksek	179	215,13			
gEK3	Düşük	24	201,63	,540	2	,764
	Orta	197	204,40			
	Yüksek	179	196,06			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ **4.2.2 Genel Yaşam Durumu**

Genel Yaşam Durumu (gYD), 7 boyutta ve 14 maddede incelenmiştir (Tablo 4.27): ZG (zenginlik ve gelir), MK(maddi kapsam), iiF (iletişim, işbirliği, faaliyet), ÖD (özgürlük ve değişim), YD5 (düzenleme, katılım), OYD (özgürlük, yenilenme, değişim), YBK (yardım, bakım bağımlılığı).

Madde yanıtlarının %33-77 arasında olumlu olduğu; özellikle “finansal birikim ve olanağına sahip olma” maddesinde en düşük; “yaşa bağlı değişikliklerin bireyleri

etkilediği” maddesinde en yüksek oranlar görülmüştür. Yine karar alabilen ve fikirlerini ifade edenler (%76,7) ile dinlenme için boş zamanı olduğunu bildirenlerin (%71,5) oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.27 Genel YD sorularına verilen olumlu cevaplar.

ZG1	Finansal güvenliği “var”	%40,6
ZG2	Finansal birikim veya olanağı “var”	%33,1
MK1	Hizmetlere “erişebiliyor”	%57,7
MK2	Hizmetlerden/altyapısından “memnun”	%43,6
İİF1	Sosyal iletişim/etkileşim “yeterli”	%68,4
İİF2	Başkalarıyla işbirliğine “evet”	%68,7
ÖD1	Gelişim fırsatları “var”	%53,9
ÖD2	İlgi alanları eğitim/meslek/sosyal hareketlilikten “etkilendi”	%56,7
YD51	Yaşam alanlarına katılım yeteneği “var”	%55,9
YD52	Karar alma ve fikirlerini ifade etme yeteneği “var”	%76,7
OYD1	Dinlenme, rahatlama için boş zaman “var”	%71,5
OYD2	Yaşa bağlı değişimler sağlığını ve bedenini “etkiledi”	%82,7
YBK1	Aileye ve yakın çevresine “güveniyor”	%51,6
YBK2	Yardıma/bakıma ihtiyacı olursa destekleneceğine “inanıyor”	%55,7

Genel olarak zenginlik ve gelir ile maddi kapsamında daha düşük oranlar olduğu ve daha yüksek oranların daha ziyade iletişim, işbirliği ve faaliyet boyutlarında bildirildiği görülmektedir.

Genel YD maddelerinin partneri olma durumuna göre incelenmesi

Genel YD maddelerinin partneri olma durumuna göre incelenmesinde (Tablo 4.28), 5 maddede istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür. Partneri olmayan grubun finansal birikim olanağına daha çok sahipken ($p=0,039$) ve daha iyi dinlenebildiği ve rahatladığı ve boş zaman aktivitelerini sürdürdüğü tespit edilmiştir. Ancak bölgedeki altyapı, sosyal ve sağlık hizmetlerinden daha az memnun oldukları ve kişisel gelişim/egitim/mesleki deneyim fırsatlarının daha az olduğu ($0,047$); bunun yanında ilgi alanlarının eğitim/meslek/ hareketliliğinden daha az etkilendiği ($p=0,024$) görülmüştür.

Tablo 4.28 Partneri olma durumuna göre genel YD puanları.

		N	Ort. sıra	U	Z	p
gZG1	Partneri var	236	192,63	17.495,500	-1,199	,231
	Partnersiz	159	205,97			
gZG2	Partneri var	236	188,62	16.547,500	-2,062	,039*
	Partnersiz	159	211,93			
gMK1	Partneri var	236	197,27	18.590,500	-,161	,872
	Partnersiz	159	199,08			
gMK2	Partneri var	236	207,75	16.461,000	-2,159	,031*
	Partnersiz	159	183,53			
gİİF1	Partneri var	236	193,62	17.729,000	-,973	,330
	Partnersiz	159	204,50			
gİİF2	Partneri var	236	197,58	18.664,000	-,093	,926
	Partnersiz	159	198,62			
gÖD1	Partneri var	236	207,01	16.635,500	-1,986	,047*
	Partnersiz	159	184,63			
gÖD2	Partneri var	236	187,78	16.349,000	-2,258	,024*
	Partnersiz	159	213,18			
gYD51	Partneri var	236	190,79	17.060,500	-1,596	,111
	Partnersiz	159	208,70			
gYD52	Partneri var	236	189,59	16.777,500	-1,898	,058
	Partnersiz	159	210,48			
gÖYD1	Partneri var	236	189,24	16.694,500	-1,973	,049*
	Partnersiz	159	211,00			
gÖYD2	Partneri var	236	204,28	17.279,500	-1,395	,163
	Partnersiz	159	188,68			
gYBK1	Partneri var	236	198,23	18.708,50	-,050	,960
	Partnersiz	159	197,66			
gYBK2	Partneri var	236	192,59	17.484,500	-1,185	,236
	Partnersiz	159	206,03			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

İletişim/ işbirliği/ faaliyet ile yardım ve bakım bağımlılığı boyutlarındaki hiçbir maddede partnerli olma durumuna göre önemli farklılık gözlenmemiştir.

Genel YD maddelerinin gelir durumuna göre incelenmesi

Genel YD maddelerinin gelir durumuna yani emeklilik veya diğer geliri olma durumuna göre incelenmesinde (Tablo 4.29), 4 maddede istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür. Emekli grubun hizmetler ve altyapıdan daha memnun olduğu ($p=0,002$); emeklilik dışı

geliri olan grubun ise yardım/ bakıma ihtiyacı olursa daha çok destekleneceğine inandığı (p=0,003); ilgi alanlarının eğitim/meslek/sosyal hareketlilikten daha çok etkilendiği (p=0,002), ayrıca fikrilerini daha çok ifade ettiği ve karar aldığı (p=0,030) görülmektedir. Emeklilik ve diğer geliri olan gruplar arasında ZG, iiF, OYD, yardım ve bakım boyutlarındaki hiçbir maddede gelir durumuna göre önemli farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 4.29 Emekli olma durumuna göre genel YD.

		N	Ort. sıra	U	Z	p
gZG1	Emekli	361	199,52	6687,000	-,541	,588
	Diğer	39	209,54			
gZG2	Emekli	361	188,62	5763,000	-1,929	,054
	Diğer	39	211,93			
gMK1	Emekli	361	197,27	6075,000	-1,469	,142
	Diğer	39	199,08			
gMK2	Emekli	361	207,75	4980,000	-3,135	,002**
	Diğer	39	183,53			
gİİF1	Emekli	361	193,62	6919,000	-,184	,854
	Diğer	39	204,50			
gİİF2	Emekli	361	197,58	6916,000	-,189	,850
	Diğer	39	198,62			
gOD1	Emekli	361	207,01	6348,500	-1,047	,295
	Diğer	39	184,63			
gOD2	Emekli	361	187,78	4969,500	-3,141	,002**
	Diğer	39	213,18			
gYD51	Emekli	361	190,79	6162,000	-1,334	,182
	Diğer	39	208,70			
gYD52	Emekli	361	189,59	5641,000	-2,170	,030*
	Diğer	39	210,48			
gOYD1	Emekli	361	189,24	6522,000	-,801	,423
	Diğer	39	211,00			
gOYD2	Emekli	361	204,28	6842,000	-,301	,763
	Diğer	39	188,68			
gYBK1	Emekli	361	198,23	6060,000	-1,483	,138
	Diğer	39	197,66			
gYBK2	Emekli	361	192,59	5095,500	-2,927	,003**
	Diğer	39	206,03			

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Genel YD maddelerinin eğitim durumuna göre incelenmesi

Genel YD maddeleri eğitim durumuna göre incelenmiştir (Tablo 4.30). Yüksek eğitilmişler daha fazla finansal birikimlerinin ($p=0,003$) ve güvenliğinin ($p=0,047$) olduğunu ve gelişim fırsatları ($p<0,001$) ve karar alma özgürlüğüne sahip olduklarını ($p=0,023$); düşük eğitilmişler hizmetler ve altyapıdan daha memnun olduğu ($p=0,001$) ifade etmiştir. Genel YD maddelerinin eğitim durumuna göre incelenmesinde; İİF, OYD, YBK boyutlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.30).

Genel YD maddeleri eğitim durumuna göre incelenmiştir (Tablo 4.30). Yüksek eğitilmişler daha fazla finansal birikimlerinin ($p=0,003$) ve güvenliğinin ($p=0,047$) olduğunu ve gelişim fırsatları ($p<0,001$) ve karar alma özgürlüğüne sahip olduklarını ($p=0,023$); düşük eğitilmişler hizmetler ve altyapıdan daha memnun olduğu ($p=0,001$) ifade etmiştir. Genel YD maddelerinin eğitim durumuna göre incelenmesinde; İİF, OYD, YBK boyutlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.30).

Tablo 4.30 Eğitim durumuna göre genel YD.

		N	Ort.Sıra	χ^2	df	p
gZG1	Düşük	24	207,46	6,137	2	,047*
	Orta	197	186,80			
	Yüksek	179	214,65			
gZG2	Düşük	24	186,02	11,443	2	,003**
	Orta	197	183,22			
	Yüksek	179	221,46			
gMK1	Düşük	24	189,58	3,257	2	,196
	Orta	197	191,76			
	Yüksek	179	211,58			
gMK2	Düşük	24	247,15	14,510	2	,001**
	Orta	197	180,32			
	Yüksek	179	216,45			
gİİF1	Düşük	24	192,94	,224	2	,894
	Orta	197	202,73			
	Yüksek	179	199,06			
gİİF2	Düşük	24	172,90	4,161	2	,125
	Orta	197	193,63			
	Yüksek	179	211,77			
gOD1	Düşük	24	192,73	15,301	2	<,001**
	Orta	197	179,69			
	Yüksek	179	224,44			
gOD2	Düşük	24	199,88	4,015	2	,134
	Orta	197	189,60			
	Yüksek	179	212,58			
gDK1	Düşük	24	204,98	3,042	2	,219
	Orta	197	190,77			
	Yüksek	179	210,60			
gDK2	Düşük	24	156,33	7,546	2	,023*
	Orta	197	193,58			
	Yüksek	179	214,04			
gOYD1	Düşük	24	168,31	4,240	2	,120
	Orta	197	194,97			
	Yüksek	179	210,90			
gOYD2	Düşük	24	235,71	4,198	2	,123
	Orta	197	205,13			
	Yüksek	179	190,68			
gYBK1	Düşük	24	210,73	,420	2	,811
	Orta	197	197,38			
	Yüksek	179	202,57			
gYBK2	Düşük	24	213,29	,403	2	,818
	Orta	197	198,23			
	Yüksek	179	201,28			

4.3 PET Yapıları

Bu bölümde veri toplama formunun 4 ve 5. bölümündeki PET yapılarına dair maddelerin analizi yapılacaktır. Yapısal düzeyde yapılan geçerlilik, güvenirlik analizlerinden sonra ilgili PET yapısı için belirleyici olduğu tespit edilen PET maddeleri bu bölümde medeni durum (partnerlilik), gelir durumu (emekli olma) ve eğitim durumu (eğitim düzeyi) bağımsız değişkenlerine göre nedensel analize alınmıştır. Bulgular (4.6.1) bölümünde ise boyutsal ilişkileri gösterilmiştir. PET yapıları maddelerinin yüzdesi ordinal cevap seçeneklerinden “4” ve “5” işaretleyenlerin kümülatif oranını ifade etmektedir.

4.3.1 Sağlıkla ilişkili Davranışsal Tutum

PET yapılarından DT maddelerine ilişkin cevaplar incelenmiş ve her soruya verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.31’de gösterilmiştir.

Tablo 4.31 DT sorularına verilen olumlu cevaplar.

DT1	Günlük fiziksel aktivite “önemli”	%74,4
DT2	Fiziksel aktivitelerin bedensel sağlık için “olumlu”	%83,9
DT3	Dengeli diyet “önemli”	%70,7
DT4	Dengeli diyet “sağlık için “olumlu”	%78,0
DT5	Rahatlamak/stres atmak için zaman “gerekli”	%86,2
DT6	Gevşeme egzersizleri bireysel refah için “olumlu”	%75,2
DT7	Uyku ve dinlenme sağlık için “önemli”	%95,3
DT8	Uyku, zihinsel berraklık ve enerji açısından “olumlu”	%95,3
DT9	Düzenli sağlık kontrolleri “önemli”	%83,9
DT10	Sağlık taramaları “önemli”	%88,7
DT11	İlaçların düzenli alınması “önemli”	%89,5
DT12	Tutarlı ilaç kullanımı sağlık için “olumlu”	%85,0
DT13	Sosyal ilişki/aktivite sağlık için “önemli”	%83,2
DT14	Sosyal iletişim duygusal sağlık için “önemli”	%83,9
DT15	Zihinsel yeteneklerin/bilişsel işlevlerin korunması “önemli”	%92,2
DT16	Beyin eğitimi/zihinsel stimülasyon bilişsel performans için “önemli”	%89,7
DT17	Alkol/sigara gibi zararlı maddelerden sakınmak “önemli”	%84,4
DT18	Alkolsüz/sigarasız bir yaşam sağlık için “olumlu”	%87,2
DT19	Doğa, temiz hava, güneş sağlık açısından “önemli”	%95,0
DT20	Doğa ve çevre sağlık için “olumlu”	%96,0

Bireylerin çoğunluğunun sağlıkla ilgili olumlu davranışsal tutum içinde oldukları; olumlu cevapların oranının %70 ile %99 arasında olduğu tespit edilmiştir. Dengeli diyet

konusunda en düşük tutum sergileyen örneklem grubu, en yüksek sağlık davranışı tutumlarını uyku (DT7, DT8) ve doğa (DT19, DT20) ile ilgili konularda bildirmiştir.

4.3.2 Sağlıkla ilişkili Öznel Norm Algısı

PET yapılarından ÖN boyutu maddelerine ilişkin cevaplar incelenmiş ve her soruya verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.32’de gösterilmiştir. ÖN19 maddesine katılımcıların %80’inden fazlası yanıt vermediğinde analizden dışlanmıştır. Bu nedenle bu madde çalışma genelinde analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 4.32 Genel ÖN sorularına verilen olumlu cevaplar.

ÖN1	Yakın aile üyeleriyle sağlık teşviki konusunda "aynı fikirde"	%71,4
ÖN2	Arkadaş ve tanıdıklarla sağlığını korumasını “bekler”	%69,7
ÖN3	Doktor/diğer sağlık hizmet sunucularla sağlık konusunda “aynı fikirde”	%70,5
ÖN4	Akranları fiziksel sağlığını korumasını “bekler”	%55,4
ÖN5	Aile ve arkadaşları sağlık bilincini “destekler”	%77,4
ÖN6	Sosyal çevresi sağlıklı yaşam çabasını "olumlu" değerlendirir	%72,6
ÖN7	Komşu/toplulukların sağlığını korumasını “bekler”	%53,2
ÖN8	Dini/manevi topluluklarıyla sağlık/esenlik konusunda “aynı fikirde”	%36,1
ÖN9	Toplum sağlığını korumasını “bekler”	%44,8
ÖN10	İş (eski) arkadaşları/meslektaşları sağlık konusunda aynı fikirde	%56,2
ÖN11	Tanınmış kişi ve rol modelleri, sağlık bilincini “destekler”	%59,1
ÖN12	Tıp camiası sağlıklı yaşam sürmesini “destekler”	%60,9
ÖN13	Destek sistemleri (aile/bakıcı) sağlığını korumasını “bekler”	%65,1
ÖN14	Doktorunun sağlığını korumasını “bekler”	%69,2
ÖN15	Çocuk, torunlarıyla sağlık teşviki konusunda "aynı fikirde"	%77,9
ÖN16	Atletik ve rekreasyonel grupları sağlık konusunda “aynı fikirde”	%55,6
ÖN17	Sağlık hizmet sağlayıcılar sağlığını korumasını “bekler”	%57,6
ÖN18	Sağlık ve bakım sigortası sağlığın korunmasını “destekler”	%52,2
ÖN20	Geçmiş öğretmen/öğretmenleri sağlığını korumasını “öğretti”	%59,8

Bireylerin sağlıkla toplumsal normları % 36 ila %78 arası oranlarda olumlu olarak algıladıkları; ancak DT boyutuyla karşılaştırıldığında daha düşük olumlu cevapların olduğu tespit edilmiştir. Özellikle sağlık ve esenlikle ilgili dini gruplarla pek aynı fikirde olmadıkları; yine toplumun onların sağlıklarına iyi bakmaları gerektiğine inanmadıkları görülmektedir. Diğer maddelerde %50’nin üstünde olumlu tutum görülmüştür. Özellikle daha yakın aile üyeleri, arkadaşları, çocuk ve torunlarıyla sağlıklı yaşam bilinci ve teşviki konusunda daha yakın görüşlerde olduklarını bildirmişlerdir.

4.3.3 Sağlıkla ilişkili Öznel Eylem Kontrolü

PET yapılarından öznel EK maddelerine ilişkin cevaplar incelenmiş ve olumlu görüşlerin yüzdesi Tablo 4.33'te gösterilmiştir. Bireylerin sağlıkla eylemlerinin bireysel kontrolü hakkındaki sorulara %54 ila %87 arası oranlarda olumlu cevaplar vermişlerdir. EK boyutu davranışsal boyuta göre daha düşük; ÖN boyutuna göre daha yüksek olumlu cevaplar görülmüştür. Yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğunda aile/ mahalle desteğine güvenebilecek olanların oranı (%54) ve düzenli aktiviteyi günlük rutine dahil edecek kaynakları olanların oranı (%55,5) en düşük iken; ilaçlarını alıp doktor önerisine uyanların oranı (%84,3) ile alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklara direnebileceklerin oranı (%86,1) en yüksektir.

Tablo 4.33 Genel EK sorularına verilen olumlu cevaplar.

EK1	Düzenli fiziksel aktiviteyi rutine dahil edebilir	%55,5
EK2	Yeme alışkanlıklarını kontrol altında tutar	%60,3
EK3	Rahatlamak ve stresten kurtulmak için yeterli zaman bulur	%64,5
EK4	Uyku alışkanlıklarını kontrol altında tutar	%66,3
EK5	Düzenli sağlık kontrolleri yaptırabilir	%65,8
EK6	İlaçlarını alabilir, doktor önerilerine uyabilir	%84,3
EK7	Sosyalleşme ve aktivitelere kontrollü katılabilir	%66,5
EK8	Aktif zihinsel yeteneklerini sürdürebilir	%78,8
EK9	Alkol, sigara gibi zararlı maddelere karşı direnebilir	%86,1
EK10	Sağlığı teşvik edici davranışlarla ilgili çevresinin kontrol edebilir	%66,8
EK11	Sağlıklı yemekler hazırlayabilir, diyetini sürdürebilir	%70,1
EK12	Sağlıkla ilgili kararlar alıp, uygulayabilir	%72,8
EK13	Sağlığı teşvik edici faaliyetlerle ilgili zamanını ve önceliklerini yönetebilir	%65,5
EK14	Rahatlama ve stres azaltmada yeteneklidir	%59,3
EK15	Fiziksel aktiviteleri, fiziksel yetenek ve sınırlarına uyarlayabilir	%59,8
EK16	Sağlık bilgi ve hizmetlerine erişebilir	%69,3
EK17	Doğa, temiz hava, güneş ışığından faydalanabilir	%82,3
EK18	Engellerle karşılaştığında sağlık hedeflerine yönelik stratejiler geliştirebilir	%61,8
EK19	Yeterli dinlenme/yenilenme için çevre ve alışkanlıklarını kontrol edebilir	%68,5
EK20	Yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğunda aile/mahalle desteğine güvenir	%54,3

4.3.4 Sağlıkla ilişkili Niyet ve Eylem

PET'in bağımlı değişken boyutunu temsil eden "eylem niyet (EN) maddeleri 10 adet niyet ve 10 adet son 3 aylık eylem bildiren maddelerden oluşmaktadır. Örneklem genel olarak

olumlu yönde eylem niyeti ve son üç aylık süre için olumlu davranış (eylem) göstermiştir (Tablo 4.34). Ancak son üç ayda dengeli diyet yapma (%37) ve rahatlama stres azaltma için düzenli zaman ayırma niyeti (%55,1) davranışı (%58) maddelerinde daha az olumlu cevaplar bildirilmiştir. En olumlu olanlar, doğa güneş ve temiz havadan faydalanma (%90), ilaç ve doktor talimatlarına uyma (%90), alkol ve sigara gibi zararlı maddelerden uzak durma (%83) maddeleridir. Her niyet maddesine dair eylem maddelerini genel olarak daha az olumludur. Diğer yandan, düzenli fiziksel aktivite ve rahatlama ve stres atmak için zaman ayırmaya yönelik eylem puanları niyet puanlarından daha yüksektir.

Tablo 4.34 EN sorularına verilen olumlu cevaplar.

Niyet 1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutinine entegre etmeye niyetli	%67,7
Eylem 1	Son 3 ayda yeterli ve düzenli fiziksel egzersiz yaptı	%74,4
Niyet 2	Dengeli bir diyet sürdürmeye niyetli	%60,2
Eylem 2	Son 3 ayda dengeli diyet yaptı	%36,9
Niyet 3	Düzenli rahatlama/ stres azaltma için zaman ayırmaya niyetli	%55,1
Eylem 3	Son 3 ayda rahatlama/ stres atma için gereken zamanı buldu	%58,1
Niyet 4	Uyku ve dinlenme için günlük zaman ayırmaya niyetli	%81,9
Eylem 4	Son 3 ayda yeterli uyku ve dinlenme yaptı	%78,9
Niyet 5	Düzenli kontrol/sağlık kontrolleri yaptırmaya niyetli	%75,4
Eylem5	Son 3 ayda kontrol/ sağlık kontrolleri için zaman ayırdı	%70,2
Niyet 6	İlaçlarını almaya ve doktor talimatlarına uymaya niyetli	%89,8
Eylem 6	Son 3 ayda ilaçlarını aldı ve doktor talimatlarına uydu	%80,4
Niyet 7	Sosyal temaslarını ve aktivitelerini sürdürmeye niyetli	%74,6
Eylem 7	Son 3 ayda sosyal temas ve aktivitelerini sürdürdü	%72,4
Niyet 8	Zihinsel/ bilişsel işlevlerini korumaya ve geliştirmeye niyetli	%80,4
Eylem 8	Son 3 ayda zihinsel/ bilişsel işlevleri için aktivite yaptı	%69,4
Niyet 9	Alkol ve sigara gibi maddelerden kaçınmaya niyetli	%83,2
Eylem 9	Son 3 ayda alkol, sigara gibi zararlı maddelerden kaçındı	%77,4
Niyet 10	Doğa/ güneş, temiz havadan faydalanmaya niyetli	%89,9
Eylem 10	Son 3 ayda doğa/ temiz hava ve güneşten faydalandı	%65,1

Özellikle doğa/güneş/temiz havadan faydalanma niyet puanına (%90) dair son 3 aylık eylem puanı (%65) ve dengeli diyet sürdürme niyetine (%60) dair eylem puanı (%36) düşüktür.

Partneri olma durumuna göre EN

Partneri olma durumuna göre sağlık eylem niyetleri incelenmiş ve sonuçlar Mann-Whitney U testiyle değerlendirilmiştir.

Tablo 4.35 Partneri olma durumuna sağlık EN.

		n	Ort. sıra	U	Z	p
EN1	Partnerli	236	193,51	17703,000	-1,001	,317
	Partnersiz	159	204,66			
EN2	Partnerli	236	191,03	17117,500	-1,570	,116
	Partnersiz	159	208,34			
EN3	Partnerli	236	191,81	17300,000	-1,364	,173
	Partnersiz	159	207,19			
EN4	Partnerli	236	181,04	14760,000	-3,680	<0,001**
	Partnersiz	159	223,17			
EN5	Partnerli	236	188,03	16409,500	-2,198	,028*
	Partnersiz	159	212,80			
EN6	Partnerli	236	188,29	16470,500	-2,127	,033*
	Partnersiz	159	212,41			
EN7	Partnerli	236	192,70	17511,000	-1,218	,223
	Partnersiz	159	205,87			
EN8	Partnerli	236	188,97	16631,500	-2,133	,033*
	Partnersiz	159	211,40			
EN9	Partnerli	236	202,49	17702,000	-1,013	,311
	Partnersiz	159	191,33			
EN10	Partnerli	236	199,44	18422,500	-,324	,746
	Partnersiz	159	195,86			
EN11	Partnerli	236	201,40	17960,500	-,850	,395
	Partnersiz	159	192,96			
EN12	Partnerli	236	199,56	18394,500	-,359	,720
	Partnersiz	159	195,69			
EN13	Partnerli	236	196,46	18399,000	-,346	,729
	Partnersiz	159	200,28			
EN14	Partnerli	236	194,85	18018,000	-,705	,481
	Partnersiz	159	202,68			
EN15	Partnerli	236	206,77	16692,500	-2,001	,045*
	Partnersiz	159	184,98			
EN16	Partnerli	236	195,93	18273,000	-,460	,645
	Partnersiz	159	201,08			
EN17	Partnerli	236	200,43	18187,500	-,647	,518
	Partnersiz	159	194,39			
EN18	Partnerli	236	195,62	18200,000)	-,602	,547
	Partnersiz	159	201,53			
EN19	Partnerli	236	199,47	18414,500	-,357	,721
	Partnersiz	159	195,81			
EN20	Partnerli	236	200,28	18223,500	-,530	,596
	Partnersiz	159	194,61			

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Özellikle partneri olanların, olmayanlara göre son 3 ayda daha fazla dengeli diyet (N4) uyguladıkları ($p<0,001$); ancak stresten uzaklaşmak ve rahatlamak ($p=0,028$,) ve uyku/dinlenmek için zaman ayırmadıkları ($p=0,033$) görülmektedir. Zihinsel yeteneklerini geliştirme konusunda partneri olanlar olmayanlara göre daha yüksek eylem niyeti ($p=0,045$) bildirmişlerdir (Tablo 4.35).

Emekli olma durumuna göre EN

Emekli olma durumuna göre sağlık davranışı yani EN incelendiğinde (Tablo 4.36), N17 (alkol ve sigaradan kaçınma niyeti) hariç EN maddelerinin tümünde emekli grup daha yüksek cevap değeri bildirmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olan EN maddeleri ise: düzenli fiziksel aktivite rutini oluşturma ($p<0,001$), son 3 ayda dengeli diyet uygulama ($p=0,019$), rahatlama/stres azaltma için zaman ayırma ($p=0,044$), yeterli günlük uyku/dinlenme süresi ayırma ($p=0,039$) ve son 3 ayda dinlenme/uyku süresi yaratmış olma ($p=0,016$), son 3 ayda düzenli sağlık kontrolü yaptırmış ($p=0,049$) ve doktor/ilaç kullanım talimatlarına uyma ($p=0,007$), doğa, güneş ve temiz havadan faydalanma niyeti ($p<0,001$) ve son 3 ayda doğa/güneş/ temiz havadan faydalanmış olma ($p<0,001$) maddelerinde gözlenmiştir.

Tablo 4.36 Emekli olma durumuna göre EN.

		n	Ort. sıra	U	Z	p*
EN1	Emekli	361	207,64	4463,500	-3,948	<,001*
	Diğer	39	134,45			
EN2	Emekli	361	202,71	6242,500	-1,234	,217
	Diğer	39	180,06			
EN3	Emekli	361	203,09	6105,000	-1,414	,157
	Diğer	39	176,54			
EN4	Emekli	361	204,86	5467,000	-2,346	,019*
	Diğer	39	160,18			
EN5	Emekli	361	204,18	5712,500	-2,012	,044*
	Diğer	39	166,47			
EN6	Emekli	361	205,20	5344,500	-2,553	,011*
	Diğer	39	157,04			
EN7	Emekli	361	204,12	5732,000	-2,065	,039*
	Diğer	39	166,97			
EN8	Emekli	361	204,60	5558,500	-2,403	,016*
	Diğer	39	162,53			
EN9	Emekli	361	202,85	6190,500	-1,315	,188
	Diğer	39	178,73			
EN10	Emekli	361	204,02	5768,000	-1,967	,049*
	Diğer	39	167,90			
EN11	Emekli	361	201,29	6243,000	-1,232	,218
	Diğer	39	193,19			
EN12	Emekli	361	205,18	5349,500	-2,682	,007**
	Diğer	39	157,17			
EN13	Emekli	361	202,71	6243,000	-1,232	,218
	Diğer	39	180,08			
EN14	Emekli	361	205,98	5062,000	-3,043	,002**
	Diğer	39	149,79			
EN15	Emekli	361	200,71	6962,000	-,122	,903
	Diğer	39	198,51			
EN16	Emekli	361	202,85	6191,500	-1,295	,195
	Diğer	39	178,76			
EN17	Emekli	361	200,11	6898,500	-,258	,797
	Diğer	39	204,12			
EN18	Emekli	361	202,61	6276,500	-1,327	,184
	Diğer	39	180,94			
EN19	Emekli	361	207,41	4543,500	-4,158	<,001***
	Diğer	39	136,50			
EN20	Emekli	361	209,00	3969,500	-4,890	<,001***
	Diğer	39	121,78			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Eğitim durumuna göre EN

Eğitim durumuna göre sağlık EN incelendiğinde ve sonuçlar ki kare testiyle değerlendirilmiştir (Tablo 4.37). Orta eğitim düzeyine sahip bireylerin düzenli fiziksel aktiviteyi rutine entegre etme ($p=0,040$) ve son 3 ayda fiziksel aktivite yapmış olma ($p=0,024$); dengeli diyet sürdürme ($p=0,027$); düzenli rahatlama ve stres azaltma ($p=0,014$) maddelerinde düşük puanlar sergiledikleri; düşük eğitimli grubun ise yeterli uyku/dinlenme süresi ayırma ($p=0,039$) ve doktor ve ilaç talimatlarına uyma ($p=0,018$) ile ilgili niyetlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanında zihinsel/bilişsel işlevlerini koruma/ sürdürme niyeti ($p=0,045$) ile son üç ayda yapılan bilişsel/zihinsel aktivite ($p=0,019$) durumu eğitim seviyesiyle doğru orantılı artış göstermiştir. Orta düzey eğitimlilerde doğada temiz hava/güneşten faydalanma oranı en düşükken ($p=0,029$) aynı konuda en yüksek eylem niyeti yüksek eğitimli gruptadır. Genel perspektiften, eğitim durumu düşük bireylerin daha fazla bedensel konularla; yüksek olan bireylerin ise zihinsel/ bilişsel konularla ilişkili eylem niyetleri daha yüksektir.

Tablo 4.37 Eğitim grubuna göre EN.

		n	Ort. sıra	X ² *	sd	p
EN1	Düşük	24	225,77	6,447	2	,040*
	Orta	197	186,68			
	Yüksek	179	212,32			
EN2	Düşük	24	234,94	7,482	2	,024*
	Orta	197	186,43			
	Yüksek	179	211,37			
EN3	Düşük	24	237,13	7,246	2	,027*
	Orta	197	186,56			
	Yüksek	179	210,93			
EN4	Düşük	24	199,85	,071	2	,813
	Orta	197	196,97			
	Yüksek	179	204,47			
EN5	Düşük	24	230,25	8,486	2	,014*
	Orta	197	184,50			
	Yüksek	179	214,12			
EN6	Düşük	24	206,38	6,508	2	,965
	Orta	197	199,94			
	Yüksek	179	200,33			
EN7	Düşük	24	249,17	,840	2	,039*
	Orta	197	203,14			
	Yüksek	179	191,06			
EN8	Düşük	24	206,75	2,419	2	,657
	Orta	197	204,52			
	Yüksek	179	195,24			

Tablo 4.37 (devamı) Eğitim grubuna göre EN.

EN9	Düşük	24	231,33	2,755	2	,298
	Orta	197	195,28			
	Yüksek	179	202,11			
EN10	Düşük	24	223,29	8,079	2	,252
	Orta	197	192,19			
	Yüksek	179	206,59			
EN11	Düşük	24	241,58	2,805	2	,018*
	Orta	197	206,96			
	Yüksek	179	187,88			
EN12	Düşük	24	232,83	2,479	2	,246
	Orta	197	201,90			
	Yüksek	179	194,63			
EN13	Düşük	24	199,92	4,597	2	,290
	Orta	197	192,11			
	Yüksek	179	209,82			
EN14	Düşük	24	173,63	6,190	2	,100
	Orta	197	192,79			
	Yüksek	179	212,58			
EN15	Düşük	24	182,90	7,898	2	,045*
	Orta	197	189,24			
	Yüksek	179	215,26			
EN16	Düşük	24	161,27	4,611	2	,019*
	Orta	197	191,28			
	Yüksek	179	215,91			
EN17	Düşük	24	170,21	2,900	2	,100
	Orta	197	208,60			
	Yüksek	179	195,65			
EN18	Düşük	24	168,85	4,933	2	,235
	Orta	197	200,52			
	Yüksek	179	204,72			
EN19	Düşük	24	200,54	7,103	2	,085
	Orta	197	189,45			
	Yüksek	179	212,66			
EN20	Düşük	24	195,77	7,103	2	,029*
	Orta	197	186,99			
	Yüksek	179	216,01			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4.4 Yaşam Durumu Boyutları

Yaşlıların yaşam durumları ayrıntılı olarak YDT'nin 7 alt boyutu incelenmiştir. YD1 (zenginlik ve gelir), YD2 (maddi manevra), YD3 (iletişim, işbirliği, faaliyet), YD4 (öğrenme deneyim), YD5 (düzenleme katılım), YD6 (öğrenme, yenilenme, değişim), YD7 (yardım, bakım, destek) kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevapların yüzdesi ile üç sosyodemografik değişkene (partnerli olma, gelir durumu ve eğitim durumuna göre)

göre YDT alt boyutlarında meydana gelen farklılıklar bağımsız değişkenlerdeki grup sayısına göre Mann-Whitney U veya Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiş; özet bilgilerin öne çıkarılması amacıyla %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar tablolarda gösterilmiştir. Ayrıca, her YDT maddesine verilen olumlu cevapların yüzdesi gösterilmiştir.

4.4.1 Zenginlik ve Gelir Kapsamı

Zenginlik ve gelir kapsamıyla (YD1) ilgili maddeleri ile ilgili sonuçlar incelenmiş ve sorulara verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.38’de gösterilmiştir. Genel olarak orta-düşük seviye olumlu cevaplar alınmış olup, finansal kısıt ve belirsizliklerden etkilenmeyen kişi sayısı %22,3’te kalmıştır. Bu boyutta en yüksek oran %59,6 ile finansal karar almak ve kaynakları yönetebilen yaşlı birey sayısında görülmüştür. Geri kalan maddelerdeki olumlu cevap oranı %50 altında kalmıştır.

Tablo 4.38 Zenginlik ve Gelir maddelerine verilen olumlu cevaplar.

YD1	Zenginlik ve Gelir	%
YD1a	Finansal istikrarı ve güvenliği var	40,60
YD1b	Finansal ihtiyaç/ yükümlülüklerini yerine getirir	44,10
YD1c	Mevcut gelir ve varlıklarından memnun	31,30
YD1d	Rezerv biriktirebilir, öngörülemez harcamaları karşılayabilir	29,30
YD1e	Finansal olarak güvende ve bağımsız	39,10
YD1f	Yaşam tarzı ve ihtiyaçları için yeterli hareket alanı var	40,90
YD1g	Finansal kaynaklarını ilgi alanları ve öncelikleri için kullanabilir	41,10
YD1h	Finansal kararlar almak ve kaynakları etkin olarak yetkilidir	59,60
YD1i	Finansal kısıtlama/ belirsizliklerden etkilenmez	22,30
YD1j	Mevcut finansal hareket alanından/ durumundan memnun	28,60

Zenginlik ve gelir kapsamında, yaşlı bireylerin partnerinin olması ve gelir durumu boyutlarında iki maddede anlamlı farklılık gösterirken; eğitim durumunda 10 maddenin tümünde farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 4.39).

Partnersiz grup, finansal kararlar almak ve yönetmek konusunda ($p<0,001$), partnerli grup ise finansal kısıtlama ve belirsizliklerden etkilenme konusunda ($p=0,006$) daha yüksek cevap değeri bildirmiştir. Emeklilik geliri olan grup ise, diğer gelir kaynakları olanlara

göre finansal olarak daha güvende olup ($p=0,041$); finansal belirsizliklerden daha az ($p=0,016$) etkilenmektedir.

Tablo 4.39 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre zenginlik ve gelir boyutu.

Partnerlilik		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD1h	Partnerli	236	178,65	14196,00	-4,258	,<001*
	Partnersiz	159	226,72			
YD1i	Partnerli	236	210,56	15797,00	-2,745	,006*
	Partnersiz	159	179,35			
Gelir durumu		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD1e	Emekli	361	204,26	5682,00	-2,039	,041*
	Diğer	39	165,69			
YD1i	Emekli	361	196,06	5437,00	-2,407	,016*
	Diğer	39	241,59			
Eğitim durumu		n	Ort. sıra	X ² *	df	p*
YD1a	Düşük	24	216,98	12,782	2	,002**
	Orta	197	180,51			
	Yüksek	170	220,29			
YD1b	Düşük	24	208,48	6,949	2	,031*
	Orta	197	186,02			
	Yüksek	170	215,37			
YD1c	Düşük	24	192,75	11,654	2	,003**
	Orta	197	182,30			
	Yüksek	170	221,56			
YD1d	Düşük	24	169,00	14,027	2	,001**
	Orta	197	183,62			
	Yüksek	170	223,30			
YD1e	Düşük	24	186,06	6,000	2	,050*
	Orta	197	188,39			
	Yüksek	170	215,76			
YD1f	Düşük	24	163,46	10,104	2	,006**
	Orta	197	188,13			
	Yüksek	170	219,08			
YD1g	Düşük	24	158,25	21,870	2	<,000***
	Orta	197	180,04			
	Yüksek	170	228,68			
YD1h	Düşük	24	143,73	10,892	2	,004**
	Orta	197	192,81			
	Yüksek	170	216,58			
YD1i	Düşük	24	173,56	7,266	2	,026*
	Orta	197	215,50			
	Yüksek	170	187,61			
YD1j	Düşük	24	171,90	6,365	2	,041*
	Orta	197	190,38			
	Yüksek	170	215,47			

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Eğitim durumuna göre zenginlik ve gelir kapsamı her madde boyutunda farklılık göstermiştir. Eğitim durumu yüksek grup, finansal kısıtlamalardan etkilenmeme maddesi (YD1i) dışında her madde boyutunda yüksek cevap değerleri bildirmiştir. Finansal belirsizliklerden en az etkilenen yüksek eğitilmiş grup iken; en az etkilenen grup ise orta düzey eğitilmiş yaşlı bireyler olmuştur.

4.4.2 Maddi Kapsam

Genel olarak orta-düşük seviye olumlu cevaplar alınmış olup, sağlık ve sosyal kaynaklardan haberdar olan yaşlı sayısı %34,6'dır. Bu boyutta katılımcıların yarısından fazlası barınma ve yaşam koşullarından (%56,9), bölgedeki eğitim kurumlarından (%51,6), sağlık (%52,6) ve yerel (%50,4) hizmet/olanaklara erişim ve kaliteden memnundur; çevresine entegre ve dahildir (%50,6). Diğer maddelerdeki olumlu cevap oranı %50'nin altında kalmıştır.

Tablo 4.40 Maddi manevra maddelerine verilen olumlu cevaplar.

YD2	Maddi manevra	%
YD2a	Barınma durumundan/ yaşam koşullarından memnun	56,90
YD2b	Bölgedeki eğitim kurumlarından memnun	51,60
YD2c	Bölgedeki sağlık hizmetlerine erişim/ kaliteden memnun	52,60
YD2d	Sosyal/sağlık altyapı/ hizmetlerinden beslenir	45,60
YD2e	İhtiyaçlarını karşılayan yerel hizmet ve olanaklara yeterince erişir	50,40
YD2f	Boş zaman etkinlikleri/sosyal etkileşim fırsatlarından memnun	45,40
YD2g	Kültür ve eğlence mekanlarından memnun	40,60
YD2h	Yerel ulaşım ve önemli tesislere erişimden memnun	44,90
YD2i	Sosyal /sağlık hizmet ve yerel kaynaklar hakkında bilgilendirilir	34,60
YD2j	Çevreye dahil ve entegre	50,60

Maddi manevra kapsamında yaşlı bireylerin; partnerli olma, emekli olma ve eğitime göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (Tablo 4.41). Bu farklılıklar emekli olma durumuna göre her maddede gözlenirken; “bölgesindeki kültür ve eğlence mekanları kendisine iyi bakması” ve “yerel ulaşım ve önemli tesislere erişimden memnun olması” maddelerinde partnersiz olma lehine yüksek değerler gözlenmiştir. Emekliler maddi kapsam maddelerinde daha olumlu sonuçlar bildirmiştir. Eğitim durumuna göre maddi kapsam maddelerindeki farklılık incelendiğinde ise, düşük eğitilmiş grubun bölgedeki eğitim kurumlarından ($p=0,033$), yerel ulaşım ve önemli tesislere erişimden daha memnun

olduğu ($p=0,006$) ve sosyal ve sağlık hizmetler ve yerel kaynaklarla ilgili daha iyi bilgilendirildiği ($p=0,037$) görülmektedir. Bu boyutta en düşük puanlar orta eğitilmiş gruptadır.

Tablo 4.41 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre maddi manevra boyutu.

Partnerlilik		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD2g	Partnerli	236	186,30	16000,000	-2,569	,010*
	Partnersiz	159	215,37			
YD2h	Partnerli	236	187,01	16169,000	-2,427	,015*
	Partnersiz	159	214,31			
Gelir durumu		n	Puan	U	Z	p
YD2a	Emekli	361	204,49	5597,500	-2,178	,029*
	Diğer	39	163,53			
YD2b	Emekli	361	205,89	5093,500	-2,943	,003**
	Diğer	39	150,60			
YD2c	Emekli	361	205,36	5284,500	-2,653	,008**
	Diğer	39	155,50			
YD2d	Emekli	361	205,07	5389,000	-2,506	,012*
	Diğer	39	158,18			
YD2e	Emekli	361	203,99	5779,000	-1,922	,055*
	Diğer	39	168,18			
YD2f	Emekli	361	206,93	4717,000	-3,510	<,000***
	Diğer	39	140,95			
YD2g	Emekli	361	205,66	5175,000	-2,812	,005*
	Diğer	39	152,69			
YD2h	Emekli	361	205,01	5411,500	-2,473	,013*
	Diğer	39	158,76			
YD2i	Emekli	361	206,22	4975,500	-3,145	,002**
	Diğer	39	147,58			
YD2j	Emekli	361	205,12	5370,000	-2,549	,011*
	Diğer	39	157,69			
Eğitim durumu		n	Ort. sıra	X ² *	df	p*
YD2b	Düşük	24	247,65	7,253	2	,027*
	Orta	197	188,52			
	Yüksek	170	207,37			
YD2d	Düşük	24	247,48	6,808	2	,033*
	Orta	197	189,35			
	Yüksek	170	206,48			
YD2h	Düşük	24	269,38	10,241	2	,006**
	Orta	197	192,63			
	Yüksek	170	199,93			
YD2i	Düşük	24	250,73	6,601	2	,037*
	Orta	197	191,01			
	Yüksek	170	204,21			

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

4.4.3 İletişim, İşbirliği ve Faaliyet Kapsamı

İletişim, işbirliği, faaliyet kapsamındaki (YD3) maddeleri ile ilgili sonuçlar incelenmiş, sorulara verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.42’de gösterilmiştir. Bölgedeki destek ağlarından (%40,9) ile gönüllü çalışma ve topluma katılım fırsatlarında memnun olanlar (%46,6) dışında tüm yaşlıların %50’sinden fazlası olumlu görüş bildirmiştir. En yüksek oran iletişim seçenekleri ve teknolojilerinden memnun olma (%64,2) maddesindedir..

Tablo 4.42 İletişim, işbirliği, faaliyet kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.

YD3	İletişim, işbirliği, faaliyet	%
YD3a	İletişim seçenekleri/teknolojilerinden memnun	64,20
YD3b	Sosyal temaslar kurup sürdürebilir	58,60
YD3c	Diğer insanlarla etkileşim kurma/ iş birliği yapma fırsatlarından memnun	61,20
YD3d	Topluluğuna bağlı ve aktif hisseder	60,40
YD3e	Mesleki faaliyetler dışında hobi/ ilgi alanlarını takip eder	58,10
YD3f	Gönüllü çalışma/ topluma katılım fırsatlarından memnun	46,60
YD3g	Kültürel/sosyal faaliyetlere yeterince katılabilir	56,90
YD3h	Bölgedeki destek ağları ve toplum yapılarından memnun	40,90
YD3i	Grup/ organizasyonlara yeterince katılır/ işbirliği yapar	55,40

İletişim, işbirliği, faaliyet kapsamında yaşlı bireylerin; partnerli olma ve eğitime göre gruplar arasında bir farklılık gözlenmemiş; ancak emekli olanların olmayanlara göre bölgedeki destek ağları ve toplum yapısından daha memnun olduğu ve daha fazla grup ya da organizasyonlara yeterince katılım işbirliği yaptığı görülmüştür (Tablo 4.43).

Tablo 4.43 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre iletişim, işbirliği, faaliyet kapsamı

Emekli olma	n	Ort. sıra	U	Z	p
YD3h Emekli	361	206,13	5008,50	-3,102	0,002**
YD3h Diğer	39	148,42			
YD3i Emekli	361	204,05	5756,50	-1,957	0,050*
YD3i Diğer	39	167,60			

* $p \leq 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

4.4.4 Öğrenme ve Deneyim Kapsamı

Öğrenme ve deneyim kapsamındaki (YD4) maddeleri ile ilgili sonuçlar incelenmiş, sorulara verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.44’te gösterilmiştir. %57’sinden fazlası topluma katılım için çevrelerinden yeterli ilham almadıklarını ve kişisel anlamda tatmin olmadıklarını bildirmişlerdir. Bunun yanında, bu kapsamda en yüksek olumlu

yanıtlar yeni bilgi edinme konusunda kendilerini yetenekli görme (%72,9) ve yaşam boyu öğrenme kişisel gelişim fırsatlarından memnun olma (%63,7) noktasında gelmiştir.

Tablo 4.44 Öğrenme, deneyim kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.

YD4	Öğrenme, deneyim kapsamı	%
YD4a	Kişisel gelişim/ yaşam boyu öğrenme fırsatlarından memnun	63,70
YD4b	Yeni bilgi edinme konusunda yeterince yetenekli	72,90
YD4c	Bölgedeki eğitim/ öğrenim olanaklarından memnun	60,20
YD4d	Mesleki/kişisel gelişimde yeterince desteklenir	56,60
YD4e	Yaşamının mevcut evresinde ilgi alanları/ eğilimlerini yaşayabilir	57,90
YD4f	Profesyonel/gönüllü çalışma fırsatlarından memnun	45,10
YD4g	Yeni deneyimler yaratıp, kişisel çıkarlarını takip edebilir	52,10
YD4h	Hareketlilik/mekânsal değişim seçeneklerinden memnun	51,60
YD4i	Çevreden yeterince ilham alır/ uyarılır	42,90
YD4j	Mevcut yaşam/çevresinden kişisel tatmini vardır	47,10

Öğrenme ve deneyim kapsamında, yaşlı bireylerin; partnerli olma, emekli olma ve eğitime göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gözlenmiştir (Tablo 4.45). Partneri olanların olmayanlara göre çevrelerinden daha çok ($p=0,010$) ilham aldıkları ve topluma katılım konusunda uyarıldıkları gözlenmiştir. Yine emekli olanlar olmayanlara göre öğrenme ve deneyim kapsamında daha yüksek puanlar almışlardır.

Emekliler kişisel gelişim ve öğrenme fırsatlarından ($p=0,029$) bölgedeki eğitim/öğrenim olanaklarından ($p=0,028$) daha memnun olup; mesleki ve kişisel gelişim konusunda daha çok desteklendiklerini ($p=0,032$), ilgi alanlarını ve deneyimlerini daha iyi yaşadıklarını ($p=0,016$); daha iyi yeni deneyimlere yaratabildikleri ve kişisel çıkarlarını takip edebildiklerini ($p=0,008$); ayrıca çevrelerinden daha çok ilham alıp daha çok kişisel tatmin yaşadıklarını ($p=0,007$) bildirmişlerdir.

Eğitim durumu düşük olan yaşlılar, kişisel gelişim ve öğrenme fırsatlarından daha memnun iken ($p<0,001$); yüksek eğitimliler yeni bilgileri öğrenmede daha yetenekli ($p=0,006$) ve bölgedeki eğitim/ öğrenme fırsatlarından daha ($p=0,001$) memnundur. Yüksek eğitimli yaşlılar ayrıca, mesleki/ kişisel gelişimde daha çok destek almakta ($p=0,005$), kendi eğilimleri ve ilgi alanlarını daha iyi ($p=0,021$) takip edebilmekte, yeni deneyimler ($p=0,042$) yaratabilmektedir.

Tablo 4.45 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre öğrenme ve deneyim kapsamı.

Partnerlilik		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD4i	Partnerli	236	186,30	-2,576	16001,000	,010*
	Partnersiz	159	215,36			
Emekli olma		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD4a	Emekli	361	204,44	5616,50	-2,179	,029*
	Diğer	39	164,01			
YD4c	Emekli	361	204,49	5600,500	-2,193	,028*
	Diğer	39	163,60			
YD4d	Emekli	361	204,40	5630,000	-2,143	,032*
	Diğer	39	164,36			
YD4e	Emekli	361	204,85	5467,500	-2,417	,016*
	Diğer	39	160,19			
YD4g	Emekli	361	205,35	5288,500	-2,670	,008*
	Diğer	39	155,60			
YD4i	Emekli	361	205,48	5241,500	-2,721	,007**
	Diğer	39	154,40			
YD4j	Emekli	361	205,38	5278,000	-2,701	,007**
	Diğer	39	155,33			
Eğitim		n	Ort. sıra	X ² *	df	p*
YD4a	Düşük	24	273,35	17,499	2	<,001***
	Orta	197	182,25			
	Yüksek	170	210,82			
YD4b	Düşük	24	199,56	10,268	2	,006**
	Orta	197	183,38			
	Yüksek	170	219,47			
YD4c	Düşük	24	240,96	14,692	2	,001**
	Orta	197	179,66			
	Yüksek	170	218,01			
YD4d	Düşük	24	192,52	10,416	2	,005**
	Orta	197	183,53			
	Yüksek	170	220,24			
YD4e	Düşük	24	170,06	7,742	2	,021*
	Orta	197	189,49			
	Yüksek	170	216,70			
YD4g	Düşük	24	175,25	6,352	2	,042*
	Orta	197	189,94			
	Yüksek	170	215,51			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4.4.5 Düzenleme ve Katılım Kapsamı

Düzenleme ve katılım kapsamındaki (YD5) maddeleri ile ilgili cevapların yüzdesi Tablo 4.46'da gösterilmiştir. En yüksek puana kişisel değer ve inançlarını hayatlarına uyarlayabilme maddesinde (%63) ulaşan yaşlılar, düzenleme ve katılım boyunda en düşük puanları ilgi alanlarını ve endişelerini kamuoyunda paylaşabilme (%41,4), çevresel değişimleri şekillendirebilme (%45,4), sosyopolitik faaliyetlere (%46,6) ve farklı grup/

organizasyonlara katılım (%47,7) ve topluma katılım fırsatlarından memnun olma (%49,9) maddelerinden almışlardır.

Tablo 4.46 Düzenleme, katılım kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.

YD5	Düzenleme ve katılım	%
YD5a	Topluluğa katılma/ katkı verme fırsatlarından memnun	54,60
YD5b	Fikrini ifade edebilir/ çıkarlarını temsil edebilir	60,70
YD5c	Çevredeki karar alma süreçlerine katılma fırsatlarını bilir	52,60
YD5d	Kişisel değer/ inançlarını hayatına uygulayabilir	63,00
YD5e	Sosyopolitik faaliyetlere katılma fırsatlarından memnun	46,60
YD5f	Farklı organizasyon/gruplara katılabilir	47,10
YD5g	Topluluk/ topluma katılma fırsatlarından memnun	49,90
YD5h	Çevresel değişimleri aktif olarak şekillendirir	45,40
YD5i	İlgi alanlarını/endişelerini kamuoyunda temsil edebilir	41,40
YD5j	Ortak iyiliğe katkıda bulunabilir/ etrafındakileri olumlu etkileyebilir	59,10

Düzenleme ve katılım kapsamında eğitime düzeyine göre yaşlı bireyler arasında fark gözlenmemiştir. Partnerli olma ve emekli olma durumuna göre 5 maddede istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gözlenmiştir. Partnersiz grubun, partneri olanlara göre daha farklı organizasyon ve gruplara katılabildikleri ve topluluklarına ve topluma katılım fırsatlarından memnun oldukları görülmektedir (Tablo 4.47).

Tablo 4.47 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre düzenleme ve katılım kapsamı.

Partnerlilik	n	Ort. sıra	U	Z	p
YD5f Partnerli	236	182,75	15164,000	-3,357	,001***
Partnersiz	159	220,63			
YD5g Partnerli	236	188,95	16626,000	-2,00	,045*
Partnersiz	159	211,43			
Emekli olma	n	Ort. sıra	U	Z	p
YD5e Emekli	361	204,10	5741,000	-1,982	,047*
Diğer	39	167,21			
YD5g Emekli	361	204,69	5526,500	-2,301	,021*
Diğer	39	161,71			
YD5h Emekli	361	206,01	5049,500	-3,023	,003**
Diğer	39	149,47			

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Emekli olanlar ise, daha çevresel değişimleri daha iyi şekillendirmekte ($p=0,003$), sosyopolitik faaliyetlere ($p=0,047$), topluluk/topluma katılma fırsatlarından daha memnun ($P=0,021$) daha memnundurlar.

4.4.6 Özgürlük, Yenilenme ve Değişim Kapsamı

Özgürlük, yenilenme ve değişim kapsamındaki (YD6) maddeleri ile ilgili sonuçlar incelenmiş ve sorulara verilen olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.48’te gösterilmiştir. Tüm maddelerde yaşlı bireyler, %50’nin üstüne olumlu görüş bildirmiştir. En düşük olumlu cevaplar günlük yaşamda rahatlama/ rekreasyon olanaklarından ve rejeneratif boş zaman aktivitesi yapma fırsatlarından (%53,4) memnun olma maddelerinde görülmüştür.

Tablo 4.48 Özgürlük, yenilenme, değişim kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.

YD6	Özgürlük, Yenilenme, Değişim	%
YD6a	Günlük hayatta rahatlama/rekreasyon olanaklarından memnun	53,40
YD6b	Kendine zaman ayırabilir	59,90
YD6c	Rejeneratif boş zaman aktivite fırsatlarından memnun	53,40
YD6d	Kendi dinlenme ve rekreasyon ihtiyaçlarını karşılayabilir	56,90
YD6e	Stres yönetimi/ zihinsel sağlığını geliştirme yeteneğinden memnun	61,20
YD6f	Boş zamanlarını/ yenilenme süreçlerini yönetebilir	61,60
YD6g	Fiziksel ve zihinsel sağlığını geliştirme seçeneklerinden memnun	65,70
YD6h	Kişisel bakım/ refahıyla yeterince ilgilenilebilir	64,70
YD6i	Öz bakım/ canlılığını koruma seçeneklerinden memnun	62,40
YD6j	Boş zaman/yenilenme ihtiyaçlarını önceliklendirip ve uygulayabilir	59,60

Bu boyutta en yüksek puan ise %65,7 ile fiziksel/ zihinsel sağlıklarını geliştirme seçeneklerinden memnun olma maddesinden gelmiştir. Özgürlük, yenilenme ve değişim kapsamında yaşlı bireylerin; partnerli olma, emekli olma ve eğitime göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Partnersiz grup kendi için daha çok zaman ayırabilmekte ($p<0,001$), rejeneratif boş zaman aktivite fırsatlarından ($p=0,004$) daha memnun, kendi dinlenme ve rekreasyonlarını daha iyi ($p=0,017$) karşılayabilmektedir. Kişisel bakım ve refahlarıyla daha iyi ilgilenme fırsatı bulan ($p=0,011$) partnersizler, boş zamanlarını daha iyi önceliklendirmekte ($p=0,002$) boş zamanlarını ve yenilenme süreçlerini daha iyi ($p=0,034$) yönetebilmektedirler. Yine emekliler günlük yaşamda rahatlama/ rekreasyon olanaklarından ($p=0,031$) ve rejeneratif boş zaman aktivitesi yapma fırsatlarından ($p=0,043$) daha memnun olup; boş zaman ve yenilenme ihtiyaçlarını daha iyi ($p=0,002$) yönetmektedirler (Tablo 4.49). Yüksek eğitimli yaşlılar da günlük yaşamda rahatlama/ rekreasyon olanaklarından ($p=0,05$), stres yönetimi ve zihinsel sağlıklarını geliştirme seçeneklerinden ($p=0,007$) daha memnundur.

Tablo 4.49 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre özgürlük, yenilenme, değişim kapsamı.

Partnerlilik	n	Ort. sıra	U	Z	p
YD6b Partnerli	236	182,07	15003,000	-3,577	<,001**
Partnersiz	159	221,64			
YD6c Partnerli	236	184,94	15681,000	-2,911	,004**
Partnersiz	159	217,38			
YD6d Partnerli	236	187,26	16228,000	-2,390	,017*
Partnersiz	159	213,94			
YD6f Partnerli	236	187,98	16445,000	-2,115	,034*
Partnersiz	159	211,57			
YD6h Partnerli	236	186,52	16053,000	-2,551	,011*
Partnersiz	159	215,04			
YD6j Partnerli	236	184,45	15564,500	-3,030	,002**
Partnersiz	159	218,11			
Emekli olma	n	Ort. sıra	U	Z	p
YD6a Emekli	361	204,41	5629,000	-2,159	,031*
Diğer	39	164,33			
YD6c Emekli	361	204,16	5717,000	-2,027	,043*
Diğer	39	166,59			
YD6j Emekli	361	205,95	5071,000	-3,027	,002**
Diğer	39	150,03			
Eğitim	n	Ort. sıra	X ² *	df	p
YD6a Düşük	24	204,48	6,006	2	,050*
Orta	197	187,02			
Yüksek	170	214,81			
YD6e Düşük	24	196,98	9,889	2	,007**
Orta	197	183,60			
Yüksek	170	219,58			

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4.4.7 Yardım ve Bakım Kapsamı

Sonuncu YDT boyutunda yer alan yardım ve bakım (sosyal ağ) kapsamındaki (YD7) maddeler ile ilgili sonuçlar incelenmiş ve olumlu cevapların yüzdesi Tablo 4.50’de gösterilmiştir. Yaşlıların yarısından fazlasının (%58,6) yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğundan aile çevresinin desteğine güvendiği görülmektedir. Diğer tüm maddelerde yaşlıların çoğu olumlu cevaplar vermemiştir. Yaşlıların sadece %27,8’i komşularından destek alabileceğini ve %33,1’i yardım ve bakım hizmetlerini finanse edebileceğini bildirmiştir. Yardım ve bakım konusunda mevcut destek kaynaklarından (%38,1) ve kendi kaderini belirleyeceği tekliflerden (%37,6) memnun olanlar ile bu destek ve hizmetleri tanımlayabilenlerin oranları oldukça düşük (37,3) olması dikkat çekicidir.

Tablo 4.50 Yardım, bakım, destek kapsamındaki maddelere verilen olumlu cevaplar.

YD7	Yardım, Bakım, Destek	%
YD7a	Yardım/ bakım bağımlılığında, mevcut destek kaynaklarından memnun	38,10
YD7b	Yardıma ihtiyacında, aile çevresinin desteğine güvenir	58,60
YD7c	Mevcut ayakta bakım hizmet ve destek seçeneklerinden memnun	44,60
YD7d	İhtiyaç olursa, profesyonel yardım ve bakıma erişebilir	41,60
YD7e	Bağımsız/kendi kaderini belirleyeceği teklif/hizmetlerden memnun	37,60
YD7f	Yardıma ihtiyacında, komşularının desteğine güvenir	27,80
YD7g	Yaşam ortamındaki bakım/ olanaklardan memnun	39,30
YD7h	İhtiyaç duyduğu destek/hizmetleri tanımlayıp kullanabilir	37,30
YD7i	İhtiyaç olursa, yardım ve bakım hizmetlerini finanse edebilir	33,10
YD7j	Yardım/bakım ihtiyacında, sosyal ağa/profesyonel yardıma güvenir	36,30

Yardım ve bakım kapsamında yaşlı bireylerin; partnerli olma, emekli olma durumuna göre anlamlı farklılık var iken, eğitim durumuna göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.51).

Tablo 4.51 Partnerli olma, emekli olma, eğitime göre yardım, bakım, destek kapsamı.

Partnerlilik		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD7b	Partnerli	236	207,57	16503,000	-2,113	,035*
	Partnersiz	159	183,79			
YD7h	Partnerli	236	187,44	16269,000	-2,392	,017*
	Partnersiz	159	213,68			
YD7j	Partnerli	236	188,54	16528,500	-2,094	,036*
	Partnersiz	159	212,05			
Emekli olma		n	Ort. sıra	U	Z	p
YD7a	Emekli	361	204,05	5758,500	-1,977	,048*
	Diğer	39	167,65			
YD7f	Emekli	361	204,74	5510,500	-2,299	,022*
	Diğer	39	161,29			
YD7g	Emekli	361	205,22	5336,000	-2,600	,009**
	Diğer	39	156,82			
YD7j	Emekli	361	205,76	5141,500	-2,889	,004**
	Diğer	39	151,83			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Partnersiz grup aile desteğine daha az güvenmekte ($p=0,035$), ancak sosyal ve profesyonel ağına daha çok güvenmekte ($p=0,036$) ihtiyaç duyacağı yardım ve bakım hizmetlerini daha iyi tanımlayıp kullanabileceğini ($p=0,017$) düşünmektedir. Yine emekliler yardım ve bakımda mevcut destek kaynaklarından ($p=0,048$), yaşam alanındaki bakım

olanaklarından ($p=0,009$) daha memnun olup; komşularından ($p=0,022$), profesyonel ve sosyal ağlarından gelecek bakım yardımı ($p=0,004$) daha çok güvenmektedirler.

4.5 PET Yapılarının YDT Alt Boyutlarıyla İlişkisi

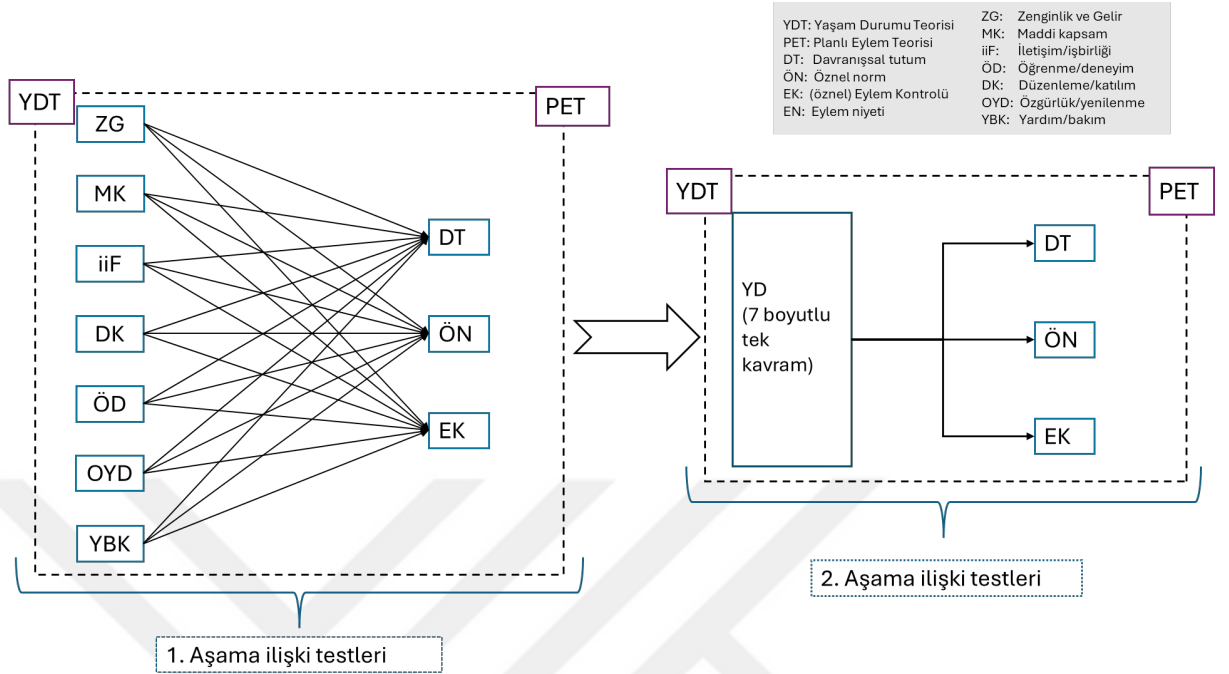
Yaşlıların yaşam durumlarının 7 alt boyutunun PET alt boyutlarının üç PET yapısıyla (DT, ÖN, EK) yapısal ilişkisi incelenerek, her boyut için yaşlıların koruyucu sağlığa yönelik DT, ÖN ve EK yapılarının YDT alt boyutları tarafından açıklayıcılığı (belirleyiciliği) tespit edilmiştir. Bunun için yapılan test ve analizler iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir (Şekil 4.5).

YDT boyutlarının her bir DT, ÖN, EK maddelerini belirleme yol katsayıları çoklu doğrusal regresyon analizi ile hesaplandıktan sonra, belirleyiciliği %95 aralığında anlamlı olan maddelerin tümü her bir PET yapısıyla toplu olarak tekrar çoklu doğrusal regresyon analizine tabi tutulmuştur. Böylelikle tek boyut olarak YDT boyutlarının 3 PET boyutlarıyla ilişkisini belirleyen maddeler tespit edilmiştir. İstatistik analiz süreci şöyledir:

- 1. Aşama:* önce her YDT boyutunun her PET yapısını açıklayıcılığı,
- 2. Aşama:* YDT boyutlarına dair tüm maddelerin her PET yapısını açıklayıcılığı.

Bu hesaplamalar araştırma modeli doğrultusunda, yaşam durumu boyutlarının PET yapısındaki niyet ve eylem yapılarının değil, niyet ve eyleme etkileyen DT, ÖN ve EK yapılarının açıklayıcılığının anlaşılması tasarlanmıştır. Araştırma modelinde YDT boyutlarının direk niyete değil DT, ÖN, EK aracılığıyla niyete ve dolayısıyla eyleme etkili olduğu varsayılmaktadır.

İki aşamalı süreç tamamlandıktan sonra, DT, ÖN ve EK için belirleyiciliği devam eden anlamlı maddeler bu tez çalışmasında ortaya çıkarılan, YDT ve PET çerçevesinde yaşlılara yönelik koruyucu sağlık modelinde yer almaktadır.



Şekil 4.5 DT boyutlarıyla PET yapılarının (DT, ÖN, EK) arasındaki ilişkilerin belirlenmesi.

4.5.1 Zenginlik ve Gelir Boyutuyla PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. Aşama

YDT boyutlarından zenginlik ve gelir boyutu (YD1) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi (Tablo 4.52) sonucunda bu boyutta hem DT hem de ÖN boyutu için açıklayıcı olan “yaşam tarzı ve ihtiyaçları için yeterli hareket alanının olması” maddesidir ($p=0,008$ ve $0,006$). Yani bireylerin DT ve ÖN algısını belirleyen yaşamı ve ihtiyaçları için yaşlı bireylerin hareket alanının olması belirleyicidir. Özel EK boyutunda ise finansal ihtiyaç ve yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi ($p=0,029$) ve finansal kaynakların kişisel öncelik ve ihtiyaçlar için kullanılabilmesi maddelerinin katsayıları bu boyutun açıklanmasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 4.52 Zenginlik ve Gelir durumuna göre PET yapıları.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	4,240	,078	53,644				
YD1b	,021	,043	0,690				,490
YD1c	-,005	,036	,019				,984
YD1d	,009	,033	,342	-1,65	0,78	0,41	,732
YD1e	,038	,037	-1,183				,237
YD1f	-,083	,037	2,645				,008**
YD1g	,032	,031	1,229				,219
R ² = 0,530		Düz.R ² = 0,39		F= 3,707		P <0,001	

ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	2,624	,141	18,483				
YD1b	,074	,062	1,298				,195
YD1c	,018	,067	,369				,712
YD1d	,006	,056	,116	-2,49	1,74	0,64	,907
YD1e	,007	,051	,134				,893
YD1f	,156	,057	2,757				,006**
YD1g	,032	,047	0,638				,498
R ² = 0,137		Düz.R ² = 0,123		F= 10,38		P <0,001	

EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	2,006	,137	14,867				
YD1b	,120	,053	1,505				0,029*
YD1c	,037	,057	2,557				,433
YD1d	,041	,048	-1,368				,412
YD1e	-,003	,044	-,224	-1,71	1,81	0,55	,595
YD1f	,007	,043	1,514				,065
YD1g	,249	,025	1,803				<0,001***
R ² = 0,318		Düz.R ² = 0,307		F= 30,58		P <0,001	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4.5.2 Maddi Manevra Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama

YDT boyutlarından maddi manevra (YD2) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda “sosyal ve sağlık hizmet altyapı/olanaklardan beslenme ($p=0,022$) ile çevreye entegre ve dahil olmak ($p=0,033$) maddeleri DT’yi belirlemektedir. Çevreye entegre ve dahil olmak ($p<0,001$), kültür ve eğlence mekanlarından faydalanma ($p=0,040$) ile birlikte istatistiksel anlamlı düzeyde ÖN boyutunu açıklamaktadır (Tablo 4.53).

Tablo 4.53 Maddi manevra durumuna göre PET yapıları.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	4,037	0,077	52,307				
YD2a	0,008	0,020	-0,404				0,686
YD2b	-0,037	0,023	-1,613				0,107
YD2c	-0,015	0,028	-0,571				0,568
YD2d	0,064	0,028	2,287				0,022*
YD2e	0,024	0,032	-0,754	-2,53	1,57	0,56	0,451
YD2f	0,029	0,026	1,094				0,274
YD2g	0,035	0,027	1,300				0,194
YD2h	0,039	0,029	1,347				0,178
YD2i	0,004	0,030	0,130				0,896
YD2j	0,053	0,025	2,128				0,033*
R ² = 0,168		Düz.R ² = 0,143		F= 7,621		P <0,001	

ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	2,040	0,129	15,792				
YD2a	-0,011	0,034	0,335				0,737
YD2b	-0,025	0,039	-0,665				0,506
YD2c	0,057	0,047	1,218				0,223
YD2d	0,088	0,051	1,704				0,089
YD2e	0,087	0,054	1,611	-1,55	1,12	0,38	0,108
YD2f	-0,087	0,045	1,932				0,054
YD2g	0,094	0,045	2,059				0,040*
YD2h	0,024	0,048	0,508				0,611
YD2i	0,100	0,053	1,904				0,057
YD2j	0,137	0,042	3,246				0,001**
R ² = 0,358		Düz.R ² = 0,334		F= 20,73		P <0,001	

EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	1,687	0,132	12,696				
YD2a	0,187	0,035	5,241				< 0,001***
YD2b	-0,083	0,040	-2,089				0,037
YD2c	-0,040	0,048	-0,839				0,402
YD2d	0,118	0,053	2,212				0,027
YD2e	0,020	0,055	0,366	-1,98	1,61	0,49	0,714
YD2f	0,029	0,046	0,629				0,539
YD2g	0,088	0,047	1,874				0,061
YD2h	-0,003	0,050	-0,069				0,945
YD2i	0,045	0,054	0,840				0,401
YD2j	0,212	0,043	4,870				< 0,001***
R ² = 0,409		Düz.R ² = 0,394		F= 27,01		P <0,001	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Barınma durumundan/ yaşam koşullarından ($p < 0,001$) ve bölgedeki eğitim kurumlarından memnuniyet ($p = 0,037$), sosyal/sağlık hizmet altyapı/olanaklardan beslenme ($p = 0,027$) ve çevresine entegre/dahil olma durumuyla birlikte EK boyutunu açıklamaktadır.

4.5.3 İletişim, İşbirliği, Faaliyet Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama

YDT boyutlarından iletişim, işbirliği, faaliyet (YD3) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda diğer insanlarla etkileşim kurma/ iş birliği yapma fırsatlarından ($p=0,006$) ve bölgedeki destek ağları ve toplum yapılarından ($p=0,027$) memnun olma ve topluluğuna bağlı ve aktif hissetme ($p=0,037$) durumu koruyucu sağlığa yönelik DT'yi belirleyen durumlardır. Topluluğuna bağlı ve aktif hissetme ($p=0,031$) ve bölgedeki destek ağları ve toplum yapılarından ($p<0,001$) ve gönüllü faaliyetlerle topluma katılım fırsatlarından ($p=0,038$) olma durumu ayrıca kültürel ve sosyal faaliyetlere katılma ile birlikte koruyucu sağlığa yönelik öznel norm algısını da belirlemektedir. Yine Tablo 4.54'te görüldüğü gibi, iletişim ve teknoloji seçeneklerinden memnun olma durumu ($p=0,026$), topluluğa bağlı olma ($p<0,001$) ve kültürel sosyal faaliyetlere katılma ($p<0,001$) ile beraber öznel EK'nü açıklamaktadır.

4.5.4 Öğrenme ve Deneyim Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama

YDT boyutlarından öğrenme ve deneyim (YD4) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda kişisel gelişim/ yaşam boyu öğrenme fırsatlarından ($p<0,001$) ve profesyonel/gönüllü çalışma fırsatlarından ($p=0,009$) memnuniyet, mevcut yaşam/çevresinden kişisel tatmin ($p=0,015$), yeni bilgi edinme konusundaki yetenekler ($p=0,001$), mesleki ve kişisel gelişiminde alınan destek ($p=0,049$) koruyucu sağlık konusunda davranışsal tutumu belirlemektedir. Öznel norm algısını ise kişisel yaşam fırsatlarından memnuniyet ile yeni bilgi edinme yeteneklerine sahip olma dışında ($p=0,004$), mesleki ve kişisel değişimlerde desteklenme ($p=0,002$) ve çevreden alınan ilham ($p=0,007$) belirlemektedir (Tablo 4.55). Diğer yandan mesleki ve kişisel gelişiminde alınan destek ($p=0,033$) ve çevreden alınan ilham ($p<0,001$), yaşamının mevcut evresinde ilgi alanları ve eğilimlerini deneyimleyebilme ($p<0,001$) ile yeni deneyimlerde kişisel menfaatine uygun davranabilme durumu da ($p=0,001$) öznel EK boyutunun tahmin edicileridir.

Tablo 4.54 İletişim, işbirliği, faaliyet durumuna göre PET yapıları.

DT	B	Std. Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	3,947	,084	47,143				
YD3a	,013	,023	,583				,560
YD3b	-,033	,032	-1,015				,311
YD3c	,089	,032	2,755				,006
YD3d	,062	,030	2,087	-1,65	,95	,39	,038
YD3e	,005	,025	,198				,843
YD3f	-,009	,026	-,335				,738
YD3g	,004	,030	,131				,896
YD3h	,062	,028	2,218				,027
YD3i	-,025	,026	-,944				,346
R ² = 0,427				Düz.R ² = 0,164			
				F= 11,210			
				P <0,001			
ÖN	B	Std. Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	2,106	0,144	14,673				
YD3a	0,049	0,039	1,344				0,214
YD3b	0,054	0,050	1,677				0,324
YD3c	0,068	0,047	2,88				0,221
YD3d	0,111	0,042	-0,060	-2,28	1,53	0,55	0,031
YD3e	-0,003	0,044	2,191				0,928
YD3f	0,093	0,051	-1,522				0,038*
YD3g	-0,073	0,047	4,966				0,163
YD3h	0,225	0,045	-2,140				<0,001***
YD3i	-0,093	0,144	14,673				0,047
R ² = 0,332				Düz.R ² = 0,315			
				F= 19,32			
				P <0,001			
EK	B	Std. Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	1,364	,137	9,946	-2,41	1,39	0,50	
YD3a	,085	,037	2,269				,024
YD3b	,095	,052	1,814				,070
YD3c	-,029	,053	-,556				,578
YD3d	,044	,049	,904				,367
YD3e	,203	,040	5,041	-1,85	1,84	0,57	,000
YD3f	,051	,042	1,210				,227
YD3g	,045	,049	,908				,364
YD3h	,154	,046	3,341				,001
YD3i	-,001	,043	-,018				,985
R ² = 0,689				Düz.R ² = 0,462			
				F= 39,094			
				P <0,001			
* $p < 0,05$				** $p < 0,01$			
				*** $p < 0,001$			

Tablo 4.55 Öğrenme ve deneyim durumuna göre PET yapıları.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	3,905	,018	48,836				
YD4a	,096	,002	3,418				<,001***
YD4b	-,079	,002	-3,216				,001
YD4c	-,014	,002	-,601				,548
YD4d	,050	,002	1,972				,049*
YD4e	-,001	,002	-,034	-1,42	0,94	0,38	,872
YD4f	,069	,002	2,594				,009**
YD4g	,050	,002	1,726				,085
YD4h	,054	,002	1,854				,064
YD4i	,019	,002	0,782				,434
YD4j	-,070	,002	-2,434				,015*
R ² = 0,227		Düz.R ² = 0,203		F= 11,21		P <0,001	
ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,955	0,049	2,862				
YD4a	0,141	0,043	2,831				0,004**
YD4b	-0,122	0,041	0,719				0,004**
YD4c	0,029	0,041	3,081				0,472
YD4d	0,137	0,044	-0,334	-2,24	1,51	0,54	0,002**
YD4e	-018	0,054	1,237				0,738
YD4f	0,057	0,046	0,469				0,216
YD4g	0,023	0,050	0,803				0,639
YD4i	0,119	0,044	1,261				0,007**
YD4j	0.0635	0,050	2.862				0,208
R ² = 0,332		Düz.R ² = 0,315		F= 10,38		P <0,001	
EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,349	0,1296	10,409				
YD4a	0,032	0,044	0,727				0,446
YD4b	0,069	0,039	1,783				0,075
YD4c	-0,001	0,037	-0,039				0,969
YD4d	0,087	0,040	2,138				0,033*
YD4e	0,171	0,049	3,445	-1,60	1,73	0,43	<0,001***
YD4f	-0,071	0,042	-1,682				0,093
YD4g	0,145	0,046	3,141				0,001**
YD4h	0,029	0,046	0,637				0,524
YD4i	0,157	0,040	3,884				<0,001***
YD4j	0,003	0,045	10,409				0,478
R ² = 0,528		Düz.R ² = 0,516		F= 43,66		P <0,001	
* $p < 0,05$		** $p < 0,01$		*** $p < 0,001$			

4.5.5 Düzenleme ve Katılım Boyutuyla ile PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. Aşama

YDT boyutlarından düzenleme ve katılım (YD5) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda bireylerin koruyucu sağlığa dair tutumları çevredeki karar alma süreçlerine ($p=0,004$) ve ortak iyiliğe katkıda bulunma ($p=0,044$) ile açıklanmaktadır.

Tablo 4.56 Düzenleme ve katılım durumuna göre PET yapıları.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	3,571	,085	41,832				
YD5a	,044	,032	1,373				,171
YD5b	,008	,032	,240				,811
YD5c	,094	,033	2,879				,004
YD5d	,020	,030	,646	-1,33	0,82	0,38	,518
YD5e	-,045	,030	-1,496				,135
YD5f	,021	,027	,751				,453
YD5g	,054	,031	1,710				,088
YD5h	-,004	,034	-,109				,913
YD5i	-,011	,025	-,436				,663
YD5j	,057	,028	2,017				,044
R ² = 0,528		Düz.R ² = 0,516		F= 43,660		P <0,001	
ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,918	,085	14,406				
YD5a	,120	,032	2,404				,171
YD5b	,021	,032	,431				,811
YD5c	,099	,033	1,944				,004
YD5d	,149	,030	3,164	-1,33	0,82	0,38	,518
YD5e	-,013	,030	-,284				,135
YD5f	,029	,027	,694				,453
YD5g	,019	,031	-,400				,088
YD5h	-,046	,034	-,867				,913
YD5i	-,061	,025	1,552,				,663
YD5j	,022	,028	-,510				,044
R ² = 0,332		Düz.R ² = 0,310		F= 10,38		P <0,001	
EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,379	,094	11.562				
YD5a	1,135	,035	3.025				,002*
YD5b	,062	,036	1.381				,168
YD5c	-0,022	,036	0.495				,620
YD5d	,0,179	,033	4.239	-1,97	1,73	0,42	<001**
YD5e	0,001	,033	0.031				,975
YD5f	0,006	,030	0.177				,859
YD5g	-0,109	,034	-2.514				,012*
YD5h	0,188	,038	3.940				<,001***
YD5i	0,149	,028	4.207				<,001***
YD5j	0,057	,031	1.451				,147
R ² = 0,537		Düz.R ² = 0,525		F= 45,21		P <0,001	
* $p < 0,05$		** $p < 0,01$		*** $p < 0,001$			

Çevredeki karar alma fırsatları yine öznel norm algısını da belirlemektedir (p=0,004).

Düzenleme ve katılım boyutundan 5 ayrı madde EK boyutunu belirlemektedir. Bunlar

Topluluğuna katılma/ katkı verme fırsatlarından (p=0,002) memnun olma, kişisel değer/

inançlarını hayata uyarlayabilme ve çevresel değişimleri şekillendirebilme ($p<0,001$) ile ilgilidir (Tablo 4.56). PET yapıları ile öğrenim ve deneyim boyutu maddelerinin ilişkisinin arandığı regresyon modellerinde ortaya çıkan sonuçların R^2 si ve düzeltilmiş R^2 's ile varyans değerlerinde görüldüğü üzere bu boyutta belirleyicilik oldukça tatmin edicidir ($p<0,001$).

4.5.6 Özgürlük, Yenilenme, Değişim Boyutuyla PET Yapıları Arasındaki İlişki: 1. aşama

YDT boyutlarından özgürlük, yenilenme ve değişim (YD6) maddeleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda (Tablo 4.57), DT boyutu için regresyon modelinin varyans değeri ve düzeltilmiş R^2 si düşük olduğu gibi anlamlı derecede etkileyen bir YD6 maddesine rastlanmamıştır. ÖN boyutunda belirleyici olan günlük yaşamdaki rahatlama ve rekreasyon olanakları ile zihinsel gelişim ve stres yönetimi yeteneklerinden memnun olma maddeleri ($p<0,001$) EK boyutunda da belirleyicidir (sırasıyla $p<0,001$ ve 0,031). ÖN boyutunda kendine zaman ayırma ($p=0,048$) ile yenilenme için boş zaman fırsatlarından memnun olma ($p=0,008$) durumunun da belirleyici olduğu görülmektedir. ÖN yapısında ise boş zamanların yönetilebilmesi ($p=0,025$) ile fiziksel/zihinsel sağlığı geliştirme olanaklarından memnuniyet yine yol katsayısı anlamlı olan maddelerdendir.

Tablo 4.57 Öğrenme, yenilenme, değişim kapsamı maddelerinin PET yapıları ile ilişkisi.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	3,924	,083	47,099				
YD6a	,016	,032	0,516				,606
YD6b	-,021	,038	,566				,572
YD6c	,031	,030	1,057				,291
YD6d	-,015	,033	-,449	-2,20	2,03	0,58	,654
YD6e	-,031	,022	1,386				,167
YD6f	,013	,033	,394				,693
YD6g	,010	,035	,304				,761
YD6h	,020	,039	,519				,604
YD6i	,070	,041	1,689				,092
YD6j	,003	,037	,097				,923
R ² = 0,138		Düz.R ² = 0,116		F= 6,227		P <0,001	
ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	3,924	,145	14,218				
YD6a	,016	,056	2,239				<,001
YD6b	-,021	,066	-1,979				,048
YD6c	,031	,052	2,632				,008
YD6d	-,015	,033	1,077	-2,20	2,03	0,58	,282
YD6e	-,031	,022	3,902				<,001
YD6f	,013	,033	1,081				,280
YD6g	,010	,035	1,300				,194
YD6h	,020	,039	0,891				,373
YD6i	,070	,041	1,340 0				,180
YD6j	,003	,037	0,392				,695
R ² = 0,260		Düz.R ² = 0,241		F= 13,661		P <0,001	
EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min,	Max,	SS	p
Sabit	1,098	,095	9,157				
YD6a	0,172	,037	3,724				,001***
YD6b	0,083	,043	1,512				,131
YD6c	0,005	,034	0,137				,890
YD6d	0,057	,039	1,182	-1,30	2,23	0,40	,237
YD6e	0,070	,033	2,161				,031*
YD6f	0,108	,041	2,243				,025*
YD6g	-0,008	,040	-0,164				,870
YD6h	-0,058	,046	-1,017				,309
YD6i	0,073	,047	1,237				,216
YD6j	0,199	,043	3,702				<,001***
R ² = 0,571		Düz.R ² = 0,563		F=51,720		P <0,001	
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01		*** <i>p</i> <0,001			

4.5.7 Yardım, Yardım, Destek Boyutuyla PET Yapıları Arası İlişki: 1. Aşama

Tablo 4.58’de YD7 (yardım, bakım, destek) yani sosyal ağ boyutunun DT, ÖN ve EK için regresyon analizi değerlerini göstermektedir.

Tablo 4.58 Yardım, bakım, destek kapsamı maddelerinin PET yapıları ile ilişkisi.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	3,628	,085	28,181				
YD7a	-0,046	,032	-1,009				,313
YD7b	-0,034	,025	-0,978				,328
YD7c	0,077	,033	1,654				,098
YD7d	-0,061	,036	-1,253				,211
YD7e	0,115	,034	3,357	-1,62	0,74	0,40	<,001***
YD7f	-0,004	,023	-0,130				,896
YD7g	-0,002	,033	-0,054				,956
YD7h	0,018	,036	0,367				,713
YD7i	0,071	,031	1,591				,112
YD7j	0,098	,031	2,174				,030*
R ² = 0,141		Düz.R ² = 0,119		F=6,397		P <0,001	
ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	1,787	,108	14,734				
YD7a	0,00	,041	0,130				,896
YD7b	0,098	,032	2,930				,003**
YD7c	0,029	,042	0,677				,498
YD7d	0,022	,046	0,479				,632
YD7e	0,066	,043	2,033	-1,71	1,50	0,52	,042*
YD7f	0,075	,030	2,422				,015*
YD7g	0,075	,042	1,680				,093
YD7h	0,025	,047	0,526				,500
YD7i	-0,022	,040	-0,531				,591
YD7j	0,174	,040	4,104				<,001***
R ² = 0,430		Düz.R ² = 0,415		F= 29,301		P <0,001	
EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	1,394	1,39	11,253				
YD7a	0,028	0,028	0,647				0,518
YD7b	0,126	0,126	3,701				<,001***
YD7c	0,037	0,037	0,835				0,403
YD7d	-0,030	-0,030	-0,647				0,517
YD7e	0,192	0,192	5,830	-2,41	1,39	0,50	<,001***
YD7f	0,057	0,057	1,800				0,72
YD7g	-0,024	-0,024	-0,544				0,586
YD7h	0,119	0,119	2,411				0,016*
YD7i	0,154	0,154	3,592				<,001***
YD7j	0,020	0,020	0,481				,630
R ² = 0,492		Düz.R ² = 0,479		F=37,752		P <0,001	
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01		*** <i>p</i> <0,001			

DT boyutun ile ilişkisi anlamlı düzeyde olan tek madde ($p=0,047$) yaşam ortamındaki bakım olanaklarından memnun olma, ÖN ($p=0,042$) ve EK boyutu ile de anlamlı düzeyde ilişkili ($p<0,001$) bulunmuştur. Yardıma ihtiyacı durumunda aile çevresinin desteğine güvenmek de ÖN ($p=0,003$) ve EK boyutlarıyla ($p<0,001$) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Komşularından destek alabilme de ($p=0,015$) ÖN boyutunda belirleyici bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. EK boyutunun önemli belirleyicileri olan diğer maddeler mevcut ayakta bakım seçeneklerinden memnuniyet ($p=0,049$) ile ihtiyaç duyulan destek/hizmetleri tanımlayıp kullanabilme ($p=0,016$) ihtiyaç halinde yardım ve bakım hizmetlerini finanse edebilme ($p<0,001$) EK boyutunu açıklayan durumlar olmakta iken yardım ve bakım ihtiyaçları için sosyal ve profesyonel ağa güvenmek ÖN için belirleyicidir.

4.5.8 Yaşlılara yönelik Koruyucu Sağlık Bakım Modeli için 2. Aşama Testler: YDT Belirleyicileri

YDT boyutlarının PET yapılarından DT, ÖN ve EK ile olan ilişkisinin belirlenmesi için yapılan ilk aşama testlerin sonucunda YDT maddeleri içerisinde PET yapılarıyla anlamlı ilişkisi olan 41 madde kalmıştır. Bu bölümde bu maddeler 2. aşama testlere alınarak, tek boyutta PET yapılarının her biriyle ayrı ayrı ilişkisi belirlenmiştir. YDT için ikinci ve son aşama olan bu analizlerde çoklu doğrusal regresyon analizleri tekrarlanmıştır. Tablo 4.59'da DT ile ilişkisi olan anlamlı YDT maddelerinin analizi görülmektedir.

Tablo 4.59 Tek boyutta YDT maddelerinin DT ile ilişkisi: 2. Aşama.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	2,231	,135	16,514				
YD1b	-,011	,039	-,269				,788
YD1f	,101	,037	2,730				,007**
YD1g	,079	,035	2,253				,025*
YD2a	-,079	,032	-2,467				,014*
YD2b	-,107	,032	-3,346				,001**
YD2d	,050	,036	1,402				,162
YD2g	,047	,036	1,319				,188
YD2j	,049	,038	1,292				,197
YD3a	-,015	,036	-,408				,684
YD3c	,069	,041	1,667				,096
YD3d	,064	,045	1,417				,157
YD3f	-,084	,040	-2,116				,035*
YD3g	-,076	,042	-1,827				,069
YD3h	,096	,044	2,175				,030*
YD4a	,081	,041	2,000				,046*
YD4b	-,018	,037	-,482				,630
YD4d	,080	,037	2,146				,033*
YD4e	-,129	,047	-2,755				,006**
YD4f	,058	,042	1,385				,167
YD4g	-,107	,043	-2,469	-1,51	,99	0,43	,014*
YD4i	-,005	,039	-,133				,894
YD4j	,011	,045	,254				,799
YD5a	,062	,045	1,370				,171
YD5c	,030	,043	,688				,492
YD5d	,011	,038	,282				,778
YD5g	-,104	,039	-2,674				,008**
YD5h	,008	,045	,179				,858
YD5i	,096	,034	2,849				,005**
YD5j	-,029	,039	-,756				,450
YD6a	,054	,045	1,209				,227
YD6b	,064	,051	1,257				,210
YD6c	,075	,043	1,729				,085
YD6e	,051	,040	1,283				,200
YD6f	,044	,047	,921				,357
YD6j	,086	,048	1,776				,077
YD7b	-,008	,029	-,283				,777
YD7e	-,081	,038	-2,128				,044
YD7f	,010	,029	,336				,737
YD7h	,071	,041	1,718				,087
YD7i	-,155	,039	-3,930				>,001***
YD7j	,027	,039	,675				,500
R ² = 0,524		Düz,R ² = 0,469	F=9,590	P <0,001			
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01	*** <i>p</i> <0,001				

Tablo 4.60'ta ÖN ile ilişkisi olan anlamlı 41 YDT maddesinin analizi görülmektedir.

Tablo 4.60 Tek boyutta YDT maddelerinin ÖN ile ilişkisi: 2. Aşama.

ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,790	,152	11,771				
YD1b	-,038	,044	-,852				,395
YD1f	,081	,042	1,955				,051
YD1g	-,041	,039	-1,039				,300
YD2a	-,018	,036	-,502				,616
YD2b	-,046	,036	-1,285				,200
YD2d	,096	,040	2,373				,018
YD2g	,045	,040	1,118				,264
YD2j	,081	,042	1,914				,056
YD3a	-,042	,040	-1,033				,303
YD3c	-,047	,047	-1,002				,317
YD3d	,094	,051	1,848				,065
YD3f	,004	,045	,097				,923
YD3g	-,104	,047	-2,224				,027
YD3h	,014	,050	,286				,775
YD4a	,119	,046	2,600				,010
YD4b	-,061	,041	-1,471				,142
YD4d	,057	,042	1,369				,172
YD4e	-,037	,053	-,704				,482
YD4f	-,013	,047	-,275				,783
YD4g	-,008	,049	-,169	-1,45	1,22	0,48	,866
YD4i	,086	,044	1,961				,051
YD4j	-,136	,050	-2,709				,007
YD5a	-,007	,051	-,135				,893
YD5c	,077	,048	1,608				,109
YD5d	,146	,043	3,373				,001
YD5g	-,016	,044	-,372				,710
YD5h	-,020	,051	-,395				,693
YD5i	,019	,038	,487				,626
YD5j	,008	,043	,183				,855
YD6a	,039	,051	,766				,444
YD6b	-,022	,057	-,387				,699
YD6c	,015	,049	,313				,754
YD6e	-,137	,045	-3,034				,003
YD6f	,025	,053	,466				,641
YD6j	-,034	,054	-,632				,528
YD7b	,117	,032	3,603				,000
YD7e	,001	,043	,024				,981
YD7f	,047	,032	1,463				,144
YD7h	,045	,047	,968				,333
YD7i	,004	,044	,090				,928
YD7j	,157	,044	3,541				,000
R ² = 0,550		Düz,R ² = 0,498	F=10,593	P <0,001			
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01	*** <i>p</i> <0,001				

Tablo 4.61’de EK ile ilişkisi olan 41 YDT maddesinin analiz sonuçları görülmektedir.

Tablo 4.61 Tek boyutta YDT maddelerinin EK ile ilişkisi: 2. Aşama.

EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	,729	,132	5,538				
YD1b	,003	,038	,079				,937
YD1f	-,044	,036	-1,234				,218
YD1g	,103	,034	3,009				,003**
YD2a	,071	,031	2,275				,024*
YD2b	-,101	,031	-3,243				,001**
YD2d	,004	,035	,109				,913
YD2g	,071	,035	2,050				,041*
YD2j	,022	,037	,591				,555
YD3a	,013	,035	,363				,717
YD3c	-,058	,040	-1,449				,148
YD3d	-,003	,044	-,067				,946
YD3f	,053	,038	1,389				,166
YD3g	-,018	,041	-,451				,652
YD3h	,041	,043	,957				,339
YD4a	-,049	,040	-1,238				,216
YD4b	,009	,036	,251				,802
YD4d	,048	,036	1,324				,186
YD4e	,022	,046	,491				,624
YD4f	-,033	,041	-,806				,421
YD4g	,064	,042	1,521	-1,21	1,94	0,42	,129
YD4i	,064	,038	1,689				,092
YD4j	-,068	,043	-1,568				,118
YD5a	,047	,044	1,069				,286
YD5c	-,035	,042	-,831				,406
YD5d	,077	,037	2,060				,040*
YD5g	-,040	,038	-1,056				,292
YD5h	,014	,044	,327				,744
YD5i	,059	,033	1,793				,074
YD5j	-,046	,038	-1,225				,221
YD6a	,084	,044	1,908				,057
YD6b	,086	,049	1,749				,081
YD6c	-,002	,042	-,039				,969
YD6e	,116	,039	2,968				,003**
YD6f	,016	,046	,351				,726
YD6j	,102	,047	2,170				,031*
YD7b	,099	,028	3,526				>,000***
YD7e	-,008	,037	-,224				,823
YD7f	,075	,028	2,699				,007**
YD7h	,017	,040	,410				,682
YD7i	,013	,038	,330				,742
YD7j	-,044	,038	-1,142				,254
R ² = 0,711		Düz,R ² = 0,678		F=21,399		P <0,001	
* $p < 0,05$		** $p < 0,01$		*** $p < 0,001$			

Tablo 4.62’de buraya kadar tüm YDT maddeleri tek boyutta 2. Aşama testlere tabi tutulmuş ve her PET yapısının açıklayıcılığına dair regresyon testleri tamamlanmıştır. YDT boyutundan modele girecek maddelerin her PET boyutuyla analizinde anlamlı olan maddelerin ve model içindeki yol katsayıları ve belirleyicilik varyansları gösterilmektedir.

Tablo 4.62 Anlamlı YDT maddeleri: DT , ÖN, EK ile ilişkisi.

DT	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	3,907	,093	42,281				
YD1f	-,009	,026	-,449				,702
YD1g	,004	,025	,119				,850
YD2a	-,021	,023	-,748				,337
YD2b	-,054	,023	-2,555				,017*
YD2d	,040	,023	1,584				,086
YD2g	,036	,023	1,757				,120
YD3f	-,019	,027	-,595				,484
YD3g	-,029	,029	-1,131				,303
YD3h	,033	,030	1,005				,248
YD4a	,064	,027	2,292				,019*
YD4d	,058	,027	2,117				,026*
YD4e	-,029	,032	-,927	-1,58	,21	0,34	,361
YD4g	,044	,029	1,524				,124
YD4i	-,018	,026	-,704				,479
YD5d	,055	,026	2,046				,032*
YD5g	,040	,026	1,640				,113
YD5i	-,018	,023	-1,077				,427
YD6e	-,037	,024	-1,695				,116
YD6j	,037	,029	1,164				,198
YD7b	-,008	,020	-,779				,679
YD7e	-,047	,025	-1,831				,067
YD7f	-,002	,020	-,623				,898
YD7i	-,003	,027	-,097				,887
YD7j	,058	,027	2,065				,031*
R ² = 0,256		Düz,R ² = 0,208		F=5,379		P <0,001	
ÖN	B	Std.Hata	t	Artık değer			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	1,690	,140	12,058				
YD1f	,037	,038	1,010				,327
YD1g	-,011	,037	-,268				,763
YD2a	-,034	,034	-1,095				,323
YD2b	-,054	,034	-1,522				,111
YD2d	,119	,035	3,442				,001**
YD2g	,061	,035	1,651		,88	0,33	,084
YD3f	-,002	,041	-,104				,953
YD3g	-,091	,043	-2,069				,035*
YD3h	,037	,047	,838				,418
YD4a	,098	,041	2,408				,017*
YD4d	,053	,040	1,396				,179

Tablo 4.62 (devamı) Anlamalı YDT maddeleri

YD4e	-,058	,049	-1,193				,230
YD4g	-,006	,044	-,127				,895
YD4i	,055	,039	1,409				,159
YD5d	,143	,039	3,741				<,001***
YD5g	,001	,039	-,009				,985
YD5i	,022	,035	,774				,527
YD6e	-,116	,036	-3,146				,001**
YD6j	-,035	,044	-,749				,420
YD7b	,120	,030	4,118				<,001***
YD7e	,033						,388
YD7f	,060	,030	2,252				,051
YD7i	-,008	,041	-,104				,832
YD7j	,153	,041	3,803				<,001***
R ² = 0,519		Düz,R ² = 0,491		P <0,001			
EK	B	Std.Hata	t	Artık değer			
				Min.	Max.	SS	p
Sabit	,748	,121	6,175				
YD1f	-,052	,033	-1,568				,118
YD1g	,116	,032	3,585				<,001***
YD2a	,074	,030	2,502				,014*
YD2b	-,096	,030	-3,236				,001**
YD2d	,018	,031	,597				,546
YD2g	,081	,031	2,659				,008**
YD3f	,031	,036	,870				,389
YD3g	-,043	,037	-1,156				,252
YD3h	,036	,041	,882				,378
YD4a	-,057	,036	-1,595				,113
YD4d	,044	,035	1,275				,202
YD4e	-,001	,042	-,024	-1,56	1,29	0,52	,981
YD4g	,079	,038	2,070				,039*
YD4i	,059	,034	1,752				,081
YD5d	,066	,034	1,958				,051
YD5g	-,022	,034	-,670				,501
YD5i	,055	,030	1,802				,073
YD6e	,172	,032	5,460				<,001***
YD6j	,158	,038	4,135				<,001***
YD7b	,088	,026	3,318				,001**
YD7e	,003	,034	-,114				,909
YD7f	,073	,026	2,847				,005**
YD7i	,006	,035	,156				,865
YD7j	-,049	,036	-1,382				,170
R ² = 0,691		Düz,R ² = 0,671		F=34,098		P <0,001	
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01		*** <i>p</i> <0,001			

Burada YDT maddelerinin tümü tek bir boyut olarak ele alınmış ve PET yapılarını açıklamaya dair regresyon testleri tamamlanmıştır. Anlamalı olan maddeler sunulan “**YDT ve PET çerçevesinde koruyucu sağlık modeli**”nin belirleyicileridir ve Tablo 4.63’te gösterilmiştir.

Tablo 4.63 Model oluşturmakta kullanılan YDT maddeleri ve maddelere verilen olumlu cevap oranları.

Sıra	YD boyut/ No	Madde kavramı	%
1	ZG YD1g	Finansal kaynaklarını ilgi alanları/ öncelikleri için kullanabilme	41,10
2	MK YD2a	Barınma durumundan/ yaşam koşullarından memnun	56,90
3	MK YD2b	Bölgedeki eğitim kurumlarından memnun	51,60
4	MK YD2d	Sosyal/sağlık altyapı/ hizmetlerinden beslenir	45,60
5	MK YD2g	Bölgedeki kültür ve eğlence mekanları kendisine iyi bakar	40,60
6	iiF YD3g	Kültürel/sosyal faaliyetlere yeterince katılabilir	59,9
7	OD YD4a	Kişisel gelişim/ yaşam boyu öğrenme fırsatlarından memnun	63,7
8	OD YD4d	Mesleki/kişisel gelişimde yeterince desteklenir	56,6
9	OD YD4g	Yeni deneyimler yaratıp, kişisel çıkarlarını takip edebilir	52,2
10	DK YD5d	Kişisel değer/ inançlarını hayatına uygulayabilir	63,0
11	OYD YD6e	Stres yönetimi/ zihinsel sağlığını geliştirme yeteneğinden memnun	61,2
12	OYD YD6j	Öz bakım/ canlılığını koruma seçeneklerinden memnun	62,4
13	YBK YD7b	Yardıma ihtiyaç duyarsa, aile çevresinin desteğine güvenir	58,6
14	YBK YD7f	Yardıma ihtiyaç duyarsa, aile çevresinin desteğine güvenir	27,8
15	YBK YD7j	Yardım/bakımda sosyal ağa/profesyonel yardım desteği	36,3

4.6 PET Yapıları Arasındaki İlişkiler

Çalışmanın bu bölümünde PET yapılarının birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiş ve yaşlıların niyet ve eylemleriyle ilişkilendirilmiştir. Bu bölümde DT, ÖN, EK ve EN yapılarından faktör analizi ve Cronbach's alpha testlerinden sonra yapıları açıkladığı bulunan maddeler kullanılmıştır.

4.6.1 PET Yapılarının Niyet ile İlişkisi

Yaşlıların koruyucu sağlığa yönelik niyetlerinin DT, ÖN ve EK ile ilişkili olup olmadığını anlamak için “niyet” bağımlı değişkeni için “DT, ÖN, EK” bağımsız değişkenlerinin yapısal ilişkisi araştırılmıştır. Çoklu doğrusal regresyonla testinden önce yapılan bağımsız değişkenler arası korelasyon ilişkisi Tablo 4.64’te gösterilmektedir. Bu analiz için 3 PET yapısına ait 7 faktörde gruplanan 24 DT, ÖN ve EK yapılarına dar maddelerin yapısal ortalamaları karşılaştırılmıştır. Üç PET yapısı arasındaki korelasyon değerleri 0,458 ile 0,515 arasındadır ve regresyon testleri için uygundur (Tablo 4.64).

Tablo 4.64 DT, ÖN, EK madde ortalama puanlarının korelasyonu.

	DT	ÖN
ÖN	,458**	
EK	,330**	,515**

** $P < 0,01$ (2-yönlü)

Korelasyon sonrası DT, ÖN ve EK yapılarının ortalaması ve niyet bağımlı değişkenini açıklayıcılığı araştırılmıştır. Tablo 4.65'te görüldüğü gibi, DT ($p=0,003$), ÖN ($p=0,019$), EK değişkenleri ($p<0,001$) “Niyet” değişkeni ile ilişkilidir ve niyeti açıklamaktadır ($R^2=0,598$). Yani yaşlıların DT, ÖN ve EK puanları onların düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutinine entegre etme, düzenli kontroller/sağlık kontrolleri yaptırma, sosyal temaslarını/aktivitelerini sürdürmeyi ve zihinsel yetenek/ işlevlerini koruma niyetlerini belirlemektedir.

Tablo 4.65 PET yapılarının ilişkisi: DT, ÖN, EK boyutlarına göre Niyet.

	B	Std.Hata	t	Artık değer		SS	p
				Min.	Max.		
Sabit	,645	,354	1,820				
DT	,319	,087	3,648	-2,81	1,27	0,48	0,003**
ÖN	,120	,051	2,342				0,019*
EK	,415	,044	9,321				<0,001***
$R^2=0,598$		Düz. $R^2=0,352$		$F=73,168$		$P<0,001$	
* $p<0,05$	** $p<0,01$		*** $p<0,001$				

4.6.2 Faktörlere göre PET Yapılarının Niyet ile İlişkisi

Yapılan ikinci bir analizde DT değişkenin beş faktörü ayrı ayrı analiz edilmiştir (Tablo 4.66). Öncesinde, bağımsız değişkenlerin korelasyonu araştırılmıştır (Tablo 4.67).

Tablo 4.66 DT, ÖN, EK faktörlerinin korelasyonu.

	DT-fak1	DT-fak2	DT-fak3	DT-fak4	DT-fak5	ÖN
DT-fak2	,173					
DT-fak3	,114*	,166				
DT-fak4	,316**	,095*	,267**			
DT-fak5	,403**	,192**	,136**	,252**		
ÖN	,134**	,294**	,189**	,204	,121**	
EK	,358**	,089*	,115*	,275**	,238**	,515**
* $p<0,05$ (2 yönlü)	** $P<0,01$ (2-yönlü)					

Üç PET yapısındaki arasındaki korelasyon değerleri DT faktörleri ayrı bağımsız değişken olarak ele alındığında 0,089 ile 0,515 arasındadır ve regresyon testleri için uygundur.

Tablo 4.67’de DT değişkenindeki tüm aktörler değil sadece 1. Faktöre dahil maddeler “Niyet” boyutuyla ilişkilidir. Yani sosyal ilişki, iletişim ve sosyal aktivitelerin bedensel ve duygusal sağlık açısından önemli olduğu ve beyin eğitici zihinsel uyarıların bilişsel

sağlık açısından önemli olduğuna dair olumlu tutumlar “niyet” ile anlamlı düzeyde ilişkilidir ($p=0,001$).

Tablo 4.67 PET yapılarının ilişkisi: DT, ÖN, EK boyutlarına göre Niyet.

	B	Std.Hata	t	Artık değer		SS	p
				Min.	Max.		
Sabit	,832	,373	2,230				
DT-fak1	,274	,055	5,028				<0,001***
DT-fak2	,076	,042	1,809				0,071
DT-fak3	,003	,039	-0,084				0,933
DT-fak4	,015	,067	0,217	-2,69	1,97	0,57	0,828
DT-fak5	,048	,063	-0,758				0,448
ÖN	,117	,052	2,246				0,025*
EK	,389	,046	8,449				<0,001***
$R^2= 0,622$		Düz. $R^2= 0,376$		$F=35,300$		$P <0,001$	
* $p <0,05$		** $p <0,01$		*** $p <0,001$			

Diğer DT maddeleri niyeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilememektedir. ÖN ($p=0,025$) ve EK ($p<0,001$) değişkenlerinin istatistiksel önem derecesi ve belirleyicilik katsayıları Tablo 4.65 değerleriyle benzerdir. Tablo 4.67’de yaşlıların koruyucu sağlığa ilişkin DT, ÖN ve EK algılarının onların niyetleriyle olan ilişkisinin %622’sini açıkladığı; bu oranın Tablo 4.67’nin açıklayıcı varyansından Tablo 4.66’dakinden biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani sosyal ilişki/sosyal aktivitelerin genel sağlık ve sosyal iletişimin duygusal sağlık için “önemli” olduğunu; beyin eğitimi/zihinsel stimülasyonların bilişsel performans için istatistiksel açıdan oldukça “önemli” olduğuna dair davranışsal tutum içerisinde olan yaşlıların sağlık niyet puanları da yükselme eğilimindedir ($p<0,001$). ÖN boyutunda yaşlıların “sağlık, esenlikle ilgili dini, manevi toplulukları ile; sağlığı teşvik edici davranışlar konusunda aynı fikirde çocuk ve torunlarıyla aynı fikirde oldukları algısındadırlar. Doktorlarının, öğretmen ve eğitimcilerinin ve tüm toplumun onların sağlığına dikkat etmesini ve özen göstermesini beklediği ve uzun süreli sağlık ve bakım sigortasının sağlıklı yaşam çabalarına katkıda bulunacağını düşünen yaşlıların da sağlık “niyet” puanları yüksektir ($p<0,025$). Diğer yandan kendi eylemlerine bakış açılarına göre koruyucu sağlık “niyeti” durumu incelendiğinde, düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutinde kullanabilecek kaynakları olanlar ve fiziksel aktiviteleri, fiziksel yetenek ve sınırlarına uyarlayabilecekler olanlar, yeme ve uyku alışkanlıklarını kontrol altında tutanlar ile rahatlamak ve stresten uzaklaşmak için yeterli olduklarını ve zaman da bulabildiklerini ifade edenlerin koruyucu sağlığa yönelik olumlu “niyet” beslemeleri daha

olasıdır. Yine olumlu niyeti etkileyen bir durumda yardıma ve bakıma ihtiyacı olduğunda aile ve mahalle desteğidir.

4.6.3 Niyet ve Eylem İlişkisi

Yaşlıların eylemlerinin niyet durumu ile ilişkisi incelendiğinde, faktör almış tüm “niyet” maddelerinin sağlık eylemlerini etkilediği görülmektedir (Tablo 4.68).

Tablo 4.68 PET yapılarının ilişkisi: Niyete göre eylemlerde bulunma durumu.

	B	Std.Hata	t	Artık değer		SS	p
				Min.	Max.		
Sabit	1,438	0,124	11,597				
N1	0,163	0,027	6,056				<,001***
N5	0,127	0,026	4,483	-1,39	1,04	0,44	<,001***
N7	0,090	0,029	3,067				,002**
N8	0,224	0,030	7,570				<0,001***
R ² = 0,516		Düz.R ² = 0,510		F= 105,11		P <0,001	
* $p < 0,05$		** $p < 0,01$		*** $p < 0,001$			

Bu analize giren sağlık eylemleri “son 3 ayda yaptığı egzersiz, diyet, stres azaltma/rahatlama, uyku/dinlenme, zihinsel yetenek ve bilişsel işlevlerini sürdürme, doktor önerilerine uyma ve ilaçlarını düzenli kullanma ile zararlı maddelerden kaçınma” yönelik eylemlerdir. Yaşlıların “düzenli günlük fiziksel aktivite ($p < 0,001$), sağlık kontrolleri ($p < 0,001$), sosyal temas ve aktivitelerini sürdürme ($p = 0,002$) ve zihinsel yetenek/ işlevlerini korumaya yönelik niyetleri ($p < 0,001$)” onların son 3 aydaki olumlu koruyucu sağlık eylemlerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde açıklamaktadır. Diğer yandan yapılan regresyon analizinin belirleyicilik ve genellenebilirlik değerleri yüksektir ($R^2 = 0,516$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,510$, $p < 0,001$).

4.6.4 Öznel Eylem Kontrolünün Eylem ile İlişkisi

Tablo 4.69’da yaşlıların son üç ayda yaptığı eylemler bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bu tabloda, eylem boyutunun, öznel eylem kontrolü tarafından büyük ölçüde ($R^2 = 0,623$, düz. $R^2 = 0,377$) açıklandığı saptanan ($p < 0,001$) eylemler şunlardır: düzenli egzersizler, diyet, stresten uzaklaşma ve rahatlama aktiviteleri, uyku ve dinlenme, sosyal temas aktiviteleri, zihinsel bilişsel aktiviteler, doktor ve ilaç talimatlarına uymaları, alkol ve sigara gibi zararlı maddelerden kaçınmaları. Yaşlıların bu eylemleri yapmaları, düzenli egzersiz yapacak kaynakları olduğuna ($p = 0,005$), yeme alışkanlıklarını kontrol altında tutabildiklerine ($p = 0,005$) uyku alışkanlıklarını kontrol altında tutabildiklerine ($p = 0,003$)

fiziksel sınırlarına göre fiziksel aktiviteleri ayarlayabildiklerine ($p=0,001$) inanmalarıyla ilişkilidir.

Tablo 4.69 PET yapılarının ilişkisi: öznel EK algısına göre eylemde bulunma durumu.

	B	Std.Hata	t	Artık değeri			p
				Min.	Max.	SS	
Sabit	2,158	,120	17,934				
EK1	,091	,032	2,846				,005**
EK2	,086	,031	2,828				,005**
EK3	,017	,038	,443				,658
EK4	,103	,034	3,030	-1,76	1,28	0,49	,003**
EK14	,039	,033	1,165				,245
EK15	,151	,044	3,414				,001**
EK20	-0,16	,024	-,680				,497
R ² = 0,623		Düz.R ² = 0,377		F= 35,555		P <0,001	
* <i>p</i> <0,05		** <i>p</i> <0,01		*** <i>p</i> <0,001			

Bu çalışmada oluşturulan yaşlı bireylerin koruyucu sağlığa yönelik niyet ve davranışlarının belirlenmesinde kullanılan koruyucu sağlık hizmetlerinde yol gösterici olması için hazırlanan kavramsal model YDT ve PET yapılarının tümü dahil edilerek bir sonraki bölümde sunulmuştur. Çalışmanın istatistiksel analizleri sonucunda hipotezlerin tümü kabul edilmiştir (Tablo 4.70).

Tablo 4.70 Araştırma hipotezleri sınanma sonuçları.

	B	T	p^*	Hipotez kodu	Sonuç
Niyet ~ DT	0,319	3,648	$<0,003^{**}$	Hipotez 1	Kabul edildi
Niyet ~ ON	0,120	2,342	$0,019^{***}$	Hipotez 2	Kabul edildi
Niyet ~ EK	0,415	9,321	$<0,001^{***}$	Hipotez 3	Kabul edildi

Değerler için bakınız: Tablo 4.65.

Hipotez 1 (Yaşlılar, olumlu eylemleriyle sağlıklarını koruyabileceklerine inanıyorlarsa, sağlıklarını koruma niyeti gösterirler): Kabul edildi.

Hipotez 2 (Yaşlılar, sağlıklarını korumaya yönelik eylemlerin kabul göreceğini düşünürlerse, sağlığı koruma eyleminde bulunma niyeti gösterirler): Kabul edildi.

Hipotez 3 (Yaşlılar, eylemlerini kontrol edebileceklerine inanıyorlarsa, sağlıklarını koruma eylemlerinde bulunma niyeti gösterirler): Kabul edildi.

4.7 Yaşam Durumu Tezi ve Planlı Eylem Teorisine göre Yaşlıların Koruyucu Sağlık Modeli

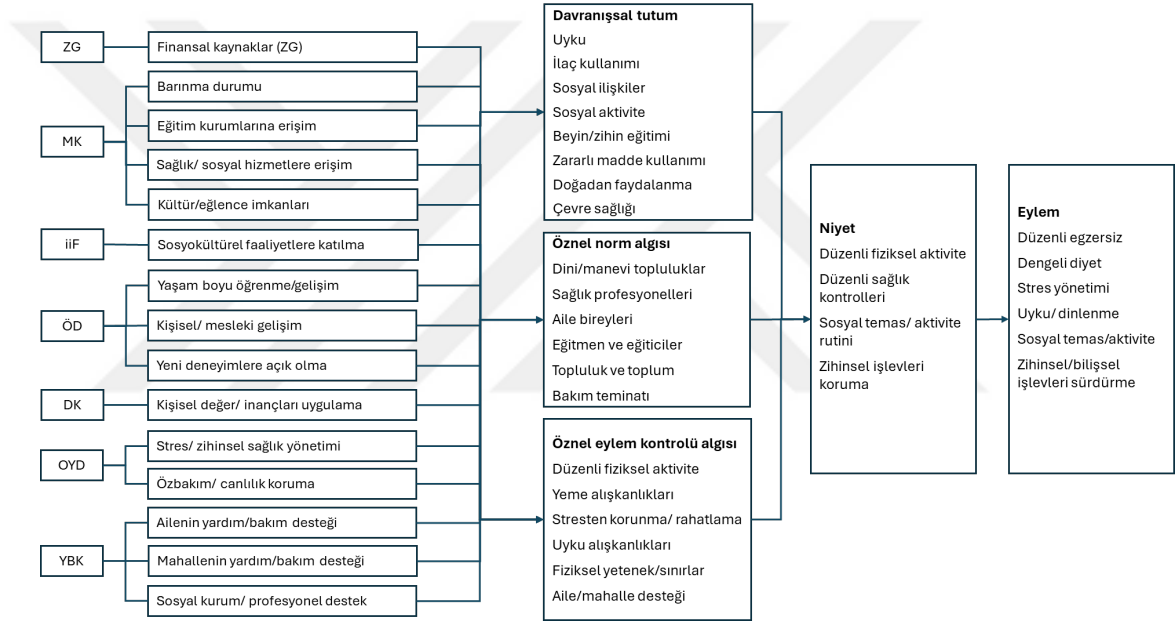
Bu tez çalışmasında, öncelikle YDT ile PET yapılarından DT, ÖN, EK arasındaki ilişkiler, daha sonra PET yapıları arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılmıştır. Yapılan 2 aşamalı ilişki testleriyle YDT boyutlarını belirlediği tespit edilen 15 madde (Tablo 4.63) ve yapı ve iç güvenirlik testlerinde uygun faktör yükü olarak PET yapılarını açıklayan 36 madde (Tablo 3.12) PET ve YD tezine dayalı yaşlılara yönelik koruyucu sağlık modelinin belirleyicileridir. Bu maddelerde işaret edilen anahtar kavramlar kullanılarak yaşlıların yaşam durumlarına dayalı planlı koruyucu sağlık niyet ve eylemlerini gösteren kavramsal bir model ortaya çıkarılmıştır. Yaşlılar için koruyucu sağlık hizmetlerinin planlaması ve uygulanması Şekil 4.6’da yer alan kavramsal çerçeve model ile mümkündür ve bu model bu tez çalışmasının ana sonucudur.

YDT ve PET çerçevesinde yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri modelinde (Yaşlılar için YD-PET-KSHM) yer alan kavramlar maddelerdeki vurgulanan koruyucu sağlık ile ilgili anahtar kavramlardır. Bunlar:

- ⇒ *PET anahtar kavramları*: PET yapılarına ait maddelerin belirlendiği faktör analizi, Cronbach’s alpha ve sonrasında yapılan ilişki testleriyle doğrulanan maddelerden alınmıştır.
- ⇒ *YDT anahtar kavramları*: YDY boyutlarına ait maddelerin belirlendiği faktör analizi ve Cronbach’s alpha değerlendirmesi yapılmıştır. Bu analizlerde elde kalan maddelerin DT, ÖN, EK bağımlı değişkenlerini belirleyiciliği 2 aşamalı ilişki testlerinden geçirilerek YD tek boyuta indirilmiştir. Ve regresyon katsayılarının belirleyici olduğu tespit edilen maddelerden alınmıştır.

Yaşlılar için YD-PET-KSHM çerçevesindeki yaşam durumu güdüleyicileri finansal kaynaklar, barınma koşulları, sağlık, sosyal, kültürel, mesleki, eğitim, öğretim, bakım ve desteğe erişimdir. Davranışlarda tutumda, uyku, ilaç kullanımı, sosyal ilişkiler ve aktivite, beyin/zihin eğitimi, zararlı madde kullanımı, doğa ve çevre ilişkili tutumlar belirleyicidir. Öznel olarak uzun süreli sağlık sigortasına (bakım teminatı) bakış açıları dışında ait oldukları dini/manevi topluluklar, sağlık profesyonelleri, aile bireyleri, eğiticiler, topluluk ve toplumun onların sağlıklarına bakışlarına dair normatif algıları yine onların sağlıklarını korumaya yönelik niyet ve eylemlerini belirleyen etkenlerdir. Eğer yaşlı bireyler, fiziksel

aktivite rutini oluşturmalarını, yeme ve uyku alışkanlıklarını, stres yönetimini yapabilecekler, fiziksel aktivitelerini kendi sınırlarına uydurabilecekler ve sağlık aktivitelerinde aile ve mahallelerinden destek alabileceklerse koruyucu sağlığa dair niyet ve eylemleri de iyileşecektir. Diğer yandan yaşlı bireylerin düzenli fiziksel ve sosyal aktivite, sağlık kontrolü ve zihinsel yetenek ve işlevlerini koruma niyetleri varsa, egzersiz ve diyet, uyku ve stres yönetimi, sosyal ve zihinsel aktivitelerine yönelik eylemleri de olması beklenmektedir. Bu anlamda bu etken ve etkilenen belirleyiciler, yaşlı bireylerin koruyucu sağlığa yönelik niyet ve eylemlerini açıklamaktadır.



Şekil 4.6 Yaşlılar için YD-PET-KSHM.

5. TARTIŞMA

Araştırma raporunun bu bölümünde, araştırma bulgu ve sonuçları, genel bilgiler ve inceleme, PET yapıları, YD yapıları ve yaşlılar için ortaya konan koruyucu sağlık modeli araştırma kapsamında ve benzer literatüre göre tartışılmıştır.

5.1 Giriş ve Genel İnceleme

Yaşam boyu eğitim ve yaşlıların değişime uyum sağlaması, aktif kalması, sosyal çevre ile iletişim içinde olması için yaşlılara sunulacak sağlık hizmetlerinin kalitesine ve koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin ve faydalanacağı bakım modellerinin geliştirilmesine ve yaşlıların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine bağlıdır. Bu tez çalışmasının örneklemini yaşam boyu öğrenme çerçevesini benimsemiş 60 yaş üzeri Antalya Tazelenme Üniversitesi öğrencileridir. Bu nedenle bulguların tartışmasında ve oluşturulan “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” etkinliği değerlendirilirken ya da modifikasyonları düşünülürken, örneklem profili göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye 2024 yaşlı nüfusu verilerine göre (TÜİK, 2024b) %55’i kadın iken örneklemin %60’ı kadındır. Örnekleimde olduğu gibi Türkiye’de evli yaşlı erkek oranı (%84) evli yaşlı kadın oranından (%47) yüksektir. Bu çalışmada da evli erkek oranı (%82), evli kadın oranından (%44) yüksektir. Türkiye’de yaşlı nüfusun %19’u yalnız yaşıyorken; örneklemin %18,5’i yalnız yaşamaktadır. Türkiye’de yaşlıların işgücüne katılımı %12,2 iken; örneklemin sadece %4,25’i çalışmaktadır. Türkiye’de okuryazarlık olmayan yaşlı oranı %12,5 iken bu örnekleimde herkes okuryazardır. Türkiye’de yükseköğrenim bitirenler %8,7 iken; bu çalışmada yüksek eğitim bitirenlerin oranı %44,75’tir. Ancak Türkiye’de olduğu gibi erkek eğitim düzeyi daha yüksektir. Eğitim düzeyi açısından diğer profil özelliklerinde Türkiye yaşlı nüfusuyla benzerlikleri az olan örneklem, bu çalışmanın hedeflerine ulaşması açısından uygun görülmüştür. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/653>, Erişim tarihi: 8.2.2023) yaşlı eğitimi hedeflerine (hedef 3.4) ulaşıldığında, bu örneklemin temsil ettiği profile benzeyen bir yaşlı nüfus oluşması ve bu çalışmanın yol gösterici olması beklenmektedir.

Çalışma örnekleminin koruyucu sağlığa ilişkin davranışsal tutumlarının öznel norm ve eylem algısı kontrollerine göre daha olumlu olduğu; öznel eylem kontrolü algılarının ise öznel norm algılarından daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.31, 4.32, 4.33). Öznel norm algısının en düşük yol katsayısında olduğunu ve davranışsal tutumun en yüksek belirleyicilik gösterme eğiliminde olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Dhakal ve ark., 2023). Ancak yeşil, doğa ve çevreyi koruma gibi daha yeni fikirlere ve toplumsal değişimlere ihtiyaç duyan niyet ve eylemleri açıklayan çalışmalarda (Liv d., 2023) öznel norm algısının yüksek katsayı verdiği de görülmektedir. Algılanan öznel norm etkisini yüksek olduğu bir diğer çalışma konusu Covid-19 aşısı yaptırma kararlarında görülmüştür. Bireyler henüz tutum geliştirecek bilgiye bile sahip olamadan algılanan toplumsal normların baskısıyla aşı olma kararı vermişlerdir (Shmueli, 2021; Hossain ve ark., 2021). Ancak Li ve arkadaşları ile (2021) Ritchie ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da olduğu gibi algılanan davranışsal kontrolünün davranışa (eylem) direk etkisi korunmaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarından beri ülkemizde gelişimi sürdürülen koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin kendisini yakından ilgilendiren ve kendi iyiliğine etkisi olan hizmetlerdir. Bireyler bu hizmetlere kendi davranışsal tutumlarını belirleyerek destek olmaktadır. Dolayısıyla toplumsal normların bireyin algısına hitap etmesi önemini korusa da bu çalışmada bireyin kendi tutumu ($\beta=0,319$) öznel norm algısına ($\beta=0,120$) göre daha belirleyici ($R^2=0,598$) olmuştur (Tablo 4.65).

Yapılan çalışmalar sağlıklı beslenme davranışının tutum, algılanan davranış kontrolü ve öznel normla ilgili olduğunu göstermiştir (Fila ve Smith, 2006; Liu ve ark., 2022). Yaşlıların davranışsal tutumları incelendiğinde; dengeli diyet yapma konusundaki tutumları %70 ile en düşük oranda olumlu tutum göstermiştir. Yine bununla ilgili olarak sağlıklı besinler hazırlama ve yeme alışkanlıklarını kontrol etmeye yönelik öznel eylem kontrolü algıları da %60 ve %70 oranında olumlu bulunmuştur. Dengeli diyet sürdürme niyeti %60,2 olan yaşlıların son üç aydaki dengeli diyet davranışları ise en düşük eylem puanı (%36, 9) alan maddedir. (Tablo 4.34). Yaşlıların tutumları, norm ve eylem kontrolü algıları her zaman yapılan eylem ile tam uyumlu olmayabilmektedir. Diğer yandan bu çalışmada tutum ve eylem kontrolü puanları son üç ayda gösterdiği davranışla tam uyumlu

değildir. Ancak dengeli diyet ve sağlıklı yeme ile ilgili maddeler her üç yapıda içerisinde (DT, ÖN, EK) de diğer maddelere göre düşük olumlu puanlar almıştır. Yaşlıların sağlıklı uyku, doğa, temiz hava, güneş ve çevre ile ilişkili tutumları ise yüksektir.

Yaşlılarda uyku süresi ve kalitesinde bozulmalar mümkündür. Yaşlıların uyku davranışlarını PET çerçevesinde inceleyen bir çalışmada, yaşlıların sağlıklı uyku tutumu ($\beta=0,251$), algılanan öznel normlar ($\beta=0,205$) davranış kontrolü ($\beta=0,409$) algısı sağlık uyku niyeti üzerinde etkili etkili bulunmuştur. Davranışsal niyet ($\beta=0,429$) ve algılanan davranışsal kontrol ($\beta=0,167$) de sağlıklı uyku davranışlarının yordayıcıları olarak bulunmuştur (Taherpour ve ark., 2022). Bu çalışma da ise uyku ile birlikte birçok değişken regresyon modeline dahil edildiği için sağlıklı uyku ile ilgili tutum maddeleri %95 üzerinde olumlu puan alırken, Eylem kontrolü algısı %66'ya düşmüş; niyet %82 iken son 3 aylık yeterli düzenli uyku eylemi ise %79 oranında olumludur (Tablo 4.34).

Aile, yaşlı sağlığını destekleyen koşulların oluşmasında önemlidir. Bu nedenle sağlığının korunması ve teşviki için bağlam ve davranış mekanizmalarının anlaşılmasının iyileştirilmesi, bireylere yönelik çabaları tamamlayarak halk sağlığı politikasının ve kronik hastalık önleme programlarının geliştirilmesinde aile faktörü göz önünde bulundurulmalıdır (Ho ve ark., 2022). Bu çalışmada diğer topluluk üyeleri, ait oldukları toplum ile ilgili öznel norm algıları incelenen yaşlıların ait oldukları dini/manevi topluluklarının görüşlerine düşük oranda değer verirken; aileleri, çocukları, torunları ve arkadaşlarıyla sağlıkları koruma ve geliştirme konusunda ortak görüşte olduklarını ve toplumun kendilerinin sağlıklarıyla ilgilenmediğini bildirmişlerdir. Bu sonucu yorumlarken aile bağlarını koruyan Türk kültüründe de yaşlıların sağlığını korumaya yönelik girişimlerde aile faktörünün etkisi ortaya çıkmaktadır.

Örneklem norm algısı yapısında ailesiyle aynı fikirde (%71, Tablo 4.32) iken eylem kontrolü algısında yardım ve bakım ihtiyacında da aile ve mahallesinin desteğine güvenenlerin oranı %54'te kalmıştır (Tablo 4.33). Yaşlı nüfusun %10'u geçtiği ve doğurganlığın azaldığı; giderek fasülye direği aile tipine geçiş yapan ülkemizde ailenin bakıcı yükünü yüklenebilecek bireyler özellikle kadınlar 65 yaşına kadar çalışmak durumundadır. Bu durum evlerde aile bireylerinin bakımına güvenen yaşlıları endişelendirmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde giderek artan çalışma oranı ve mahalle

kültürünün azalması ve komşu ilişkilerindeki azalma da yaşlıların bu fikirde olmalarına sebep olabilir. Diğer yandan aile bağlarının köy ve kasabalara göre daha zayıf olduğu Antalya gibi büyük şehirde ikamet eden örneklemin bu düşüncede olması beklenen bir sonuçtur.

Koruyucu sağlığa yönelik öznel eylem kontrolü algılarının tümüne olumlu görüş bildiren yaşlıların oranı % 50'yi aşmıştır. En olumsuz puanlar %45 ile yardım bakım ihtiyacında aile ve mahallesinin desteğine ve günlük egzersiz rutini oluşturabileceği konusunda kendisine inanmayan yaşlılardan gelmiştir (Tablo 4.33). Yapılan bir çalışmada, yaşlı yetişkinlerin fiziksel aktivite seviyesinin cinsiyet, yaş, yaşam koşulları, yaşam çevresi, kendi psikolojisi ve sağlığına yönelik değerlendirmesi ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (Liang ve ark., 2025). Yine etraftaki kişilerin egzersiz davranışları ve egzersizi onaylamalarının yaşlıların yürüme gibi egzersizleri yapmasında etkisi vardır (Liu ve ark., 2022). Dolayısıyla örneklemini temsil eden bireylerin buna benzer kontrol edilmeyen değişkenler nedeniyle bu konulardaki eylem kontrolü algıları düşük olabilir.

Yaşlılar genelde eğer doktorların onun sağlığını düzeltebileceğine inanıyorsa ve hastalıktan kurtulma olasılığının iyi sağlık bakımı olduğunu düşünüyorsa; doktor tavsiyelerine daha çok uymaktadırlar (Dahal ve Kahana, 2024). Bu çalışmanın örneklemini de doktor önerisine uyma ve zararlı maddelerden uzak durma konusunda kendi öznel eylem kontrollerinin yüksek olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.33). Bu durum hastalıklardan korunma, ilerlemesini engelleme ve iyileşeceklerine; hekimlere ve tıbbı inandıklarını göstermektedir.

Kronik hastalıklara yol açtığı bilinen sigara ve alkol kullanımının, yaşlanma ile ilişkisi karmaşıktır. Yaşlanma algılarını değiştirmek, bu maddelerin kullanımı azaltmada etkili bir müdahale yöntemi olabileceği düşünülmektedir (Villiers-Tuthill, 2016). Bu çalışmada örneklemin sigara ve alkol kullanımını kontrol etmeye yönelik yüksek eylem kontrolü algısı puanlarının birey profili ile ilgisi olabilir. Çünkü Tazelenme Üniversitesi öğrencileri ilk yıllarından itibaren yaşlılık ve yaşlanma olgusunu çeşitli yönlerden inceleyen dersler almaktadırlar. Bu dersler onların yaşlanma algılarını iyileştirilmiş ve zararlı maddelerden kaçınma ile ilgili algılarını düzenlemiş olabilir.

Niyet, gerçek sağlık davranışının her zaman güçlü bir öngörücüsü olmayabilir. Çalışmalar, insanların niyet-davranış boşluğunun anlaşılmasında motivasyon, tetikleyici, tepki, kapasite ve süreç ile ilgili başka belirleyiciler olabileceğini göstermektedir (Faries, 2016). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan yaşlıların genel olarak olumlu niyet ve eylem puanları içerisinde en yüksek puanları alanlar (Tablo 4.34), doğa güneş ve temiz havadan faydalanma (%89,9), ilaç ve doktor talimatlarına uyma (%89,8), alkol ve sigara gibi zararlı maddelerden uzak durma (%83,2) maddeleridir. Doğa, güneş, çevre ve temiz hava konulu tutum maddeleriyle uyumlu olarak bunlardan faydalanma niyetleri yüksek (%90) ancak son üç aydaki eylemleri düşüktür (%65). Bunda çalışmanın yapıldığı ilde veri toplama süreçlerinin büyük bölümünün Tazelenme Üniversitesi'nin aktif eğitim verdiği bahar ve kış aylarında yapılmasının etkisi vardır. Antalya'da bu aylarda yağmur yağışı yüksek olduğundan yaşlı bireylerin doğada bulunma aktivitesi yapma fırsatı olmamış olabilir. Benzer şekilde dengeli diyet sürdürme niyetine (%60) dair eylem puanı (%36) da düşüktür. Sağlıklı olmaya yönelik niyet ve eylem yapılarında (EN), her niyet maddesine dair eylem maddeleri genel olarak daha az olumludur. Ancak düzenli fiziksel aktivite ve rahatlama ve stres atmak için zaman ayırmaya yönelik eylem puanları niyet puanlarından daha yüksektir. Yani bireyler bazen niyet olmaksızın eylemde bulunabilirler. Bu çalışmanın eylemi açıklayan niyet maddelerine yapılan regresyon denkleminin varyansı %0,51'dir (Tablo 4.68).

Malezya da evli bireylerin sağlık yaşam sürme niyet ve eylemleri PET çerçevesinde incelendiğinde, DT, ÖN ve EK yapılarının tümünün niyeti yordadığı, eylemi ise sadece niyet ve tutumun belirlediği bulunmuştur (Md Nor ve ark., 2023). Bu çalışmada, örneklemin partneri olma durumuna göre sağlıklarını koruma niyet ve eylemleri incelenmiştir. Başta erkekler olmak üzere çoğu bireyin partnerli bir yaşam sürdükleri ve partneri olan yaşlıların diyetine daha dikkat ettiği ve zihinsel ve bilişsel gelişimlerini daha iyi takip edebildiği anlaşılmıştır. Partnersiz yaşlılar ise stresten uzak durma ve uyku/dinlenme için zaman ayırma niyeti daha yüksektir (Tablo 4.35).

Yapılan bir inceleme çalışmasında, emekli olmadan önceki iş özelliklerine ve bireysel yaşam tarzına bağlı olarak emeklilikte refahın değişiklik gösterdiği, geliri yüksek emeklilerin daha iyi ruhsal ve fiziksel sağlık, daha aktif yaşam ve daha az kronik hastalığa

sahip olmayla ilişkili olduğu saptanmıştır (Vigezzi ve ark., 2025). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyal güvenlik sistemi fon ve kaynakları nüfusun artışı ile kısıtlığa girmiş, tüm dünyada olduğu gibi (Weaver, 1986) ülkemizde de 80'ler sonrasında emeklilik ödemeleri konusunda ve bireylerin cepten ödemelerine kadar giden sıkıntılar oluşmaya henüz başlamıştır (Kökalan Çımrın ve Durdu, 2015). Çalışma örnekleminin çalışma hayatına başladıkları dönemde ülkemizde erkeklerde çalışma süresi 25 yıl, kadınlarda 20 yıl idi. Bu nedenle çalışma örneklemini neslinde sigortalılık oranı düşük ve emeklilik şartları ve gelirleri daha yüksekti. Bu nedenle bu çalışmada, emekli bireylerin yaşam durumunun zenginlik ve gelir ile maddi kapsam boyutları puanları yüksektir (Tablo 4.36, 4.39, 4.41). Ayrıca emekli olan bireylerin niyet ve eylem niyeti puanları dahil olmak üzere PET yapılarına dair puanları diğer gelire sahip olanlardan genel olarak daha yüksektir. PET yapısı maddelerinden diyet, uyku, sağlık kontrolü, doktor ve ilaç talimatlarına uyma ile ilgili olanlar dışında doğa, güneşten faydalanma niyeti ve son 3 aylık davranışları da yüksektir.

Eğitim durumuna göre bireylerin niyet ve eylemleri incelendiğinde ise eğitim durumu düşük bireylerin daha fazla fiziksel ve bedensel konularla; yüksek olanların ise zihinsel/bilişsel işlevlerle ilgili niyet ve eylemlerle ilgilendiği anlaşılmaktadır (Tablo 4.37). Önceki yaşlarda alınan yüksek eğitimin yaşlanmada koruyucu bir faktör olduğu ve bilişsel yaşlanmada bilişsel ve beyin rezervindeki azalmayı ertelemeye yardımcı olabileceğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Chen ve ark., 2019). Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük bireyler uyku, dinlenme, doktor kontrolleri ve ilaç alma konularında daha fazla niyet ve son 3 aylık eylem davranışı göstermişken; yüksek eğitilmiş grup daha ziyade zihinsel ve bilişsel işlevlerini korumaya yönelik niyet ve eylemler bildirmişlerdir. Bireylerin yaşamlarının önceki dönemlerinde sürdürdükleri eğitim alışkanlıklarının devam ettiği ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin bilişsel ve zihinsel aktivitelere önem verdikleri görülmüştür.

5.2 PET Yapıları

Bu çalışmanın hipotezleri PET çerçevesinde koruyucu sağlığa ilişkin yaşlı niyet ve eylemlerinin onların davranışsal tutumları, öznel algı normları ve eylem kontrolü algıları tarafından belirlendiği yönündedir. Antalya Tazelenme Üniversitesinde eğitim gören 60

yaş üstü bireylerin koruyucu sağlık eylemleri niyet ve eylemlerini davranışsal tutumları, öznel algı normları ve eylem kontrolü algıları belirlemektedir (Tablo 4.65, 4.66). PET, görece basitliği ve esnekliğinin yanı sıra davranışsal tutum, öznel algı normları, eylem kontrolü algısı yapılarıyla niyet ve eylemlerdeki önemli değişiklikleri açıklama etkinliğiyle bilinmektedir (Hagger, 2019). Hagger ve arkadaşlarının (2007, 2022, 2024) teoriyi birden çok alanda ve çok yönlü yaptığı incelemelerde de kanıtladığı gibi, PET yapıları zaman için de değişse de temel özelliklerini korumakta ve yapılarıyla açıklayıcılığını ve belirleyiciliğini sürdürmektedir. Bu doktora tez çalışması PET yapılarının özellikle DT, ÖN, EK yapılarının niyet ve eylemleri açıklama ve belirleme özelliklerini yeniden doğrulamaktadır.

Ritchie ve arkadaşlarının (2021) yaptığı mamografi taramalarının PET çerçevesinde incelendiği sistematik incelemesindeki PET yapılarının açıklayıcılık değerleri eylem ($R^2 = 0.24$) ve niyet için (sonuç olarak niyet) 0.46'dır. Eylemin en büyük belirleyicisi niyettir. Bu çalışmada regresyon modellerinde diğer boyutlarla ilişkisi incelenen niyet değişkenleri düzenli günlük fiziksel aktivite yapma, düzenli kontroller/sağlık kontrolleri yaptıрма, sosyal temaslarını/aktivitelerini sürdürmeyi ve zihinsel yetenek/ işlevlerini koruma niyetleridir (Tablo 4.65). Ve bu niyetlerin tümü koruyucu sağlığa yönelik niyetleri davranışsal tutumları ($\beta=0,319$) öznel algı normları ($\beta=0,120$) ve öznel eylem kontrolü (0,415) algılarıyla belirlenmektedir. Bu regresyon modelinin açıklayıcılık varyansı ($R^2=598$) yüksektir.

Örneklemdaki yaşlıların özellikle uyku ve dinlenme, zihinsel berraklık ve enerji sağladığı yönelik olumlu tutumları koruyucu sağlık niyetlerini belirlemektedir. Sosyal ilişki/sosyal aktiviteleri, sosyal iletişim, beyin eğitimi/zihinsel stimülasyonlar uygulamaları, yaşlıların fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlık açısından önemlidir. Yaşlı bireyler koruyucu sağlık ve sağlık teşviki ile ilgili genel olarak manevi toplulukları, çocuk ve torunlarıyla aynı fikirdedirler. Doktorlar, öğretmen, eğitmenler hatta toplumun onların sağlıklarına özen göstermesini beklediğine; sağlık ve bakım sigortasının sağlıklı yaşam çabalarına katkıda bulunacağına inanmaktadırlar (Tablo 4.67). Yapılan diğer çalışmalar başta aile hekimleri olmak üzere doktorların (Tazkari ve ark., 2016), destekleyici eğitimin (Chang ve ark.,

2017) ve uzun süreli bakım sigortasının (He ve ark., 2025) yaşlı sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine katkısı olduğunu doğrulamaktadır.

Yine örneklemin düzenli fiziksel aktivite için kaynakları fiziksel yetenek ve sınırları, yeme ve uyku alışkanlıkları, stresten uzaklaşmaya yönelik durumları kontrol edebileceklerini düşünmeleri onların koruyucu sağlık eylemlerinde bulunma niyetlerini arttırmaktadır (Tablo 4.69). Yapılan çalışmalar, algılanan davranış kontrolündeki ve niyetlerdeki kişi içi değişikliklerin sonraki uyku fırsatını öngördüğünü ve uyku teşvik çabalarının potansiyel iyileştirilmesine ilişkin içgörü sağladığını göstermektedir (Mead ve Irish, 2022).

Bu çalışmada, yaşlıların sağlığı koruma niyetleri, eylemlerini açıklamaktadır. Düzenli günlük fiziksel aktivite yapma, sağlık kontrollerini ve sosyal temaslarını sürdürme ve zihinsel yetenek/ işlevlerini korumaya yönelik olumlu niyetler içinde olmaları onların son 3 aydaki koruyucu sağlık eylemleriyle (egzersiz, diyet, stres azaltma/ rahatlama, uyku/dinlenme, zihinsel yetenek ve bilişsel işlevlerini sürdürme, doktor önerilerine uyma ve ilaçlarını düzenli kullanma ile zararlı maddelerden kaçınma) ilişkilidir (Tablo 4.68). PET'e dayalı sağlıkla ilgili benzer çalışmalarda da bireylerin niyeti eylemleriyle ilişkili bulunmuştur (White 2012). Ayrıca yapılan 58 çalışmada tüm parametreler ölçülmemiş olsa da sigara, alkol, egzersiz, yürüyüş, içecek ve besin tüketimi alışkanlıkları, bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi koruyucu sağlığa yönelik tutum, norm ve eylem kontrolü algısı ölçümleri incelenmiştir (Godin ve Kok, 1996). Çalışmada kullanılan yapısal eşitlik modeli bu çalışmanın istatistik modeli olmadığı için, yol katsayıları farklı olsa da PET yapılarının ilişkisi açısından bu tez çalışmasıyla aynı yöndedir.

5.3 Yaşam Durumu

Yaşlıların yaşam durumu boyutlarından zenginlik ve gelir puanları düşüktür (Tablo 4.38). Çoğunluğu finansal kısıt ve belirsizliklerden etkilenmekle birlikte emeklilik geliri olanların finansal güveliği daha yüksektir ve finansal belirsizliklerden diğer gruba göre daha az etkilenmektedir. Partneri olmayanlar finansal kararları daha iyi alıp ve yönetirken; partnerli grup finansal kısıtlama ve belirsizliklerden daha çok etkilenmektedir. Eğitim durumu yüksek yaşlılar ise zenginlik ve gelir durumu için genel olarak daha olumlu cevaplar bildirmiş iken; orta düzey eğitimlilerin finansal belirsizliklerden en çok

etkilendiği tespit edilmiştir (Tablo 4.39). Avrupa’da da birçok ülkede eğitim ve gelire göre yaşlıların sağlık durumunda değişiklikler olduğu tespit edilmiştir (Dalstra ve ark., 2006).

Maddi manevra kapsamında sağlık ve sosyal kaynaklardan haberdar olan yaşlı oranı %35’in altında kalmıştır (Tablo 4.40). Dalstra ve arkadaşlarının (2006), on Avrupa ülkesinde yaptığı Avrupa düzeyinde derlenen meta veriden derlenen araştırmasında eğitim ve gelire ek olarak konut sahibi olmanın da sağlığı önemli düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasın-da da yaşlıların %75’inin kendi evinde ikamet ederken; sadece %57’si barınma ve yaşam koşullarından memnundur.

Antalya Muratpaşa Belediyesi 2014 yılından beri Dünya Sağlık Örgütü’nün Yaş Dostu Şehirler ağı’nın bir üyesidir ve bu yönde aktiviteler yapmaya devam etmektedir (WHO, 2025). Ayrıca Antalya Tazelenme Üniversitesi Prof. Dr. İsmail Tufan’ın önderliğinde 2016 yılında ilk üçüncü yaş üniversitesidir. Bu üniversitenin öğrencileri yani çalışma örnekleme de bu imkandan faydalanan ilk yaşlı bireylerin içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle örneklem eğitim ve sağlık kurumlarından ve yerel hizmet/olanaklara erişim ve kaliteden genel olarak memnundur. Partneri olmayan grup ise daha ziyade bölgedeki kültür/eglenme mekanlarından, yerel ulaşım ve önemli tesislere erişimden daha memnundur. Orta düzey eğitim alanlar daha olumsuz; emekliler ise daha olumlu maddi manevra kapsamına sahiptir. Yapılan bir çalışma da düşük eğitimin yüksek yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Chan ve ark., 2019). Bu çalışmada da eğitim durumu düşük olan bireyler eğitim kurumlarından, yerel ulaşım ve önemli tesislere erişimden daha memnundur. Bu durum beklentilerle ilgilidir. Diğer yandan yaşlılar, bölgedeki destek ağlarından gönüllü çalışma ve topluma katılım fırsatlarından ve iletişim seçenekleri ve teknolojilerinden memnundur. Emekli olanlar ise bölgedeki destek ağları ve toplum yapısından daha fazla memnundur (Tablo 4.41, 4.42, 4.43).

Yaşlı bireylerin çoğunluğu öğrenme ve deneyim açısından çevrelerinden yeterli ilham almadıklarını ve kişisel anlamda tatmin olmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.44). Ancak yeni bilgi edinme konusunda kendilerini yetenekli görmekte ve yaşam boyu öğrenme kişisel gelişim fırsatlarına olumlu bakmaktadırlar. Bu durum, eğitim görmekte olduğu Tazelenme Üniversitesin-de verilen çeşitli eğitimler ve düzenlenen organizasyonlara katılma fırsatlarından kaynaklanmaktadır

Partneri olanlar ve emekliler öğrenme ve deneyim ile ilgili yaşam durumu boyutları daha iyidir. Çevrelerinden daha çok ilham alan emeklilerin bireysel tatminleri de daha yüksektir. Diğer yandan düşük eğitilmiş yaşlılar, kişisel gelişim ve öğrenme fırsatlarından memnunken yeni bilgileri öğrenme ve kendi eğilimleri ve ilgi alanlarını odaklanarak yeni deneyimler yaratmada yüksek eğitilmişler kadar olumlu puanlar bildirmemişlerdir. Yapılan diğer çalışmalara (de Lima Flazino ve ark., 2022) benzer olarak, bu durum önceki eğitimin ileri yaşlardaki eğitim hayatını da etkilemesi olarak yorumlanmalıdır (Tablo 4.45).

Yaşlılar genel olarak kişisel değer ve inançlarını hayatlarına uyarlayabilme yetenekleri yüksek olsa da düşüncelerini kamuoyunda paylaşma, toplumsal kararlara katılımdan memnun değildirler. Partnersiz grup farklı organizasyon, grup ya da topluma katılım fırsatlarından partnerli olanlara göre, emekli olanlar ise sosyopolitik faaliyetlere katılmaktan memnundurlar (Tablo 4.46, 4.47) Bu durum partnersiz grubun daha fazla zaman bulması ve emeklilerin aktif bir iş yaşamı sonrası topluluklarla hareket etme kabiliyetini korumasıyla açıklanabilir. Aynı zamanda yalnız bireylerin kendilerini ifade etme veya paylaşım için topluma katılım fırsatlarını daha çok gözetmesi olarak yorumlanabilir. Eğitim durumu katılımdan etkilenmemiştir. Yapılan çalışmalar gelir durumu ve eğitimin topluma katılım ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Li ve Woolrych, 2021). Sosyal bir varlık olan insanoğlu hangi yaş ya da eğitimde olursa olsun topluma katılım fırsatlarını değerlendirdiği ve topluma katkıda bulunmaya devam etme eğiliminde olduğu genel kabul gören bir durumdur.

Partneri olmayan yaşlıların kendine zaman ayırma ve boş zaman yönetimi dışında kişisel bakım ve refahı düzey de daha iyidir. Yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar görülmüştür (Cai ve ark., 2025). Emekliler de boş zamanlarını daha iyi yönetmekte ve stres yönetimi ile zihinsel sağlıklarını geliştirme fırsatlarını değerlendirmektedirler (Tablo 4.48, 4.49). Bu durum düzenli emekli geliri olan yaşlıların çalışma veya gelir etme gibi sorunlarının daha az olması aktivitelerine ve kendilerine daha çok vakit ayırabilmeleri olarak yorumlanabilir. Yapılan çalışmalar partneri olma durumu, emekli olma ile gelir ve varlıkların yaşlılıkta boş zaman aktivitelerini çok yönlü olarak etkilediğini göstermektedir (Bone ve ark., 2024).

Yaşlılar, hastalar ve bakım desteği sağlayan kişiler hastayla birlikte karar almalıdır. Desteklendiğine inanan yaşlılar, kendilerini aldıkları sosyal ve bakım desteğinin bir parçası ve aktif paylaşılan role sahip olarak algılamaktadır (Doekhie ve ark., 2020). TÜİK (2024b), Türkiye yaşlı profili araştırmasında, Türkiye’de an az bir 65+ yaşta fert bulunan hanelerin %81,8’inin ev sahibi olduğu görüldü. Bunun anlamı yaşlıların ev sahibi olduğu olarak değil, değil oturulan evin içinde yaşlı bireyle yaşayan kişilerin olması ve aslında yaşlı bireye destek ya da bakım sağladığı şeklinde yorumlanmalıdır. Yine aynı çalışmada, evde bakım desteğine ihtiyaç duyan yaşlıların oranı %16,4 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada, genelde olumsuz cevaplar alan yardım ve bakım kapsamındaki maddeler (Tablo 4.50), yaşlıların yardım, bakım ve destek konusunda endişeleri olduğu anlamına gelmektedir. Yapılan diğer bir çalışmada olduğu gibi (Paul ve ark., 2022, 2023) yaşlılar düşük sağlık sistem okuryazarlığı olarak tanımlanabilecek olan destek ve hizmetleri tanımlamakta bile zorluk çekmekte, bakımı finanse edemeyeceklerini bildirmektedir. Yaşlılar devlet ya da kurumlardan değil ailelerinden gelecek desteğe güvenebilmektedirler. Bu problemin çözümü, Tufan ve arkadaşları tarafından (2022) işaret edilen bakım modelinin oluşturulmasıdır.

Partnersiz grubun aileden çok sosyal, profesyonel ağa güvenmesi ve kurumsal hizmetleri daha iyi tanımlama ve kullanma yeteneği geliştirmiş olması, onların genelde yalnız yaşamlarından kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalar, dul, boşanmış veya hiç evlenmemiş kişilerin uzun dönem bakımda risk oluşturduğunu, sosyal bağların, ilişki durumu ile uzun süreli bakım kullanımı arasındaki ilişkiyi ekonomik kaynakların da katkısıyla kısmen açıkladığını göstermiştir (Thomeer ve ark., 2016). Bu çalışmada, ekonomik kaynağı emekli geliri olanlar bakım olanaklarından, komşu, profesyoneller ve sosyal ağlardan gelecek yardıma daha çok güvenmektedir (Tablo 4.51).

5.4 Yaşlılar için YD-PET-KSHM

Bireylerin hayatlarının erken döneminde sağlık hizmetlerine yaptığı harcamaların bir çeşit fiziksel ve önleyici sağlık sermaye yatırımı gibi yaşamlarının ileri dönemlerinde yapacakları sağlık harcamalarını düşürdüğü bilinmektedir (Özkan, 2025). Bu tez çalışmasında koruyucu sağlığa yönelik davranışsal tutum, öznel norm algısı ve eylem kontrolünün bireylerin zenginlik ve gelir durumuyla ilgili olduğu; “finansal kaynakları

kişisel öncelik ve ihtiyaçları için kullanma” maddesinin “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” için belirleyici olduğu saptanmıştır (Tablo 4.63). Yaşlıların özgür finansal kararlar alma kabiliyetlerinin geliştirilmesinde çok çeşitli dinamikler göz önünde bulundurulmalıdır (Strough ve ark., 2020: 167).

Yapılan çalışmalara (Li ve Woolrych, 2021) benzer olarak, bu çalışmada da yaşlıların, barınma ve yaşam koşullarından, bölgelerindeki eğitim kurumları, sosyal/sağlık hizmet altyapı ve olanakları, kültür ve eğlence mekanlarının onlara hitap etmesi PET yapılarıyla maddi kapsam açısından ilişkilidir. Örneklemin, kültürel ve sosyal faaliyetleri katılma durumları yine onların koruyucu sağlık niyet ve davranışlarıyla ilgili PET yapılarını ilişki, iletişim ve faaliyet boyutundan etkilemektedir. Yaşlıların kişisel, mesleki, gelişim ve yaşam boyu öğrenme, yeni deneyimlerle kişisel çıkarlarına takip edebilmeleri yine PET yapıları aracılığıyla koruyucu sağlık eylemlerini etkilemektedir (Tablo 4.63).

Kişisel değer ve inançların ilerleyen yaşlarda sürekliliğini koruduğu; ancak özellikle kişisel deneyimlerden büyük ölçüde etkilenen dünya görüşünde paradigmatik bir değişimi gerçekleştirdiğini; dünya görüşünün temel bileşenlerinin ifadesinin bireyler yaşlandıkça değiştiği ifade edilmektedir (Hoogland, 2015). Bu çalışmada da öğrenme açısından yeni deneyimlere açık bireylerin düzenleme katılım boyutundan kişisel değer ve inançlarını uygulama fırsatlarına önem verdikleri ve bu fırsatları yakalamalarının onların PET çerçevesinde koruyucu sağlık yapılarını etkilediği tespit edilmiştir (Tablo 4.63).

Bilişsel canlılığı korumak ileri yaşlarda stres yönetimi ve yaşam boyu öğrenme ile ilişkilidir. Bilişsel fonksiyonların korunması ile kronik hastalık yönetiminde ayrı bir önem kazanmaktadır (Fillit ve ark., 2002). Bu çalışmada stres yönetimi ve zihinsel sağlık ile özbakımın sürdürülmesi ve canlılığın korunmasına yönelik yenilenme ve değişim fırsatları yine bu çalışmanın belirleyicilerindendir (Tablo 4.63).

Yapılan çalışmalar sosyal bakım desteğine ihtiyacı olması durumunda, aile özellikleri ile yaşadığı çevredeki komşuluk ilişkilerinin kontrol değişkenleri olduğunu ve bireylerin mental, fiziksel ve sosyal sağlığını etkilediğini göstermiştir (Jiang ve Liu, 2023). Bu tez çalışmasında bireylerin yardım ve bakım desteği boyutlarından aile, çevre, komşular, sosyal ve profesyonel ağdan gelen desteklerin bireylerin PET çerçevesindeki koruyucu sağlık niyet ve eylemleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.63).

Bu sonuçlar genel bir bakış açısıyla yaşlı bireylerin yaşam durumları onların sağlıklarını korumaya yönelik davranışsal tutumlar, öznel norm ve eylemlerini kontrol edebilme algısıyla ilişkilidir. Yaşlı bireylerin, sağlıklarını korumaya yönelik davranışsal tutumlar, öznel norm ve eylemlerini kontrol edebilmekte iyi olmaları onların niyetlerinin de iyi olması ve dolayısıyla olumlu eylemlerde bulunmalarında belirleyicidir. Bu araştırma, önerilen bütün hipotezlerin kabul edildiği; sonuçlarını literatüre kazandıran bir araştırmadır (Tablo 4.70).

PET yapılarını ve yaşlıların sağlıklarını korumaya yönelik niyet ve eylemlerini nasıl yordandığına ilişkin net sonuçlar veren bu araştırmada, PET ve yapılarını içeren regresyon modellerinde açıklayıcı varyans değerleri kabul edilir düzeydedir. Açıklanmayan kısımlarla ilgili Hagger ve Hamilton'ın (2024) başka teorilerle desteklenmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri önemlidir. Diğer yandan sağlıkla ilgili en yüksek yordayıcılığı olan model diye adlandırılan PET modellerinde arka plan faktörleri olabileceği Alhamad ve Donyai (2021) tarafından bildirilmiştir. Bunlar yaş ve cinsiyet dışında kişilik, duygular, değerler, bilgi ve stereotipler gibi bireysel olanlar; din, ırk, kültür, ekonomi, coğrafya, medya ve girişimlerin varlığı gibi toplumsal olanlardır. Bu çalışmanın ve benzer çalışmaların anlaşılmasında bu faktörlerin önemi göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin koruyucu sağlığa ilişkin davranışsal tutumları (DT), öznel norm (ÖN) ve eylem kontrolü (EK) algıları ölçülmüş ve niyet ve eylemleriyle PET çerçevesinde ilişkilendirilmiştir. PET maddeleri yapısal boyutta açımlayıcı faktör analizi ile 10 faktöre (DT=5, ÖN=1, EK=1, Niyet=1, Eylem=2) ve 36 maddeye indirgenmiştir (Tablo 3.12). YDY boyutlarına dair maddeler ise DT, ÖN ve EK yapılarını %95 güven aralığında etkileme durumlarına göre 2 aşamalı istatistik testleriyle (Şekil 3.4, 4.5) 15 maddeye indirgenmiştir (Tablo 4.63). Bu 36 PET yapısı bildiren madde ile 15 adet YDT boyutlarına dair maddelerin çoklu doğrusal regresyonla ilişkisi analizlerinden kavramsal bir model hazırlanmıştır. Bu model “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” olarak adlandırılmıştır (Şekil 4.6).

Bu tez çalışmasında sunulan sonuçlar genel bir bakış açısıyla yaşlı bireylerin yaşam durumları onların sağlıklarını korumaya yönelik davranışsal tutumlar, öznel norm ve eylemlerini kontrol edebilme algısıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerin, sağlıklarını korumaya yönelik davranışsal tutumlar, öznel norm ve eylemlerini kontrol edebilmekte iyi olmaları onların niyetlerinin de iyi olması ve dolayısıyla olumlu eylemlerde bulunmalarında belirleyicidir. DT yapısına dair maddelere verilen olumlu cevapların yüzdesi %70-96 arası; ÖN yapısında %36-78, EK yapısında %54-86 arasındadır. Sağlıkla ilgili eylem ve niyeti ile ilgili olumlu cevap yüzdesi ise %37 ile %90 arasındadır. DT, ÖN ve EK değişkenlerinin yaşlıların niyetini belirlemesi ile ilgili olduğu bulunmuştur ve çalışmanın her üç hipotezi de kabul edilmiştir (Tablo 4.70).

“Yaşlılar için YD-PET-KSHM” kavramsal modeli çerçevesinde yaşam durumu belirleyicileri finansal kaynaklar, barınma koşulları, sağlık, sosyal, kültürel, mesleki, eğitim, öğretim, bakım ve desteğe erişimdir. **Davranış** bağlamında, uyku, ilaç kullanımı, sosyal ilişkiler ve aktivite, beyin/zihin eğitimi, zararlı madde kullanımı, doğa ve çevre ilişkili **tutumlar** belirleyicidir. **Öznel** olarak uzun süreli sağlık sigortasına (bakım teminatı) bakış açıları dışında ait oldukları dini/manevi topluluklar, sağlık profesyonelleri, aile bireyleri, eğitimciler, topluluk ve toplumun onların sağlıklarına bakışlarına dair **normatif algıları** yine onların sağlıklarını korumaya yönelik niyet ve eylemlerini belirleyen etkenlerdir. Eğer yaşlı bireyler, fiziksel aktivite rutini oluşturabilirlerse; yeme

ve uyku alışkanlıklarını ile stres yönetimini yapabilirlerse; fiziksel aktivitelerini kendi sınırlarına uydurabilirlerse ve sağlık aktivitelerinde aile ve mahallelerinden destek alabilirlerse ve *eylemsel kontrol algısı* oluşturabilirlerse koruyucu sağlığa dair *niyet ve eylemleri de iyileşecektir*. Diğer yandan yaşlı bireylerin düzenli fiziksel ve sosyal aktivite, sağlık kontrolü ve zihinsel yetenek ve işlevlerini koruma *niyetleri* varsa, egzersiz ve diyet, uyku ve stres yönetimi, sosyal ve zihinsel aktivitelerine yönelik *eylemlerinin* de olması beklenmektedir. Bu anlamda bu paragrafta sayılan etken ve etkilenen belirleyiciler, yaşlı bireylerin koruyucu sağlığa yönelik niyet ve eylemlerini açıklamaktadır.

Bu çalışma, önerilen bütün hipotezlerin kabul edildiği verilerin analizlerini ve yorumlarını literatüre kazandıran; “*Yaşlılar için YD-PET-KSHM*” adlı kavramsal model sunmasıyla, ilgili sağlık, sosyal, mali ve ekonomik otoriteler ile ulusal ve yerel kurum ve kuruluşlar için yol gösterici bir doktora tez araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarından yaşlı bireyler, akademik kurumlar ve diğer kurum kuruluşların yararlanması beklenmektedir:

Yaşlı bireylerin bu çalışmanın sonucunda belirlenen, koruyucu sağlığa yönelik *eylem niyetlerinin belirleyicilerinin farkında olmaları*, bunlara yönelik bireysel strateji ve çözüm geliştirmeleri beklenmektedir.

YD boyutlarında barınma, ikamet, çevre gibi zenginlik, gelir, maddi manevraya dair kaynakları değiştirmek ya da değiştirmek mümkün olmasa da iletişim, işbirliği, düzenleme, katılım, öğrenme, yenilenme ve diğer YD kapsamındaki kavramlara dair geliştirme ve değişim fırsatlarını kullanarak; sağlıklarını korumaya yönelik davranışsal tutumlarını, öznel norm ve eylem kontrolü algılarını iyileştirmeye yönelik adımlar atabilirler. Diğer yandan diğer kişi, kurum ve kuruluşların bu yöndeki çalışmalarına katılım sağlamaları tavsiye edilmektedir.

Zihin egzersizleri, sosyal ilişkiler, doğa/çevre yaklaşımı, SH, taramalar, ilaç kullanımı, uyku alışkanlıkları gibi davranışsal tutumlarının farkında olup, iyileştirmeye çalışabilirler. Yeme, içme, egzersiz, uyku, stres yönetimi ve bunları kendi sınırlarına göre optimal ayarlamalar yapabilirler.

Sağlıklarını korumaya yönelik toplumsal normlar ve bu normlara yönelik bireysel motivasyonlarını fark etmeleri; olumlu olanları geliştirmeli olumsuz olanları köreltmeye

çalışmalı; yol katsayısı daha yüksek olan yönelik tutum ve eylem kontrolü kavramları geliştirmeye çalışmalılar.

Gerontoloji ve ilişkili bilim dallarındaki akademi sektörü temsilcileri “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” modelinde belirlenen kavramları; farklı bilimsel çalışma çerçevelerinde incelemeleri ve daha ileri çalışmalar yapmaları tavsiye edilmektedir.

YDT ve PET değişkenlerine ilişkin kavramlar, farklı, çeşitli örneklem ile farklı kohortlarda, kültürde, toplumda araştırılmalı daha fazla veri elde edilmelidir. PET ve YDT kavramları ele alınarak her iki teorik çerçeve için ölçme araçları geliştirilmelidir. Bu tez araştırması modeli farklı teori/konseptlerle genişletilerek çalışmalıdır. Araştırma sonuçları, akademi temsilciler tarafından ilgili otoritelerin kullanımına hazır hale getirilmelidir. İlgili sektörlerle yönelik rehber dokümanlar (stratejik rapor, kontrol listeleri ve uygulama rehberleri, yol haritaları gibi) hazırlamalıdır.

Çalışma sonuçlarıyla ilişkili kurum ve kuruluşlar, (Sağlık, Aile ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve Şehircilik Bakanlıkları, yerel yönetimler, Sosyal Güvenlik Kurumu, sürekli/yaygın/yaşam boyu eğitim kurumları, teknoloji sektörü, eğlence sektörü, sivil toplum kuruluşları gibi) için hazırlanan dokümanların alanda kullanılması için projeler hazırlamalı ve uygulamalıdır. Böylelikle teori ve uygulama arası boşluk azaltılmalıdır. Sağlık Bakanlığı var olan sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik planlama ve girişimlerini (sigara, alkol, ilaç kullanımı, tarama/kontroller, kamu spotları, hastane öncesi ve sonrası uygulamalar) yaşlı bireylere yönelik olarak bu çalışmada bulunan kavramlarla geliştirmelidir.

Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, halihazırda sürdürdüğü park ve mesire alanları, rekreasyon çalışmaları, fiziksel aktivite merkezleri, şehir planlamada aile ve toplulukların birbirini destekleyeceği alanlarla ilgili yaş-dostu uygulamalara yönelik olarak bu çalışmada bulunan kavramlarla geliştirmelidir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yürütmekte olduğu aile yapısı, bakım teminatı, sosyal hizmet sunumu ile ilgili yürüttüğü çalışmaları bu çalışmada bulunan kavramlarla birlikte geliştirmelidir.

Teknoloji sektör temsilcileri, sağlık kontrolü takip uygulamaları, yaş-dostu teknolojiler, “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” modelinde tespit edilen kavramlara yönelik çalışmalarını (fiziksel egzersiz, diyet, uyku, günlük yaşama dair her bileşen, aile ve bakıcı takip sistemleri) araştırma sonuçlarıyla geliştirmesi beklenmektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları, topluluklar oluşturarak farkındalığı arttırma, kişi/kurum/kuruluşları planladığı ve yürütmekte olduğu çalışmalarını “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” modeline göre ayarlamalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık hizmetleri maliyetinin koruyucu sağlık uygulamalarıyla kontrol altına alınmasına yönelik çalışmalarını “Yaşlılar için YD-PET-KSHM” modeline göre ayarlamalıdır. Diğer yandan ülkemizde eksikliği devam eden bakım sigortasına yönelik çalışmalar hızlandırılmalıdır.

DSÖ genel merkezi ve Avrupa Bölge Direktörlüğü ve UNICEF’in yaşlılar için birincil yani koruyucu sağlık bakımına ilişkin önerileri doğrultusunda yaşlılar için entegre koruyucu bakım önerildiği bilinmektedir. Bu tez çalışması entegre bakımın ötesinde 2 ayrı teoriye dayandırıldığından, önerilen entegre bakımın bakım senaryoları üretilmesinde, kanıta dayalı klinik müdahalelerin planlanmasında ve işbirliği çalışmalarında kullanılması önerilmektedir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf>, Erişim tarihi: 9.7.2025).

KAYNAKLAR

Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte, L. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework. *BMC Geriatr.* 2019;19(1), 195. DOI: 10.1186/s12877-019-1189-9

Ahmad K. Older Adults' Social Support and its Effect on Their Everyday Self-maintenance Activities: Findings from the Household Survey of Urban Lahore-Pakistan. *South Asian Studies.* 2011; 26(1): 37-52.

Ajani OA. Recreation, Physical Activities and Health Needs of Older Adults. *The Nigerian Journal of Sociology and Anthropology.* 2014; 12. DOI: 10.36108/NJSA/4102/12(0151).

Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall; 1980.

Alidoust S, Bosman, C. Planning for an ageing population: links between social health, neighbourhood environment and the elderly. *Australian Planner.* 2015; 52(3): 177–186. DOI: 10.1080/07293682.2015.1034145.

Alhamad H., Donyai P. "The Validity of the Theory of Planned Behaviour for Understanding People's Beliefs and Intentions toward Reusing Medicines" *Pharmacy.* 2021; 9(1): 58. DOI: 10.3390/pharmacy9010058.

Alwin DF. Aging and the Life Course, Sociology of. In: Runehov, A.L.C., Oviedo, L. (eds) *Encyclopedia of Sciences and Religions.* Springer, Dordrecht: 2013. DOI: 10.1007/978-1-4020-8265-8_1294

Alwin DF, Wray L. (2005). A Life-Span Developmental Perspective on Social Status and Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60 Spec No 2:7-14. 7-14. DOI: 10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S7

Amann A. Soziale Ungleichheit im Gewande des Alters - Die Suche nach Konzepten und Befunden. In G. Naegele, HP. Tews (eds) *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters.* Opladen: Leske + Budrich; 1993, p: 100-115.

Aneshensel, CS. Introduction to theory-based data analysis. In Introduction to theory-based data analysis. SAGE Publications, Inc. 2013; (2.ed), p: 3-30. DOI: 10.4135/9781506335094.n1.

Asadzadeh M, Maher A, Jafari, M, Mohammadzadeh K, Hosseini SA review study of the providing elderly care services in different countries. Family Med Prim Care. 2022;11(2):458-465. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_1277_21.

Asiamah N, Conduah AK, Eduafo R. Social network moderators of the association between Ghanaian older adults' neighbourhood walkability and social activity. Health Promot Int. 2021; 36(5):1357-1367. DOI: 10.1093/heapro/daaa156.

Azen R, Walker CM. Categorical Data Analysis for the Behavioral and Social Sciences (2nd ed.). Routledge; 2021. DOI: 10.4324/9780429330308

Bayram O. Çoklu Bağlantı Durumunda Sıralı Lojistik Regresyon Modellerinde Yöntemlerin Karşılaştırılması. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. E. Deniz).

Benli F. Cumhuriyet'in Yüzüncü Yılında Türk Milli Eğitim Sistemi (İstatistiksel Gelişmeler). Korkut Ata Türkiyat Araştırmaları Dergisi. 2023; 13: 1172-1213. DOI: 10.51531/korkutataturkiyat.1370845.

Bone JK, Bu F, Sonke JK, Fancourt D. Leisure engagement in older age is related to objective and subjective experiences of aging. Nature communications. 2024; 15(1): 1499. DOI: 10.1038/s41467-024-45877-w.

Borchelt, M. (2000). Prävention. H.-W. Wahl, & C. Tesch-Römer içinde, *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (s. 366-372). Stuttgart: Kohlhammer.

Boudon R. Limitations of Rational Choice Theory. American Journal of Sociology. 1998; 104(3): 817-828. DOI: 10.1086/210087.

Boudon R. Beyond Rational Choice Theory. Annual Review of Sociology. 2003; 1-21. DOI: 10.1146/annurev.soc.29.010202.100213.

Bražinová I, Chytil O. The family as a source of social support for older adults: Implications for gerontological social work. *Journal of Social Work*. 2024; 24(3): 339-356. DOI: 10.1177/14680173231222612.

Brewster AL, Wilson, TL, Frehn J, Berish D, Kunkel SR. Linking Health And Social Services Through Area Agencies On Aging Is Associated With Lower Health Care Use And Spending. *Health Affairs*. 2020; 39:4: 587-594. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.01515.

Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA*. 1999; 281(11): 1030–1033. DOI: 10.1001/jama.281.11.1030

Brooks JR. The Definitions of Income. *Tax Law Review*. 2018; 71: 253-309, DOI: 10.2139/ssrn.2928972.

Bryan L. A Limited Rational Choice Theory in Local Public Health Decision Making. Minneapolis, Walden University, College of Social and Behavioral Sciences, Doctoral Dissertation, 2018, Minnesota, US (Chief Academic Officer: E.Riedel, Ph.D).

Buetow S. Non-Attendance for Health Care: When Rational Beliefs Collide. *The Sociological Review*. 2007; 55(3), 592-610. DOI: 10.1111/j.1467-954X.2007.00723.x.

Burholt V, Winter B, Aartsen M, Constantinou C, Dahlberg L, Feliciano V, De Jong Gierveld J, Van Regenmortel S, Waldegrave C; Working Group on Exclusion from Social Relations, part of the COST-financed Research Network ‘Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy’ (ROSENet). A critical review and development of a conceptual model of exclusion from social relations for older people. *Eur J Ageing*. 2019 Feb 20;17(1):3-19. DOI: 10.1007/s10433-019-00506-0.

Burns T, Roszkowska E. Rational Choice Theory: Toward a Psychological, Social, and Material Contextualization of Human Choice Behavior. *Theoretical Economics Letters*. 2016; 6, 195-207. DOI: 10.4236/tel.2016.62022.

Cabra de Luna, MA. European Strategy for Older Persons. European Economic and Social Committee Opinion; Ref: SOC/757-EESC-2023; <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/european-strategy-older-persons>. Erişim tarihi: 12.7.2024.

Cai C, Wang J, Liu D, Liu J, Zhou J, Liu X, Song D, Li S, Cui Y, Nie Q, Hu F, Xie X, Cheng G, Zeng Y. Marital Status-Specific Associations Between Multidomain Leisure Activities and Cognitive Reserve in Clinically Unimpaired Older Adults: Based on a National Chinese Cohort. *Brain sciences*. 2025; 15(4), 371. DOI: 10.3390/brainsci15040371.

Cantor MH. Social care: family and community support systems. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1989; (503):99-112. DOI: 10.1177/0002716289503001008.

Carta MG, Cossu G, Pintus E, Zoccheddu R, Callia O, Conti G,..., Preti A. Active elderly and health-can moderate exercise improve health and wellbeing in older adults? Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2021 May 7;22(1):331. DOI: 10.1186/s13063-021-05278-6.

Cartas JM, Harutyunyan A. Monetary and Financial Statistics Manual and Compilation Guide. USA: International Monetary Fund. 2017. DOI: 10.5089/9781513579191.069.

Chan SHW, Pan Y, Xu Y, Yeung, KC. Life satisfaction and self-perception of aging in contributing to successful aging in a Chinese context. *Innovation in Aging*. 2019; 3(Suppl 1), S147–S148. DOI: 10.1093/geroni/igz038.531.

Chandra Kafle S. Correlation and regression analysis using SPSS. *Management, Technology & Social Sciences*. 2019; 1(1): 125-132, <https://scholar9.com/publication-detail/correlation-and-regression-analysis-using-spss-35556>. Erişim tarihi: 15.5.2025.

Chang K-S, Tsai W-H, Tsai C-H, Yeh H-I, Chiu P-H, Chang Y-W,..., Lee S-C. Effects of Health Education Programs for the Elders in Community Care Centers – Evaluated by Health Promotion Behaviors. *International Journal of Gerontology*. 2017; 11. DOI: 10.1016/j.ijge.2017.03.009.

Chen Y, Lv C, Li X, Zhang J, Chen K, Liu Z, Li H, Fan J, Qin T, Luo L, Zhang Z. The positive impacts of early-life education on cognition, leisure activity, and brain structure in healthy aging. *Aging (Albany NY)*. 2019 Jul 17;11(14):4923-4942. doi: 10.18632/aging.102088.

Calvert RL. The Rational Choice Theory of Institutions: Implications for Design. In: *Institutional Design. Recent Economic Thought Series*, Springer, Dordrecht. 1995, 43: 63-64. DOI: 10.1007/978-94-011-0641-2_4

Cobo C. Continuity of Care Model for Older Adults. *Int Arch Nurs Health Care*. 2019; 5: 115. doi:10.23937/2469-5823/1510115

Crimmins E. (2015). Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. *The Gerontologist*. 2015; 55(6): 901–911. DOI: 10.1093/geront/gnv130

Dal Cin S, Mustafaj M, Nielsen K. Patterns of media use and leisure time among older adults. *New Media & Society*. 2023; 25(9), 2359-2380. DOI: 10.1177/14614448211062393.

Dahal P, Kahana, E. Following Physician's Advice in Late Life: The Roles of Health Beliefs and Health Status. *Patient preference and adherence*. 2024; 18: 217–226. DOI: 10.2147/PPA.S409023.

Dalstra JA, Kunst AE, Mackenbach JP; EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Soc Sci Med*. 2006 Apr; 62(8): 2046-60. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.09.001.

de Oliveira LDSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019 Jan-Mar;41(1):36-42. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0129.

Flauzino K. de L, Gil HMPT, Batistoni SST, Costa MO, Cachioni M. Lifelong Learning Activities for Older Adults: A Scoping Review.” *Educational Gerontology*. 2022; 48 (11): 497–510. DOI: 10.1080/03601277.2022.2052507.

Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020 Jan; 8(1): 55-72. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055.

Demir A. Rasyonel Seçim Teorisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, 1998, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N. Çelebi).

Derman MT, Basal HA. Cumhuriyetin İlanından Günümüze Türkiye’de İlköğretimde ve İlköğretime Öğretmen Yetiştirmede Niceliksel ve Niteliksel Gelişmeler. *Education Sciences*. 2009; 4(1): 139-154. DOI: 10.12739/10.12739.

Diekmann A. (2022). Rational choice sociology: heuristic potential, applications, and limitations. In: K. Gërxhani, N. de Graaf, W. Raub eds. *Handbook of Sociological Science* (eISBN: 9781789909432 b.). 2022, p:100-117. DOI: 10.4337/9781789909432.

Dinçer MR, Kalelioğlu MH. Gelirin Tespiti ve Vergilendirilmesi: Safi Artış Teorisi, Kaynak Teorisi. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2013; 2(3), 85-104.

Diewald M, Mayer KU. The sociology of the life course and life span psychology: Integrated paradigm or complementing pathways? *Advances in Life Course Research*. 2009; 14, 1–2, 5-14. DOI: 10.1016/j.alcr.2009.03.001.

Dhakal R, Adhikari C, Karki P, Neupane N, Bhandari P, Gurung A, Shrestha N, Gahatraj N, Shrestha N, Koirala N, Subedi G. Attitude sustains longer than subjective norm and perceived behavioral control: Results of breast cancer screening educational intervention. *PloS one*. 2023; 18(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0281184.

Doekhie KD, Buljac-Samardzic M, Strating MMH, Paauwe J. Elderly patients' decision-making embedded in the social context: a mixed-method analysis of subjective norms and social support. *BMC Geriatr*. 2020 Feb 12;20(1):53. DOI: 10.1186/s12877-020-1458-7.

Djulbegovic B, Elqayam, S, Dale W. Rational decision making in medicine: Implications for overuse and underuse. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018; 24(3), 655-665.

Domingos C, Pêgo JM, Santos NC. Effects of physical activity on brain function and structure in older adults: A systematic review. *Behav Brain Res*. 2021: 402. DOI: 10.1016/j.bbr.2020.113061.

Drennan J, Treacy MP, Butler M, Byrne A, Fealy G, Frazer K, Irving K. Support networks of older people living in the community. *Int J Older People Nurs*. 2008 Dec;3(4):234-42. DOI: 10.1111/j.1748.

Duay DL, Bryan VC. Learning in Later Life: What Seniors Want in a Learning Experience. *Educational Gerontology*. 2008; 34(12), 1070–1086. DOI:10.1080/03601270802290177

Dyer SM, Valeri M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M (2019). Review of International Systems for Long-Term Care of Older People. Flinders University report, 2019; Adelaide, Australia. <https://nla.gov.au/nla.obj-2924408498/view>. Erişim tarihi: 2.2.2023.

Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, Olaya-Contreras P. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatr Nurs*. 2021 Jan-Feb;42(1):213-224. DOI:10.1016/j.gerinurse.2020.08.00.

Elliott J, McNeil H, Ashbourne J, Huson K, Boscart V, Stolee P. Engaging Older Adults in Health Care Decision-Making: A Realist Synthesis. *Patient*. 2016 Oct;9(5):383-93. DOI: 10.1007/s40271-016-0168-x.

Eurostat. (2020). Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. Statistical e-book (ISBN 978-92-76-21520-2); 2022. DOI: 10.2785/628105.

Eurostat. (2023). Population structure and ageing: EU article: 2023; https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Highlights. Erişim tarihi: 12.04.2025.

Fáilde Garrido JM, Dapía Conde MD, Vázquez Vázquez MÁ, Vázquez Rodríguez L. Are Older Adults' Leisure Patterns Consistent with the Active Ageing Model? The Influence of the Ageist Stereotypes. *Social Policy and Society*. 2022; 21(4): 575-596. DOI: 10.1017/S1474746421000221.

Falanga R, Cebulla A, Principi A, Socci M. The Participation of Senior Citizens in Policy-Making: Patterning Initiatives in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(1), 34. DOI: 10.3390/ijerph18010034.

Famakin IO, Molusiwa R, Aigbavboa C. A Review of Facilities Management Guidelines for the Living Environment of the Elderly. *International Conference on Construction in the 21st Century* (ISSN: 26401177). 2022; Conference Paper2022EID: 2-s2.0-85148368685.

Fancourt D, Aughterson H, Finn S, Walker E, Steptoe, A. How leisure activities affect health: a narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. *The lancet. Psychiatry*. 2021; 8(4), 329–339. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30384-9.

Faries MD. Why We Don't "Just Do It": Understanding the Intention-Behavior Gap in Lifestyle Medicine. *Am J Lifestyle Med*. 2016 Jun 22;10(5):322-329. DOI: 10.1177/1559827616638017.

Fernandes A, Van Lenthe FJ, Vallée J, Sueur C, Chaix B. Linking physical and social environments with mental health in old age: a multisensor approach for continuous real-life ecological and emotional assessment. *J Epidemiol Community Health* 2021;75:477-483.

Fila SA, Smith C. Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2006; 3, 11. DOI: 10.1186/1479-5868-3-11.

Fillit HM, Butler RN, O'Connell AW, Albert MS, Birren JE, Cotman CW, Greenough WT, Gold PE, Kramer AF, Kuller LH, Perls TT, Sahagan BG, Tully T. Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clin Proc*. 2002 Jul;77(7):681-96. DOI: 10.4065/77.7.681.

Findsen B, Formosa M. (2011). Formal and Third Age Learning. In: Findsen, B., Formosa, M. (eds) *Lifelong Learning in Later Life. International Issues in Adult Education*. Springer: SensePublishers; 2011, p:7. DOI: 10.1007/978-94-6091-651-9_11.

Finlay J, Esposito M, Li M, Colabianchi N, Zhou H, Judd S, Clarke P. Neighborhood active aging infrastructure and cognitive function: A mixed-methods study of older Americans. *Prev Med*. 2021 Sep;150. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106669.

Fingerman KL, Huo M, Charles ST, Umberson DJ. Variety Is the Spice of Late Life: Social Integration and Daily Activity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020 Jan 14;75(2):377-388. DOI: 10.1093/geronb/gbz007.

Franco P, Leiva J, Matas-Terron A. Digital learning needs of elder people: A review study, *INTED2015 Proceedings*, 2015: 3798-3804.

Fong JH, Koh BSK, Mitchell OS, Rohwedder S. Financial literacy and financial decision-making at older ages. *Pacific-Basin Finance Journal*.2021;65. DOI: 10.1016/j.pacfin.2020.101481.

Godin G, Kok G. The Theory of Planned Behavior: A Review of its Applications to Health-Related Behaviors. *American Journal of Health Promotion*.1996;11:87-98. DOI: 10.4278/0890-1171-11.2.87.

Gopnik A, Frankenhuis WE, Tomasello M. Introduction to special issue: 'Life history and learning: how childhood, caregiving and old age shape cognition and culture in humans and other animals'. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*. 2020; 375(1803), 20190489. DOI: 10.1098/rstb.2019.0489

Green S. Rational choice theory: An overview. Faculty development seminar on rational choice theory. Texas: Baylor University; 2002, P:1-72. https://business.baylor.edu/steve_green/green1.doc Erişim tarihi: 12.4.2024.

Hagger MS, Chatzisarantis NL, Barkoukis V, Wang JC, Hein V, Pihu M, Soós I, Karsai I. Cross-cultural generalizability of the theory of planned behavior among young people in a physical activity context. *J Sport Exerc Psychol*. 2007 Feb;29(1):2-20. PMID: 17556773.

Hagger MS. The reasoned action approach and the theories of reasoned action and planned behavior. In D. Dunn (eds), *Oxford Bibliographies in Psychology*. NY, ABD: Oxford University Press; 2019. DOI: 10.1093/OBO/9780199828340-0240

Hagger MS, Cheung MW-L, Ajzen I, Hamilton K. Perceived behavioral control moderating effects in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 2022; 41 (2), 155–167. DOI: 10.1037/hea0001153.

Hagger MS, Hamilton K. Longitudinal tests of the theory of planned behaviour: A meta-analysis, *European Review of Social Psychology*, 2024; 35:1, 198-254, DOI: 10.1080/10463283.2023.2225897.

Hartt M, DeVerteuil G, Potts, R. Age-Unfriendly by Design: Built Environment and Social Infrastructure Deficits in Greater Melbourne. *Journal of the American Planning Association*. 2022; 89(1): 31–44. DOI: 10.1080/01944363.2022.2035247.

Hankins M, French D, Horne R. Statistical guidelines for studies of the theory of reasoned action and the theory of planned behaviour. *Psychology & Health*. 2000; 15(2), 151–161. DOI: 10.1080/08870440008400297

Harrell FE. Ordinal Logistic Regression. In: *Regression Modeling Strategies*. Springer Series in Statistics. NY: Springer; 2001, s:331-343. DOI: 10.1007/978-1-4757-3462-1_13.

Hatem G, Zeidan J, Goossens M, Moreira C. Normality Testing Methods and the Importance of Skewness and Kurtosis in Statistical Analysis. *BAU Journal - Science and Technology*, 2022; 3 (2), 7. DOI: 10.54729/KTPE9512.

Härtel U. Medizinsoziologische Perspektiven von Gesundheit und Krankheit. In E. Pöppel, M. Bullinger, U. Härtel, *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Weinheim: Chapman & Hall; 1994, s. 259-307.

Herfeld C. The Diversity of Rational Choice Theory: A Review Note. *Topoi*, 2020; 39, 329-347. DOI:10.1007/s11245-018-9588-7.

Hernández-Vergel VK, Prada-Núñez R, Hernández Suárez CA. Spare Time And Leisure Activities In Older Adults, During Social Isolation. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 2022; 18 (4), 32-42.

He Q, Wang S, Chen L, Zhang Y. The Health Effects of Long-Term Care Insurance. *Inquiry*. 2025 Jan-Dec;62. DOI: 10.1177/00469580251325503.

Ho YL, Mahirah D, Ho CZ, Thumboo J. The role of the family in health promotion: a scoping review of models and mechanisms. *Health promotion international*, 2022; 37(6). DOI: 10.1093/heapro/daac119.

Ho E-E, Gao S, Lim SSF. Social infrastructures and older adults' webs of care: COVID-19 as spatial breach. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 2023; 49 (3): 1–14. DOI: 10.1111/tran.12635

Hodgson G. On the Limits of Rational Choice Theory. *Economic Thought*, 2012; 1(1), 94-108.

Hoogland AI. Continuity of change: the dynamic of beliefs, values, and the aging experience. *Journal of aging studies*, 2015; 32, 32–39. DOI: 10.1016/j.jaging.2014.12.004.

Hossain MB, Alam MZ, Islam MS, Sultan S, Faysal MM, Rima S, Hossain MA and Mamun AA. Health Belief Model, Theory of Planned Behavior, or Psychological Antecedents: What Predicts COVID-19 Vaccine Hesitancy Better Among the Bangladeshi Adults? *Front. Public Health*, 2021; 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.711066.

Huang X, Dai S, Xu H. Predicting tourists' health risk preventative behaviour and travelling satisfaction in Tibet: Combining the theory of planned behaviour and health belief model. *Tourism Management Perspectives*, 2020; 33. DOI: 10.1016/j.tmp.2019.100589.

Hülür G, Macdonald B. Rethinking social relationships in old age: Digitalization and the social lives of older adults. *American Psychologist*, 2020;75(4),554–566. DOI: 10.1037/amp0000604.

Hwang Y, Lee HJ. Family support, housing, and care needs of older adults in South Korea. *Cogent Social Sciences*, 2024; 10(1). DOI: 10.1080/23311886.2024.2355698.

Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati, FA. Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness, *J Healthc Eng*. 2020, 2036842. DOI: 10.1155/2020/2036842.

Istance D. Learning in Retirement and Old Age: An Agenda for the 21st Century. *European Journal of Education*, 2015; 50: 225-238. DOI: 10.1111/ejed.12120.

IoM. Institute of Medicine reports: Exhibit C-1, Income and Assets of the Elderly: A Brief Survey of Existing Information. In *Toward a National Strategy for Long-Term Care of the Elderly: A Study Plan for Evaluation of New Policy Options for the Future*. Washington (DC): National Academies Press (US);1986. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222688/>. Erişim tarihi: 12.12.2024.

IoM. Institute of Medicine reports:Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. In *Institute of Medicine: Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. Health Status and Health Care*. Washington (DC): National Academies

Press (US); 2005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215400/>. Erişim tarihi: 21.12.2024.

Jansen E, Baur V, de Wit M, Wilbrink N, Abma T. Co-designing collaboration: Using a partnership framework for shared policymaking in geriatric networks. *Action Research*, 2015; 13(1), 65-83. DOI: 10.1177/1476750314565944.

Jiang H, Liu Z. Community home elderly care services, multidimensional health and social participation of chronically ill elderly—Empirical analysis based on propensity score matching and multiple mediation analysis. *Frontiers in Public Health*, 2023; 11, DOI=10.3389/fpubh.2023.1121909.

Johnston KA. Toward a Theory of Social Engagement. In *The Handbook of Communication Engagement*. In K.A. Johnston and M. Taylor (eds). *The Handbook of Communication of Engagement*; 2018, s: 17-32. DOI: 10.1002/9781119167600.ch2.

Johnson M, Majewska D. Formal, non-formal, and informal learning: What are they, What are they, and how can we research them? Cambridge University Press & Assessment Research Report; 2022. DOI: 10.17863/CAM.110841.

Kanowski S. Gesundheit und Krankheit im Alter. In W. Oswald, W. Herrmann, S. Kanowski, U. Lehr, *Gerontologie. Medizinische, psychische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. 2. Aufl. Köln: Kohlhammer; 1991, p: 227-282.

Karami B, Ostad-Taghizadeh A, Rashidian A, Tajvar M. Developing a Conceptual Framework for an Age-Friendly Health System: A Scoping Review. *International journal of health policy and management*, 2023; 12, 7342. DOI: 10.34172/ijhpm.2023.7342.

Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, Loughrey DG. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev*. 2017 Dec 19;6(1):259. DOI: 10.1186/s13643-017-0632-2.

Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. E-book; 2024:

<https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenslagen-und-lebensphasen/>.

DOI: 10.17623/BZGA:Q4-i071-3.0

Koppelaar E, Knibbe JJ, Miedema HS, Burdorf A. Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, 2009; 66(6), 353–360. DOI: 10.1136/oem.2008.042481.

Kökalan Çımrın, F., Durdu, Z. Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin dönüşümü ve bireysel emeklilik sistemi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 2005; 4(8), 60-75.

Kruse A, Martin M. Enzyklopädie der Gerontologie- Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber; 2004, s: 341-402.

Kunz V. Theorie rationalen Handelns: Konzepte und Anwendungsprobleme. Opladen: Leske+Budrich; 1997.

Lareyre O, Gourla M, Stoebner-Delbarre A, Cousson-Gélie F. A systematic review of the literature. *Preventive medicine*, 2021; 143, 106327. DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106327.

Latikka R, Rubio-Hernández R, Lohan ES, Rantala J, Nieto Fernández F, Laitinen A, Oksanen A. Older Adults’ Loneliness, Social Isolation, and Physical Information and Communication Technology in the Era of Ambient Assisted Living: A Systematic Literature Review. *J Med Internet Res*. 2021; 23(12): e28022. DOI: 10.2196/28022.

Laux, H. (2007). *Entscheidungstheorie*, 7.Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Lee, S. Assessing Old-Age Poverty with Income and Assets: Generational Insights and Policy Directions KDI FOCUS, 2023 Sep25; 126. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4626515>. 20.7. 2024 tarihinde alınmıştır.

Lee DH, Rezende LFM, Joh HK, Keum N., Ferrari G, Rey-Lopez J.P., Rimm EB, Tabung FK, Giovannucci, EL. Long-Term Leisure-Time Physical Activity Intensity and All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort of US Adults. *Circulation*, 2022; 146(7):523-534. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.058162.

Levasseur M, Lussier-Therrien M, Biron ML, Raymond É, Castonguay J, Naud D, Tremblay L. Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an

interdisciplinary consensual definition, *Age and Ageing*, 2022 Feb.; 51, 2. DOI: 10.1093/ageing/afab215.

Li M, Woolrych R. Experiences of Older People and Social Inclusion in Relation to Smart "Age-Friendly" Cities: A Case Study of Chongqing, China. *Frontiers in public health*, 2021; 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.779913

Li X, Dai J, Zhu X, Li J, He J, Huang Y, Liu X, Shen Q. Mechanism of attitude, subjective norms, and perceived behavioral control influence the green development behavior of construction enterprises. *Humanit Soc Sci Commun*. Dec 2023; 1 (1): 266. DOI:10.1057/s41599-023-01724-9.

Li Z, Davies SP. Income for the Population Aged 65 and Older: Evidence from the Health Retirement Study (HRS). Congressional Research Service R47341, 2022 Dec,22; V3.

Lin YH, Chen YC, Tseng YC, Tsai ST, Tseng YH. Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Aging*. 2020; 12(9), 7704–7716. DOI: 10.18632/aging.103057.

Liang W, Guan H, Yan H, Hao M. Community environment, psychological perceptions, and physical activity among older adults. *Sci Rep* 2025; 15: 19625. DOI: 10.1038/s41598-025-01050-x

Liew LC, Noraini İ. Validity and Reliability of The Instrument Using Exploratory Factor Analysis and Cronbach's alpha. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2017; 7, 10: 400-410. DOI: 10.6007/IJARBSS/v7-i10/3387.

Liu J, Liu L, Pei M. Analysis of older people's walking behavioral intention with the extended theory of planned behavior. *Journal of Transport & Health*, 2022; 26, 1–9. DOI: 10.1016/j.jth.2022.101462.

Liyanagunawardena TR, Williams SA. Elderly Learners and Massive Open Online Courses: A Review. *Interact J Med Res* 2016; 5(1):e1. DOI: 10.2196/ijmr.4937.

Lorek Dattilo AE, Ewart A, Dattilo J. Learning as Leisure: Motivation and Outcome in Adult Free Time Learning, *Journal of Park and Recreation Administration*, 2012; 30, 1, s: 1-18.

Luppi E. Education in old age: an exploratory study, *International Journal of Lifelong Education*. 2009; 28, p. 241–276.

Lyu JY, Hu B, Wittenberg R, King D. The relationships between informal and formal social care for older people in England: A comparison before and after the Care Act 2014. *J Aging Soc Policy*. 2024 Jul 3;36(4):621-638. doi: 10.1080/08959420.2023.2226308. Epub 2023 Jun 23. PMID: 37353920.

Mayer K. The Sociology of the Life Course and Lifespan Psychology: Diverging or Converging Pathways? In U. Staudinger, U. Lindenberger, *Understanding Human Development*. Springer, 2; 2003, s: 463-481.

Maziak W, Ward K. From health as a rational choice to health as an affordable choice. *Am J Public Health*, 2009; 99(12), 2134–2139. DOI: 10.2105/AJPH.2008.155382.

McNeil, H., Elliott, J., Huson, K., Ashbourne, J., Heckman, G., Walker, J., Stolee, P. Engaging older adults in healthcare research and planning: A realist synthesis. *Res Involv Engagem* 2, 10 (2016). DOI: 10.1186/s40900-016-0022-2.

Md Nor SM, Abdullah H, Zaremohzzabieh Z, Wan Jaafar W, Osman S. The Influence of Healthy Lifestyle Attitude, Subjective Norm, and Perceived Behavioural Control on Healthy Lifestyle Behaviour among Married Individuals in Malaysia: Exploring the Mediating Role of Healthy Lifestyle Intention. *International Journal of Applied Biology and Environmental Science (IJABES)*. 2023; 13. 237-253. DOI: 10.6007/IJARBSS/v13-i17/19834.

Mead MP, Irish LA. The theory of planned behaviour and sleep opportunity: An ecological momentary assessment. *Journal of sleep research*, 2022; 31(1), e13420. DOI: 10.1111/jsr.13420

Miebach B. Theorien sozialen Handelns. In *Soziologische Handlungstheorie: Eine Einführung*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1991: s.1-61.

Mikl-Horke G. *Soziologie: Historischer Kontext und soziologische Theorie-Entwürfe*. 5. ed. Muni: De Gruyter Oldenbourg; 2011.

Mohapatra S. Health Expenditures, Health Infrastructure and Health Status in SAARC Countries: A Panel Data Analysis. *Vikalpa*, 2022; 47(3): 205-216. DOI: 10.1177/02560909221113382.

Naegle G. Lebenslagen älterer Menschen. A. Kruse içinde, *Psychosoziale Gerontologie*. Band 1: Grundlagen (s. 106-130). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 1998.

Navarrete-Villanueva D, Gómez-Cabello A, Marín-Puyalto J., Moreno LA, Vicente-Rodríguez, G, Casajús JA. Frailty and Physical Fitness in Elderly People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med* 2021; 51, 143–160. DOI: 10.1007/s40279-020-01361-1.

Narsakka N, Suhonen R, Kielo-Viljamaa E, Stolt, M. Physical, social, and symbolic environment related to physical activity of older individuals in long-term care: A mixed-method systematic review. *International journal of nursing studies*, 2022; 135, 104350. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104350.

Nedeljko M, Perović, B, Kaučič B. Social cohesion and an age-friendly environment determine the life satisfaction of elderly people in rural areas: An integrative review of the literature. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*. 2022; 21(2) 133-137. DOI: 10.2478/pielxxiw-2022-0019.

OECD. (2023). Old-age income poverty”, in *Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/c3f27e35-en. Erişim tarihi: 20.7.2023.

O'Donnell D, Fealy G, Downes C. Engaging active citizen participation in the co-creation of an educational and information campaign to support older people to be empowered against abuse: Key learnings for integrative care. *International Journal of Integrated Care*. 2019; 16. 331. DOI: 10.5334/ijic.2879.

Ogu M. Rational Choice Theory : Assumptions, Strengths, and Greatest Weaknesses in Application Outside the Western Milieu Context. *Nigerian Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*. 2013; 1, 90-99. DOI:10.12816/0003628.

Okamoto S, Sata M, Rosenberg M, Nakagoshi N, Kamimura K, Komamura K, ... Iso, H. Universal health coverage in the context of population ageing: catastrophic health expenditure and unmet need for healthcare. *Health Econ Rev* 2024; 14, 8. DOI: 10.1186/s13561-023-00475-2 Erişim tarihi: 22.7.2024.

Oliver A. Reflecting on reflection: Prospect theory, our behaviors, and our environment. *Behavioural Public Policy*. 2021; 1, 11. DOI: 10.1017/bpp.2021.31

Opp KD. *Methodologie der Sozialwissenschaften: Einföhrung in Probleme ihrer Theoriebildung und praktischen Anwendung*, 6.Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.

Opp KD. Rational Choice Theory and Methodological Individualism. In P. Kivisko (Eds), *The Cambridge Handbook of Social Theory*, Chambridge: Cambridge University press; 2020, s: 1-23. DOI: 10.1017/9781316677452.002.

Ortaç FR. Vergilendirilebilir Gelir Kavramı, Geliri Belirleyen Teoriler ve Türk Gelir Yergisinde Yer Alan Gelir Tanımlaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Faköltesi Dergisi*. 1999; 1(2), 105-115.

Owumi B, Raji S. Rational Choice Theory and the Choice of Healthcare Services in the Treatment of Malaria in Nigeria. *Journal of Sociological Research*, 2013; 4(1). DOI: 10.5296/jsr.v4i1.3294.

Ozkan S. Income Differences and Health Disparities: Roles of Preventive vs. Curative Medicine, *Journal of Monetary Economics*. 2025; 150. DOI: 10.1016/j.jmoneco.2024.103698.

Paggi ME, Jopp D, Hertzog C. The Importance of Leisure Activities in the Relationship between Physical Health and Well-Being in a Life Span Sample. *Gerontology*. 2016;62(4):450-8.DOI: 10.1159/000444415. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26974682.

PAHO. Guidelines for Mainstreaming the Needs of Older Persons in Disaster Situations in the Caribbean. General publication of Pan American Health Organization, 2012; <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3525>. Erişim tarihi: 23.12.2023

Panda P, Mishra S, Behera B.(2021). Developing a Research Methodology with the Application of Explorative Factor Analysis and Regression. IOSR-JBM, 2021; 23 (4): 23-24. DOI: 10.9790/487X-2304022335.

Patil DS, Bailey A, Yadav UN, George S, Helbich M, Ettema D, Ashok L. Contextual factors influencing the urban mobility infrastructure interventions and policies for older adults in low- and middle-income countries: a realist review. BMC Public Health 2022; 22: 1489. DOI: 10.1186/s12889-022-13875-6.

Paul B., Kirubakaran R, Isaac R, Dozier M, Grant L, RESPIRE collaboration. Theory of planned behaviour-based interventions in chronic diseases among low health-literacy population: protocol for a systematic review. Syst.Rev. 2022;11:127. DOI: 10.1186/s13643-022-02006-2.

Paul B, Kirubakaran R, Isaac R, Dozier M, Grant L, Weller D, RESPIRE Collaboration (2023). A systematic review of the theory of planned behaviour interventions for chronic diseases in low health-literacy settings. Journal of global health, 13, 04079. DOI: 10.7189/jogh.13.04079.

Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, Minkman MM, Scholte Op Reimer WJM. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. BMC Geriatr. 2021 Feb 6;21(1):112. DOI: 10.1186/s12877-021-02050-y.

Peterson RA. A Meta-Analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. Journal of Consumer Research, 1994; 21(2), 381–391. DOI: 10.1086/209405.

Powers J. Geriatric Care Models. Geriatrics (Basel, Switzerland), 2021; 6(1), 6. DOI: 10.3390/geriatrics6010006.

Prescott SL, Logan AC, Bristow J, Rozzi R, Moodie R, Redvers N, Haahtela T, Warber S, Poland B, Hancock T, Berman B. Exiting the Anthropocene: Achieving personal and planetary health in the 21st century. Allergy. 2022 Dec;77(12):3498-3512. DOI: 10.1111/all.15419. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35748742; PMCID: PMC10083953.

Reinert S, Hübener M, Bonhoeffer T, Goltstein PM. Mouse prefrontal cortex represents learned rules for categorization. *Nature*. 2021 May;593(7859):411-417. DOI: 10.1038/s41586-021-03452-z. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33883745; PMCID: PMC8131197.

Qin Y, Liu J, Wang R, Qi X, Jiang S, Li J, Guo P, Wu Q. Can leisure and entertainment lifestyle promote health among older people living alone in China?-A simultaneous equation approach. *Front Public Health*. 2022 Sep 29;10. DOI: 10.3389/fpubh.2022.967170. PMID: 36249231; PMCID: PMC9558104.

Rodgers YM, Zveglic, JE, Ali K, Xue H. The Role of Family Support in the Well-Being of Older People: Evidence from Malaysia and Viet Nam (June 21, 2024). Asian Development Bank Economics Working Paper Series June,21st 2024; 730. DOI: 10.22617/WPS240325-2.

Rossmann C. Theories of Reasoned Action and Planned Behavior. In J. Bulck (eds) In The International Encyclopedia of Media Psychology. 2020. DOI: 10.1002/9781119011071.iemp0108.

Rostgaard T, Jacobsen F, Kröger T, Peterson E. Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 2022; 19, 201-210. DOI: 10.1007/s10433-022-00703-4.

Ritchie D, Van den Broucke S, Van Hal G. (2021) The health belief model and theory of planned behavior applied to mammography screening: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nurs.*; 38: 482–492. DOI: 10.1111/phn.12842

Rivera-Torres S, Mpofu E, Jean Keller M, Ingman S. Older Adults' Mental Health Through Leisure Activities During COVID-19: A Scoping Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2021; 7. DOI:10.1177/23337214211036776

Ryu J, Jinmoo H. Relationships between Leisure Activity Types and Well-Being in Older Adults. *Leisure Studies* 2017; 37 (3): 331–42. DOI: 10.1080/02614367.2017.1370007.

Quick, KS, Bryson JM. "Bölüm 14: Public participation". In *Handbook on Theories of Governance*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2022, s: 158-168. DOI: 10.4337/9781800371972.00022.

Saleem A, Cheema AR, Rahman A, Ali Z, Parkash R. Do health infrastructure and services, aging, and environmental quality influence public health expenditures? Empirical evidence from Pakistan. *Social Work in Public Health*, 2021; 36(6), 688–706. DOI: 10.1080/19371918.2021.1920540.

Sánchez-González D, Rojo-Pérez F, Rodríguez-Rodríguez V, Fernández-Mayoralas G. Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(22):8305. DOI: 10.3390/ijerph17228305.

Schoultz M, Öhman J, Quennerstedt M. A review of research on the relationship between learning and health for older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 2020; 39(5–6), 528–544. DOI: 10.1080/02601370.2020.1819905.

Shrestha N. Factor Analysis as a Tool for Survey Analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*.2021; 9. 4-11. 10.12691/ajams-9-1-2.

Serrano-Gemes G, Rich-Ruiz M, Serrano-Del-Rosal R. Systematic review of qualitative studies on participants in the decision-making process about the location of care of the elderly. *BMJ open*, 2020; 10(3), e036551. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036551.

Serrat R, Scharf T, Villar F, Gómez C, Fifty-Five Years of Research Into Older People's Civic Participation: Recent Trends, Future Directions, *The Gerontologist*, February 2020; 60 (1): e38–e51. DOI: 10.1093/geront/gnz021.

Smolić Š, Čipin I, Međimurec P. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *Eur J Ageing*, 2021; 19, 793–809.

Shmueli L. Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health* 2021; 21, 804. DOI: 10.1186/s12889-021-10816-7.

Siegler EL, Lama SD, Knight MG, Laureano E, Reid MC. Community-Based Supports and Services for Older Adults: A Primer for Clinicians. *Journal of geriatrics*, 2015; 678625. DOI: 10.1155/2015/678625.

Spiers GF, Liddle JE, Stow D, Searle B, Whitehead IO, Kingston A, Moffatt S, Matthews FE, Hanratty B. Measuring older people's socioeconomic position: a scoping review of studies of self-rated health, health service and social care use. *Journal of epidemiology and community health*, 2022; 76(6), 572–579. DOI: 10.1136/jech-2021-218265.

Strough J, Wilson J, Bruine de Bruin W. Aging and Financial Decision Making. In: Zaleskiewicz, T., Traczyk, J. (eds) *Psychological Perspectives on Financial Decision Making*. Springer, Cham.; 2020, p: 167-186. DOI: 10.1007/978-3-030-45500-2_8

Suragarn U, Hain D, Glenn P. Approaches to Enhance Social Connection in Older Adults: An Integrative Review of Literature. *Aging and Health Research*. 2021; 1. 100029. DOI: 10.1016/j.ahr.2021.100029.

Tabachnick B, Fidell, LS. (2013) Multiple Regression. In *Using Multivariate Statistics*. 6. Basım, Kaliforniya: Pearson Education, s: 117-160.

Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018; 48, 1273–1296. DOI: 10.1007/s11165-016-9602-2.

TAÇASE raporları. (2019) Türk Eğitim Sistemi, Eğitim Yaş Aralıkları ve Zorunlu Eğitimin Tarihsel Gelişimi. TÜSEB yayını. <https://files.tuseb.gov.tr/tacese/files/yayinlar/tacese-2018-turk-egitim-sistemi-egitim-yasaraliklari-zorunlu-egitimin-tarihcesi.pdf> Erişim tarihi: 16.6.2025.

Taherpour M, Mirzaei Alavijeh M, Jalilian F, Karimi N, Khazaie H. Socio-cognitive Determinants of Healthy Sleep Behaviors Among Iranian Elderly: Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Education and Community Health*. 2022; 9. 80-85. DOI: 10.34172/jech.2022.12.

Tavares J, Santinha G, Rocha N. Age-Friendly Health Care: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 2021; 9(1), 83. DOI: 10.3390/healthcare9010083.

Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 2016; 62(9), 717–721.

Thomeer MB, Mudrazija S, Angel, JL. Relationship Status and Long-Term Care Facility Use in Later Life. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 2016; 71(4), 711–723. DOI: 10.1093/geronb/gbv106.

Toepoel V. Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People?. Soc Indic Res 2013; 113, 355–372. DOI: 10.1007/s11205-012-0097-6.

Townsend BG, Chen JTH, Wuthrich VM. Barriers and Facilitators to Social Participation in Older Adults: A Systematic Literature Review. Clinical Gerontologist, 2021; 44(4), 359–380. DOI: 10.1080/07317115.2020.1863890.

Tsunoda K, Soma Y, Kitano N, Tsuji T, Mitsuishi Y, Yoon J-Y, Okura T. Activity and performance in various people. Geriatrics & Gerontology International, 2013; 13: 919-927. DOI: 10.1111/ggi.12032.

Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. Antalya: GeroYay.; 2007.

Tufan İ. Türkiye'de Yaşlılığın Yapısal Değişimi. İstanbul: Koç Üniversitesi yayınları; 2014.

Tufan İ. Gerontologdan Meraklısına İstatistik Müsveddeleri. Ankara: Nobel Akademik yayıncılık; 2015; s:157-174.

Tufan İ. Bakıma Muhtaç - Türkiye'de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016a.

Tufan, İ. Türkiye’de Demografik Dönüşüm, Yarattığı Riskler ve Sorunlar, Alınması Gereken Önlemler ve Gelecek İlgili Hedefler. UNESCO Türkiye Milli Komisyon raporu. Ankara: Grafiker ofset; Kasım 2016b. https://www.unesco.org.tr/Content_Files/Content/Yayinlar/yaslilik_tr.pdf Erişim tarihi: 31.7.2023.

Tufan, İ. (2017). Das Altern der türkischen Gesellschaft und neue Herausforderungen für die Sozialpolitik der Türkei. In F. Hoose, F. Beckmann, AL. Schönauer (eds) Fortsetzung folgt – Kontinuität und Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft Springer: Fachmedien Wiesbaden; 2017, p. 409-428. DOI: 10.1007/978-3-658-15450-9_19.

Tufan İ, Kılavuz A, Özgür Ö, Ayan F, Gürdal FY, Engin B. Türkiye’de Gerontoloji Atlası: Yaşlı Yoksulluğu ve Yalnızlık Üzerine Bulgular. GBD. Nisan 2019;2(1):1-7.

Tufan, İ. (2020). Bakım Teknikerinin El Kitabı. Ankara: Nobel Yayınevi.

Tufan İ, Koç O, Dere B, Gürdal FY, Ayan FS, Özgür Ö, Başbüyük GÖ, Başbüyük HH. Yaşlıların “Sokağa Çıkma Yasağı” Üzerine Görüşleri: Telefon Anketi. GBD. Ağustos 2020; 3(2): 51-59. DOI:10.47141/geriatrik.755856.

Tufan İ, Demirdaş FB, Sözer T, Sönmez S, Aytepe A. Türkiye için Bir Yaşlı Bakımı Modeli. Geriatrik Bilimler Dergisi, 2022; 5(2), 38-45. DOI: 10.47141/geriatrik.1024572.

TÜİK. (2022, Şubat 04). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021. Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500> adresinden alındı

TÜİK. İl, Yaş Grubu ve Cinsiyete göre Nüfus. Adres dayalı nüfus kayıt istatistikleri; 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685> adresinden alındı. Erişim tarihi: 20.5.2023.

TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. Haber Bülteni: 53710; 2024a. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710> Erişim tarihi: 20.7.2024.

TÜİK. Sosyal Koruma İstatistikleri, 2023. Haber Bülteni: 53560; 2024b. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2023-53560>. Erişim tarihi: 1.6.2025.

Tversky A, Kahneman D. Rational choice and the framing of decisions. In Bell DE, Raiffa H, Tversky A, eds. Decision Making: Descriptive, Normative, and Prescriptive Interactions. Cambridge University Press; 1988:167-192. DOI: : 10.1017/CBO9780511598951.011

UN. Madrid Plan of Action and its Implementation. Report of Department of Economic and Social Affairs Ageing; April 2002: <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>. Erişim tarihi: 2.8.2023.

UN DESA. Leaving No One Behind in an Ageing World. ISBN (PDF): 9789210019682; 2023. DOI: 10.18356/9789210019682.

Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, Santos EJ, Conwell Y. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2021; 29 (8), 816–827. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.004

Veras RA. contemporary and innovative care model for older adults. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Jan-Feb 2020; 23. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200061.

Vigizzi GP, Barbati C, Maggioni E, Stenholm S, Odone A; Italian Working Group on Retirement and Health; Amerio A, Ardito C, Bertuccio P, Costa G, d'Errico A, Gentile L, Odone A, Vigizzi GP. Impact of retirement transition on health, well-being and health behaviours: critical insights from an overview of reviews. *Soc Sci Med.* 2025 Jun;375:118049. DOI: 10.1016/j.socscimed.2025.118049. Epub 2025 Apr 3. PMID: 40250262.

Villar F, Celdrán M. Learning in later life: participation in formal, non-formal and informal activities in a nationally representative Spanish sample. *European journal of ageing*, 2013; 10(2), 135–144. DOI: 10.1007/s10433-012-0257-1.

Villiers-Tuthill A, Copley A, McGee H, Morgan K. The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC public health*, 2016; 16, 627. DOI: 10.1186/s12889-016-3158-y.

Vlaev I, King D, Dolan P, Darzi A. The Theory and Practice of “Nudging”: Changing Health Behaviors. *Public Admin Rev*, 2016; 76: 550-561. DOI: 10.1111/puar.12564.

Wallack L, Dorfman L. Media Advocacy: A Strategy for Advancing Policy and Promoting Health. *Health Education Quarterly*, 1996; 23(3), 293–317. DOI: 10.1177/109019819602300303. PMID: 8841816.

WBG. Societal Aging. World Bank Group (Dünya Bankası) Website: 2022; <https://www.worldbank.org/en/topic/pensions/brief/societal-aging> Erişim tarihi: 20.7.2024

WBG. Understanding the Income Security for Older Adults. Rethink Social Protection and Jobs in an Actively Aging World. World Bank Group (Dünya Bankası) Websitesi: 2023; <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/98421347706d9fecd936be71c0845479->

0140022024/original/Understanding-income-security-for-older-adult.pdf. Erişim tarihi: 20.7.2024.

Weaver CL. Social Security in Aging Societies. Population and Development Review, 1986; 12: 273–294. DOI: 10.2307/2807911.

WEF. (2021, 10 26). The EU is ageing and in need of care - here's what that means for its economic future. World Economic Forum Website: 2021; <https://www.weforum.org/agenda/2021/10/eu-ageing-society-care-cost/> Erişim tarihi: 8.1.2023.

Wenger GC. The Supportive Network: Coping with Old Age (1st ed.). Routledge: 1984. DOI: 10.4324/9781003206989.

Wenzel KC, Van Puymbroeck M, Gagnon R, Lewis S, McGuire F, Vidotto J. The Attributes and Characteristics of Leisure Activity Engagement that Foster Cognition in Aging: A Scoping Review. J Cogn Enhanc, 2024; 8: 118–154. DOI: 10.1007/s41465-024-00286-1.

Wahl, H-W, Tesch-Römer, C. (2000) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stutgart: Kohlhammer.

White, K. M., Terry, D. J., Troup, C., Rempel, L. A., Norman, P., Mummery, K., Riley, M., Posner, N., Kenardy, J. (2012). An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. Journal of aging and physical activity, 20(3), 281–299. DOI: 10.1123/japa.20.3.281

Wolfe K, Crompton CJ, Hoffman P, MacPherson SE. Collaborative learning of new information in older age: a systematic review. Royal Society open science, 2023; 10(10), 211595. DOI: 10.1098/rsos.211595

WHO. Global Age-Friendly Cities: A guide. World Health Organization Switzerland (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2007; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755> Erişim tarihi: 5.5.2023.

WHO. Older persons in emergencies : an active ageing perspective. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2005;

<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Older-Persons-in-Emergencies-An-Active-Ageing-Perspective.pdf> Erişim tarihi: 5.5.2023.

WHO. WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2010; Age-friendly World: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/> Erişim tarihi: 2.8.2023.

WHO. Multisectoral action for a life course approach to health ageing: draft global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2016; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 9.6.2024.

WHO. Age-friendly environments in Europe: a handbook of domains for policy action. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2017; <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056076>. Erişim tarihi: 8.2.2023.

WHO. Integrated care for older people: guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2019a; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1> Erişim tarihi: 31.3.2023.

WHO. Health emergency and disaster risk management framework. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2019b; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>. Erişim tarihi: 1.8.2023.

WHO. Universal Health Coverage (UHC) Factsheets World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2023; [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) Erişim tarihi: 22.7.2024.

WHO. WHO Global Network: Age Friendly Cities. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Websitesi: 2025; <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/muratpasa/> Erişim tarihi: 11.6.2025.

Xiao X, Wong RM. Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis. *Vaccine*, 2020; 38(33), 5131–5138. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.04.076.

Yuriev A, Dahmen M, Paillé P, Boiral O, Guillaumie L. Pro-environmental behaviors through the lens of the theory of planned behavior: A scoping review. *Resources Conservation and Recycling*. 2020; 155. DOI: 10.1016/j.resconrec.2019.104660.

Zacher H, Froidevaux A. Life stage, lifespan, and life course perspectives on vocational behavior and development: A theoretical framework, review, and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 2021; 126, Article 103476. DOI: 10.1016/j.jvb.2020.103476.

Zanjari N, Momtaz YA, Kamal SHM, Basakha M, Ahmadi S. The Influence of Providing and Receiving Social Support on Older Adults' Well-being. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*; 2022; 3;18:e174501792112241. DOI: 10.2174/17450179-v18-e2112241. PMID: 37274857; PMCID: PMC10156029.

Zhang Y, Zhang M, Hu H, He X. Spatio-Temporal Characteristics of the Supply and Demand Coupling Coordination of Elderly Care Service Resources in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(16):10397. DOI: 10.3390/ijerph191610397.

Zhong S, Lee C, Foster MJ, Bian J. Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults' health-related outcomes. *Soc Sci Med*. 2020 Nov;264:113374. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113374. Epub:2020Sep17. PMID: 33017736.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 649

09.2023

Sayın

Prof.Dr.İsmail TUFAN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Rasyonel Seçim Teorisi ve Yaşam Durumu Tezi Çerçevesinde 60+ Bireylerin Sağlığa İlişkin Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi: Koruyucu Sağlık Hizmet Modeli Önerisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. M.Levent ÖZGÖNÜL
pKlinik Araştırmalar Etik kurulu
Başkan Yardımcısı

Eki: Etik Kurul Kararı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2023

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.İsmail TUFAN
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Rasyonel Seçim Teorisi ve Yaşam Durumu Tezi Çerçevesinde 60+ Bireylerin Sağlığa İlişkin Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi: Korumucu Sağlık Hizmet Modeli Önerisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 675	Tarih: 23.08.2023
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkezlerden/birimlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Doç.Dr.M.Levent ÖZGÖNÜL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Başkan (izinli)

Prof.Dr.Necmiye HADİMİOĞLU
Öye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Öye

Prof.Dr.Ramazan ÇETİNKAYA
Öye

Doç.Dr.Nur Ebru BARÇIN
Öye

Doç.Dr.Banu NUR
Öye

Doç.Dr.Pınar ÜLKER
Öye

Doç.Dr.Dilara F.KOCACIK UYGUN
Öye

Doç.Dr.Ali ERDOĞAN
Öye

Dr.Öğr.Öyesi Meltem AKDEMİR
Öye

Dr.Öğr.Öyesi Hasan Hüseyin AVCI
Öye (Katılmadı)

Dr.Cenker ATEŞ
Öye

Turgut ALTUN
Öye

Av.Mustafa AÇIKEL
Öye

EK 2 Katılımcı Bilgilendirme Formu

Bu çalışma, *Yaşlılara yönelik Koruyucu Sağlık Hizmet Modeli tasarımı yapmak* amacıyla yürütülmektedir. Bu anket aracılığıyla toplanan veriler *Rasyonel Seçim teorisi, Yaşam Durumu tezi ve Yaşlıların Koruyucu Sağlık tutum ve davranışları* arasındaki ilişkiyi anlamamız için kullanılacaktır. Aşağıda bulunan anketteki sorulara cevap vererek araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Araştırma da bireysel ve şahsı cevaplarınız yada kişisel bilgileriniz değil genel sonuçları değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağından adınızı yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır.

Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Tüm soruların anlaşıldığından emin olunarak ve tam olarak cevaplanmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları ve araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu çalışmayla ilgili herhangi bir şikâyet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (Email:.....). Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız araştırmacıyla (Işıl Kaleli) iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzm. Hemşire Işıl Kaleli

EK 3 Veri Toplama Aracı

1. Bölüm: Sosyodemografik Veriler

Yaş?

Cinsiyet:

Medeni durum:

En son mezun olunan okul?

Sosyal güvence:

a) yok b) bireysel emekli c) eşinden emekli maaşı d) diğer

Gelir kaynağı:

a) emekli b) ek gelir c) emekli + ek gelir d) yaşlı aylığı
e) sosyal yardım (açıklayınız:)

Yaşadığınız ev size mi ait?

a) evet b) hayır c) diğer (açıklayınız:)

Sizinle aynı hanede yaşayan kişileri işaretleyiniz.

a) Eş b) Çocuk veya çocuklar
c) diğer akraba (kim/ler belirtiniz:)
d) diğer kişi veya kişiler (Belirtiniz:)

En son mezun olduğunuz okul (Belirtiniz:)

2. Bölüm: Pet Çerçevesine Göre Genel Tutum Ve Davranışlar						
	Davranışsal Tutum (Genel)					
gDT1	Sağlıklı ve aktif kalmak sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
gDT2	Sağlıkla ilgili bazı davranışların yaşam kalitenizi ne kadar artırabileceğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
gDT3	Sağlığı teşvik edici faaliyetlerin fiziksel ve zihinsel sağlığınız üzerindeki etkilerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
Algılanan Öznel Normlar (Genel)						
gÖN1	Ailenizin ve arkadaşlarınızın sağlığınıza ne kadar dikkat etmenizi beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
gÖN2	Sosyal temaslarınızın ve gruplarınızın sağlıklı davranışlarda bulunma çabalarınızı ne kadar destekleyeceğini veya desteklemeyeceğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
gÖN3	Başkalarına rol model olmak için sağlığınızı iyileştirmek için ne kadar motive olursunuz?	1	2	3	4	5
Eylemin Öznel Kontrolü (Genel)						
gÖK1	Sağlıkla ilgili davranışları uygulamak için ne kadar kaynağınız (zaman, para, bilgi) olduğunu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

gÖK2	Sağlığı teşvik edici aktiviteleri günlük rutininize entegre edebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
gÖK3	Dış koşulların (örneğin, sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel sınırlamalar) sağlıkla ilgili davranışları uygulama yeteneğinizi ne ölçüde etkilediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
3. Bölüm Yaşam Durumu Genel						
	Yaşam Durumu (Genel) Zenginlik ve gelir kapsamı: (ZG) Maddi kapsamı: (MK) İletişim, iş birliği ve faaliyet kapsamı (İİF): Öğrenme ve deneyim kapsamı: (ÖD) Düzenleme ve katılım kapsamı: (DK) Özgürlük ve yenilenmenin yanı sıra psikofiziksel değişikliklerin kapsamı (ÖYD) Yardım ve bakım bağımlılığı durumunda destek kaynakları (YBK)					
ZG1	Finansal hareket alanınızı ve finansal güvenliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5
ZG2	Finansal ihtiyaçlarınızı ne kadar iyi karşılayabiliyor ve rezerv oluşturabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
MK1	Barınma, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişiminizi nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5
MK2	Bölgenizdeki altyapıdan, sosyal ve sağlık hizmetlerinden ne ölçüde memnunsunuz?	1	2	3	4	5
İİF1	Diğer insanlarla ne kadar iyi iletişim kurabiliyor, etkileşime girebiliyor ve ders dışı etkinliklere katılabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
İİF2	Sosyal hayata aktif olarak katılabileceğinizi ve başkalarıyla iş birliği yapabileceğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
ÖD1	Kişisel gelişim, ileri eğitim ve mesleki deneyim için ne ölçüde fırsatlarınız var?	1	2	3	4	5
ÖD2	İlgi alanlarınız eğitiminizden, mesleki deneyiminizden ve sosyal hareketliliğinizden ne ölçüde etkilendi?	1	2	3	4	5
DK1	Yaşamın farklı alanlarına ne ölçüde katılabilir, birlikte belirleyebilir ve şekillendirmeye yardımcı olabilirsiniz?	1	2	3	4	5
DK2	Karar verme ve fikrinizi ifade etme konusunda ne ölçüde yetkili hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖYD1	Ne kadar iyi dinlenebilir, rahatlayabilir ve boş zaman aktivitelerini sürdürebilirsiniz?	1	2	3	4	5
ÖYD2	Yaşa bağlı değişiklikler sağlığını ve fiziksel yapınızı ne ölçüde etkiledi?	1	2	3	4	5
YBK1	Ailenizin veya mahallenizin desteğine ne ölçüde güvenebilirsiniz?	1	2	3	4	5
YBK2	Yardıma veya bakıma ihtiyacınız olması durumunda yeterince desteklendiğinizi ve önemsendiğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Bölüm: PET Üç Alt Bileşeninde Koruyucu Sağlığa Dair Tutum ve Davranışları						
4.1.	Yaşlıların sağlık davranışıyla ilgili davranışsal tutumları					
DT1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutininize entegre etmek sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5

DT2	Düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel sağlığınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT3	Dengeli bir diyet sürdürmek sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT4	Dengeli bir diyetin sağlığınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT5	Rahatlamak ve stresi azaltmak için yeterli zamana sahip olmak sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT6	Gevşeme egzersizlerinin refahınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT7	Yeterince uyumak ve dinlenmek sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT8	Yeterli uykunun zihinsel berraklığınız ve enerjiniz üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT9	Düzenli kontroller ve sağlık kontrolleri yaptırmak sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT10	Taramanın sağlığınız ve hastalıkların erken teşhisi üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT11	Düzenli olarak ilaç almanız ve doktor talimatlarına uymanız ne kadar önemlidir?	1	2	3	4	5
DT12	Tutarlı ilaç kullanımının sağlığınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT13	Sosyal temasları sürdürmek ve sosyal aktivitelere katılmak sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT14	Aktif sosyal etkileşimin duygusal sağlığınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT15	Zihinsel yeteneklerinizi ve bilişsel işlevlerinizi korumak ve geliştirmek sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT16	Beyin eğitimi ve zihinsel stimülasyonun bilişsel performansınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT17	Alkol veya sigara gibi zararlı maddelerden kaçınmak sizin için ne kadar önemlidir?	1	2	3	4	5
DT18	Alkol ve sigarasız bir yaşam tarzının fiziksel sağlığınız üzerindeki etkilerini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
DT19	Doğada düzenli olarak vakit geçirmek, temiz hava ve güneş ışığından faydalanmak sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
DT20	Doğanın ve çevrenin genel sağlığınız ve refahınız üzerindeki etkisini ne kadar olumlu değerlendiriyorsunuz?	1	2	3	4	5
4.2.	Yaşlıların sağlık davranışıyla ilgili öznel algı normları					
ÖN1	En yakın aile üyeleriniz, sağlığı teşvik edici davranışlar söz konusu olduğunda sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5
ÖN2	Arkadaşlarınızın ve tanıdıklarınızın sağlığınıza dikkat etmenizi ne kadar beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN3	Doktorlarınız ve sağlık hizmeti sağlayıcılarınız sağlıkla ilgili kararlar söz konusu olduğunda sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5

ÖN4	Akranlarınızın fiziksel uygunluğunuza ne kadar dikkat etmenizi beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN5	Sağlık bilincine sahip olsaydınız ailenizin ve arkadaşlarınızın sizi destekleyeceğine ne kadar ikna olurdunuz?	1	2	3	4	5
ÖN6	Sosyal çevrenizin sağlıklı bir yaşam sürme çabalarınızı ne ölçüde olumlu değerlendirdiğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN7	Komşularınızın ve topluluk üyelerinizin sizden sağlık bilincine sahip seçimler yapmanızı ne kadar beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN8	Sağlık ve esenlik söz konusu olduğunda dini veya manevi topluluklarınız sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5
ÖN9	Genel olarak toplumun sağlığınıza ne kadar dikkat etmenizi beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN10	Eski iş arkadaşlarınız veya diğer yaşam alanlarından meslektaşlarınız, sağlıkla ilgili kararlar söz konusu olduğunda sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5
ÖN11	Rol modellerinizin ve tanınmış kişilerinizin sağlık bilincine sahip davranışları ne ölçüde desteklediğine inanıyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN12	Tıp camiasının sağlıklı bir yaşam sürme çabalarınızı ne kadar desteklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN13	Destek sistemlerinizin (örneğin, aile üyeleri, bakıcılar) sağlığınıza dikkat etmenizi ne kadar beklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN14	Doktorunuzun sağlıklı bir yaşam sürmenize yardımcı olma çabalarınızı onayladığından ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
ÖN15	Sağlığınızı teşviki davranışlar söz konusu olduğunda çocuklarınız ve torunlarınız sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5
ÖN16	Atletik veya rekreasyonel gruplarınızın sağlıklı bir yaşam sürme çabalarınızı ne kadar desteklediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN17	Sağlık hizmeti sağlayıcılarınızın sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmanıza ne kadar yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN18	Uzun süreli bakım sigortanızın veya sağlık sigortanızın sağlıklı bir yaşam sürme çabalarınızı ne kadar artıracığını düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
ÖN19	Sağlık bilincine sahip davranışlar söz konusu olduğunda oda arkadaşlarınız (varsa) sizinle ne kadar aynı fikirde?	1	2	3	4	5
ÖN20	Öğretmenlerinizin veya eğitimcilerinizin yaşamın geçmiş aşamalarından sağlığınıza dikkat etmenizi ne kadar öğrettiğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4.3.	Yaşlıların sağlık davranışıyla ilgili öznel eylem kontrolü					
EK1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutininize dahil edecek kaynaklara sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
EK2	Yeme alışkanlıklarınızı ne kadar kontrol altında tuttuğunuzu hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK3	Hayatınızda rahatlamak ve stresten kurtulmak için yeterli zamanı ne kadar bulabildiğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK4	Uyku alışkanlıklarınızı ne kadar kontrol altında tuttuğunuzu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK5	Düzenli kontroller ve sağlık kontrolleri yapma becerisine sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5

EK6	İlaçlarınızı tutarlı bir şekilde ne kadar alabileceğinizi ve doktor talimatlarına uyabileceğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK7	Sosyalleşme ve sosyal aktivitelere katılma konusunda ne kadar kontrole sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK8	Zihinsel olarak aktif kalma ve zihinsel yeteneklerinizi sürdürme yeteneğine sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
EK9	Alkol veya sigara gibi zararlı maddelere karşı ne kadar direnebildiğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK10	Sağlığı teşvik edici davranışları desteklemek için çevreniz üzerinde ne kadar kontrole sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK11	Sağlıklı yemekler hazırlama ve dengeli bir diyet sürdürme becerisine sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
EK12	Sağlığınız hakkında aktif kararlar alabildiğinizi ve bunları uygulayabildiğinizi ne kadar hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK13	Sağlığı teşvik edici faaliyetleri dahil etmek için zamanınızı ve önceliklerinizi ne kadar kontrol altında tuttuğunuzu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK14	Rahatlama ve stresi azaltma yeteneğine sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
EK15	Fiziksel aktivitenizi fiziksel yeteneklerinize ve sınırlamalarınıza ne kadar uyarlayabileceğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK16	Sağlık bilgi ve hizmetlerine erişiminiz üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK17	Doğada olma ve temiz hava ve güneş ışığından yararlanma becerilerine sahip olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
EK18	Engeller ortaya çıktığında sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmak için alternatif stratejiler geliştirebildiğinizi ne kadar hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK19	Yeterli dinlenme ve yenilenme sürelerine sahip olmak için çevreniz ve alışkanlıklarınız üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
EK20	Yardıma veya bakıma ihtiyacınız olması durumunda ailenizden veya mahallenizden gelen destek kaynaklarına güvenebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	1	2	3	4	5
5. Bölüm: Yaşlıların Sağlık Davranışıyla İlgili Niyetleri ve (Gerçek) Davranışları						
N1	Düzenli fiziksel aktiviteyi günlük rutininize dahil etmeyi düşünüyor musunuz? - <i>Eğer öyleyse, hangileri? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N2	Son üç ayda ne sıklıkla düzenli fiziksel aktivite yaptınız?	1	2	3	4	5
N3	Dengeli bir diyet sürdürmeyi düşünüyor musunuz? - <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N4	Son üç ayda ne sıklıkla dengeli bir diyet uyguladınız?	1	2	3	4	5
N5	Hayatınızda düzenli olarak rahatlama ve stres azaltma için zaman ayırmayı düşünüyor musunuz? - <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5

N6	Son üç ayda rahatlamak ve stresten kurtulmak için kaç kez zaman buldunuz?	1	2	3	4	5
N7	Günlük yaşamınızda yeterli uyku ve dinlenme sürelerine sahip olmayı düşünüyor musunuz? - <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N8	Son üç ayda ne sıklıkla yeterli uyku ve dinlenme yaptınız?	1	2	3	4	5
N9	Düzenli kontroller ve sağlık kontrolleri yaptırmayı düşünüyor musunuz? - <i>Eğer öyleyse, hangileri? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N10	Son üç yılda ne sıklıkla düzenli kontroller ve sağlık kontrolleri yaptırdınız?	1	2	3	4	5
N11	İlaçlarınızı sürekli olarak almayı ve doktorun talimatlarına uymayı düşünüyor musunuz? <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N12	Son üç ayda, ilacınızı sürekli olarak kaç kez aldınız ve doktorun talimatlarına uydunuz?	1	2	3	4	5
N13	Sosyal temasları sürdürmeyi ve sosyal aktivitelere katılmayı düşünüyor musunuz? <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N14	Son üç ayda ne sıklıkla sosyalleştiniz ve sosyal aktivitelere katıldınız?	1	2	3	4	5
N15	Zihinsel yeteneklerinizi ve bilişsel işlevlerinizi korumayı ve geliştirmeyi düşünüyor musunuz? <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N16	Son üç ayda zihinsel yeteneklerinizi ve bilişsel işlevlerinizi korumak ve geliştirmek için kaç kez aktivite yaptınız?	1	2	3	4	5
N17	Alkol veya sigara gibi zararlı maddelerden kaçınmayı düşünüyor musunuz? <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N18	Son üç ayda alkol veya sigara gibi zararlı maddelerden kaç kez kaçındınız?	1	2	3	4	5
N19	Doğada düzenli olarak vakit geçirmeyi, temiz hava ve güneş ışığından yararlanmayı düşünüyor musunuz? <i>Eğer öyleyse, bunu nasıl uygulamak istersiniz? (Cevap için bir boş kâğıt kullanılacak!)</i>	1	2	3	4	5
N20	Son üç ayda doğada kaç kez zaman geçirdiniz ve temiz hava ve güneş ışığından yararlandınız?	1	2	3	4	5
6. BÖLÜM: Yaşlıların Yaşam Durumu						
6.1.	Zenginlik ve Gelir Kapsamı					
	a) Finansal güvenliğinizi ve istikrarınızı nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5
	b) Finansal ihtiyaç ve yükümlülüklerinizi ne ölçüde yerine getirebilirsiniz?	1	2	3	4	5
	c) Mevcut gelir ve varlıklarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Rezervleri ne kadar iyi biriktirebilir ve öngörülemeyen harcamaları karşılayabilirsiniz?	1	2	3	4	5

	e) Finansal olarak kendinizi ne kadar güvende ve bağımsız hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	f) Yaşam tarzınızı ve ihtiyaçlarınızı karşılamak için hangi hareket alanınız var?	1	2	3	4	5
	g) Finansal kaynaklarınızı kişisel ilgi alanlarınız ve öncelikleriniz için ne kadar iyi kullanabilirsiniz?	1	2	3	4	5
	h) Finansal kararlar almak ve kaynaklarınızı etkin bir şekilde yönetmek için kendinizi ne ölçüde yetkilendirilmiş hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	i) Finansal kısıtlamalardan veya belirsizliklerden ne ölçüde etkileniyorsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Mevcut finansal hareket alanınızdan ve durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
6.2.	Maddi Manevra Alanı					
	a) Barınma durumunuzdan ve yaşam koşullarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Bölgenizdeki eğitim kurumlarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Bölgenizdeki sağlık hizmetlerine erişimden ve kalitelerinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Sosyal ve sağlık hizmetlerinde altyapı olanakları ve hizmetleri ile ne ölçüde iyi beslendiğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) İhtiyaçlarınızı karşılayan yerel hizmet ve olanaklara ne ölçüde erişebilirsiniz?	1	2	3	4	5
	f) Bölgenizdeki boş zaman etkinlikleri ve sosyal etkileşimler için teklif ve fırsatlardan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Bölgenizdeki kültür ve eğlence mekanlarının size ne kadar iyi baktığını hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	h) Yerel ulaşım bağlantılarından ve önemli tesislerin erişilebilirliğinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	i) Sosyal ve sağlık hizmetlerindeki yerel kaynaklar ve hizmetler hakkında ne ölçüde iyi bilgilendirildiğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Çevrenize ne ölçüde iyi entegre olmuş ve dahil olmuş hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
6.3.	İletişim, İş Birliği ve Katılım					
	a) İletişim seçeneklerinizden ve teknolojilerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Sosyal temaslar kurup sürdürdüğünüzü ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Diğer insanlarla etkileşim kurma ve iş birliği yapma fırsatlarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Topluluğunuzda ne kadar bağlı ve aktif hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) Mesleki faaliyetleriniz dışında hobilerinizi ve ilgi alanlarınızı ne kadar iyi takip edebilirsiniz?	1	2	3	4	5
	f) Gönüllü çalışma ve topluma katılım fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Kültürel ve sosyal faaliyetlere ne ölçüde katılabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

	h) Bölgenizdeki destek ağlarından ve toplum yapılarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	i) Gruplara ve organizasyonlara ne ölçüde katılabileceğinizi ve başkalarıyla iş birliği yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
6.4.	Öğrenme ve Deneyim Kapsamı					
	a) Kişisel gelişim ve yaşam boyu öğrenme fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Yeni bilgi edinme konusunda ne ölçüde yetenekli hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Bölgenizdeki eğitim ve öğrenim olanaklarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Mesleki ve kişisel gelişiminizde kendinizi ne kadar güçlü bir şekilde desteklediğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) Yaşamınızın şu anki evresinde ilgi alanlarınızı ve eğilimlerinizi ne kadar iyi yaşayabilirsiniz?	1	2	3	4	5
	f) Profesyonel veya gönüllü çalışma fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Yeni deneyimler yaratabildiğinizi ve kişisel çıkarlarınızı takip edebildiğinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	h) Hareketlilik ve mekânsal değişim seçeneklerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	i) Çevrenizde ne ölçüde ilham aldığınızı ve uyarıldığınızı hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Mevcut yaşam ve çevre aşamanızda kişisel olarak ne ölçüde tatmin olmuş hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
6.5.	Düzenleme ve Katılım					
	a) Topluluğunuza katılma ve katkıda bulunma fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Fikrinizi ne ölçüde ifade edebildiğinizi ve çıkarlarınızı temsil edebildiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Çevrenizdeki karar alma süreçlerine katılma fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Kişisel değerlerinizi ve inançlarınızı hayatınıza ne ölçüde uygulayabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) Sosyal ve politik faaliyetlere katılımınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	f) Farklı organizasyon ve gruplara ne ölçüde katılabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Topluluğunuza ve toplumunuza katılma fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	h) Çevrenizdeki değişimleri ne ölçüde aktif olarak şekillendirebildiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	i) İlgi alanlarınızı ve endişelerinizi kamuoyunda temsil etme yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Ortak iyiliğe ne ölçüde katkıda bulunabileceğinizi ve etrafınızdakileri olumlu yönde etkileyebileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

6.6.	Serbest zaman ve yenilenme kapsamı					
	a) Günlük yaşamınızda rahatlama ve rekreasyon olanaklarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Ne kadar zaman ayırabileceğinizi ve kendiniz için iyi bir şey yapabileceğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Rejeneratif boş zaman aktiviteleri için fırsatlarınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) Kendi dinlenme ve rekreasyon ihtiyaçlarınızı karşılayabilecek durumda olduğunuzu ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) Stresi yönetme ve zihinsel sağlığını geliştirme yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	f) Kendi boş zamanlarınızı ve yenilenme aşamalarınızı ne ölçüde organize edebildiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Fiziksel ve zihinsel sağlığını geliştirme seçeneklerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	h) Kişisel bakımınıza ve refahınıza ne ölçüde bakabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	i) Öz bakım ve canlılığınızı koruma seçeneklerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Boş zaman ve yenilenme için bireysel ihtiyaçlarınızı ne ölçüde önceliklendirebildiğinizi ve uygulayabildiğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
6.7.	Yardım ve bakım bağımlılığında destek kaynakları					
	a) Yardım veya bakım bağımlılığı durumunda mevcut destek kaynaklarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	b) Yardıma ihtiyacınız olduğunda aile çevrenizin desteğine ne ölçüde güvenebileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	c) Mevcut ayakta bakım hizmetleri ve destek seçeneklerinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	d) İhtiyaç duyduğunuzda profesyonel yardım ve bakıma ne ölçüde erişebildiğinizi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	e) Bağımsız ve kendi kaderinizi tayin eden bir yaşam sürmenize yardımcı olacak teklif ve hizmetlerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	f) Komşularınızdan ne ölçüde destek alabileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	g) Yaşam ortamınızdaki bakım ve bakım olanaklarından ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	h) İhtiyacınız olan destek kaynaklarını ve hizmetlerini tanımlayıp kullanabildiğinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
	i) İhtiyaç duyulduğunda yardım ve bakım hizmetlerini finanse etme yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
	j) Yardım ve bakım ihtiyaçlarınızı karşılamak için sosyal ağınıza ve profesyonel yardımınıza ne ölçüde güvenebileceğinizi düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İşıl	Uyruğu	TC
Soyadı	Kaleli	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Keşan SML	1995
Lisans	Muğla Üniversitesi, Hemşirelik	2007
Yüksek Lisans	Dokuz Eylül Ün., Hemşirelikte Yönetim YL	2010
Doktora	Akdeniz Ün., Gerontoloji Ana BD	2025

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Trakya Ün. Hastanesi/ Fethiye 112 ASHİ/ Fethiye Devlet Hastanesi	2000-2012
Müdür Yard./Sor.	Fethiye Devlet Hastanesi	2012-2015
Uzman	Uluslararası Hasta Koordinasyon Merkezi	2015-2019
Acil SH Başkanlığı	ARGE birimi	2019-....

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	2018-YDS Sonbahar	76,25
İngilizce	2023/2 YÖKDİL	76,25

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Sağlık Turizmi Kapsamında Hastane Otelcilik Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Tanıtım Projesi	BAKA	2015-2016
Arama ve Medikal Kurtarma Ekiplerinin Teknik Gelisim	BAKA	2018-2019
SAFE ME (Safe and Friendly Emergency Medicine for Elderly)	Ulusal Ajans	2020-2022

Yayınlar ve Bildiriler:

Kaleli I, Kocaman G. The perception of nurse managers on research utilization barriers & facilitators and predictors. 5. International Nursing Conference, Antalya, 2011, Poster Pres. (MSc. Thesis)

Kaleli Arslanoğlu I, Yılmaz N. Perception of Managers on International Patient Coordination Service in Public Hospitals: Case of Antalya, I. HESTOUREX-World Health Sport Tourism Congress and Fair, Poster presentation.

Ulusal F, Tiryaki S, Demirdaş FB, **Kaleli I**, Tufan İ. Problems of Elderly and Solution Recommendations, In (Ed. Deniz Say Şahin) Aging in terms of Old Age and Aging. Bursa: (Pub) Ekin Basım Yayın Dağıtım; 2020.

Gulsen MF, Kurt M, **Kaleli I** (Corresponded), Ulasti A. Personal Protective Equipment (PPE) Using in Antalya 112 Emergency Ambulance Services During Covid-19 Outbreak. J.Emerg.Med TraumaSurg.Care S1: 002.

Kaleli I. Gerontological Intervention Recommendations for COVID-19 Pandemic. Geriatrik Bilimler Dergisi, 2020;3(3):147-154. doi: 10.47141/geriatrik.769741.

Kaleli I. (Corresponded), Demirdaş F , Tiryaki S , Ulusal F , Tufan, P. An Interventional Concept for Elderly-Rights and Road Map in Turkey: The Case of Antalya. Journal of Human Rights and Equality Institution of Turkey, 2021;4 (6):1-32. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tihek/issue/60047/862252>

Özgün-Başıbüyük, G., **Kaleli, I. (Corresponded)**, Efe, M., Tiryaki, S., Ulusal, F., Demirdaş, F. B., Dere, B., Özgür, Ö., Koç, O., & Tufan, İ. (2021). Depression Tendency Caused by Social Isolation: An Assessment on Older Adults in Turkey. Advances in Gerontology, 11(3), 298–304. DOI: 10.1134/S2079057021030085

Tufan, İ., Koç, O. , Özgür, Ö. , Demirdaş, F. B. , Tiryaki, S. , Ulusal, F. , **Kaleli, I** & Dere, B. (2022). Afetlerde Yaşlılara Yardım ve Destek: Afet Gerontolojisi . Geriatrik Bilimler Dergisi , 5 (1) , 14-20 . DOI: 10.47141/geriatrik.985224

Kaleli I. Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme (Digitalization in Health Services) In (Ed. İsmail Tufan) İkinci Türkiye Yaşlılık Raporu (2. Ageing Report of Türkiye). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023: 577-597.

Kaleli I. Merkezi Sinir Sistemi Yaşlanması. (Ageing of Central Nervous System) In (Ed. H.H. Başıbüyük) Biyogerontoloji: Yaşlanma Biyolojisi (Biogerontology: Biology fo Ageing). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2025: s.223-246.

Kaleli I. Duyu Organları Yaşlanması. (Ageing of Sensory System) In (Ed. H.H. Başıbüyük) Biyogerontoloji: Yaşlanma Biyolojisi (Biogerontology: Biology fo Ageing). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2025: s.247-276.