

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YAŞLILARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ,
SOSYAL AĞ BÜYÜKLÜKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

ZAHİDE YUVAKGİL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

AYDIN-2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı çerçevesinde Zahide YUVAKGİL tarafından hazırlanan “Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/09/2017

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Behice ERCİ İnönü Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Emel CEYLAN Adnan Menderes Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

İlk olarak tez sürecinde bana inancını ve desteğini eksik etmeyen, çok değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'a, tüm katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri sayın hocalarıma;

Araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılara;

Araştırmayı gerçekleştirdiğim süreçte bana sağladıkları maddi ve manevi destekten dolayı Hatice Selin IRMAK ve Ozan UÇAR'a;

Ayrıca bu süreçte beni yalnız bırakmayan, sevgisini, desteğini ve inancını hiçbir zaman eksik etmeyen, tüm sıkıntılı anlarda yanımda olan çok kıymetli babam Hüseyin YUVAKGİL' e, annem Leyla YUVAKGİL' e, kardeşlerim Gökhan YUVAKGİL ve Mehmet YUVAKGİL' e teşekkür ederim.

İyi ki varsınız...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık.....	4
2.1.1. Yaşlanma Teorileri	5
2.1.1.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri	5
2.1.1.2. Sosyolojik Yaşlanma Teorileri	6
2.1.2. Yaşlanma Sürecinde Meydana Gelen Değişiklikler	8
2.1.2.1. Fiziksel Değişiklikler.....	8
2.1.2.2. Psikolojik Değişiklikler:	10
2.1.2.3. Sosyal Değişiklikler.....	11
2.2. Sosyal Destek ve Sosyal Ağ	12
2.2.1. Sosyal Destek	12
2.2.2. Sosyal Ağ.....	14
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	15
2.3.1. Beslenme	16
2.3.2. Egzersiz	17
2.3.3. Kişiler Arası Destek	18
2.3.4. Kendini Gerçekleştirme	18
2.3.5. Stres Yönetimi	19
2.3.6. Sağlık Sorumluluğu	19
2.4. Yaşlılarda Sosyal Destek, Sosyal Ağ ve Sağlık	20

2.4.1. Temel Etki Modeli.....	22
2.4.2. Strese Karşı Tampon Modeli.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.4. Evren ve Örneklem.....	26
3.5. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	27
3.6. Verilerin Toplanması.....	28
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)	28
3.6.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3)	28
3.6.1.3. Sosyal Ağ Listesi (Ek 4).....	29
3.6.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 5)	29
3.6.2. Veri Toplama Tekniği	31
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri	63
5.2. Yaşlıların Aile ve Konut Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri.....	66
5.3. Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeylerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri.....	68
5.4. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	70
5.5. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları	73
5.6. Yaşlıların Aile ve Konut Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları.....	76
5.7. Yaşlıların Bakım-Sağlık Özelliklerine ve Aktivite Düzeylerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları	77
5.8. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.....	79

5.9. Yaşlılarda ÇBASDÖ ve Ağ Büyüklüğü ile SYBDÖ Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.....	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR.....	88
EKLER	99
ÖZGEÇMİŞ.....	114

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	:American Diet Associatin
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome
ÇBAsD	:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek
DNA	:Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
S	:Sayı
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
SS	:Standart Sapma
SYBD	:Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:World Health Organization
X	:Ortalama (Mean)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sosyal İlişkilerin, Sosyal Ağın ve Sosyal Desteğin Stres ile İlişkisi	21
Şekil 2. Sosyal İlişkilerin Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Üzerindeki Direkt Etkisi Olan Mekanizma	23
Şekil 3. Muhtemel Stresli Olaylara Bireysel Cevapları Belirlemede Sosyal Desteğin Rolü ...	24

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Yaşlı Sayıları ve Örnekleme Dahil Edilen Yaşlı Sayıları	27
Tablo 2. Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Ortalama Sosyal Ağ Büyüklüğü.....	33
Tablo 3. Yaşlıların Kişisel Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklüklerinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4. Yaşlıların Aile ve Konut Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Karşılaştırılması	39
Tablo 5. Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeyleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Karşılaştırılması	41
Tablo 6. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Ortalama Sosyal Ağ Büyüklükleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	44
Tablo 7. Yaşlıların Kişisel Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	47
Tablo 8. Yaşlıların Aile Ve Konut Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	51
Tablo 9. Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeyleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 10. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	57
Tablo 11. Yaşlılarda ÇBASDÖ ve Sosyal Ağ Büyüklüğü ile SYBDÖ Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	60

EKLER DİZİNİ

EK 1.....	99
EK 2.....	100
EK 3.....	103
EK 4.....	106
EK 5.....	107
EK 6.....	110
EK 7.....	111
EK 8.....	113

ÖZET

YAŞLILARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ, SOSYAL AĞ BÜYÜKLÜKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Yuvakgil Z. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2017.

Bu araştırma yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmaya Konya'nın Ilgın ilçesinde yer alan 1 Nolu Fatih, 2 Nolu Camiatik, 3 Nolu, Argıthanı, Aşağıçiğil ve Yukarıçiğil Aile Sağlığı Merkezlerine Aralık 2016- Mart 2017 tarihleri arasında başvuran gelişigüzel örneklem tekniği ile seçilmiş 65 yaş ve üstü, gönüllü olan 369 birey dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyal Ağ Listesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile toplanmıştır. Toplanan veriler tanımlayıcı istatistiklerden sonra t-Testi, One-way Anova, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre; yaşlılarda algılanan sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken, sosyal ağ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bireylerin yaşları arttıkça algılanan sosyal destek düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır. Erkekler, evliler, çalışanlar, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlar ve sağlıklarını 'iyi' olarak değerlendirenler diğer yaşlılara göre daha yüksek algılanan sosyal destek düzeyine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahiptir. Ayrıca evlilerin ve çalışanların sosyal ağı diğer yaşlılara göre daha geniştir. Sonuç olarak; yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi, Sosyal Ağ, Sosyal Destek, Yaşlı

ABSTRACT

DETERMINE THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS, THE SIZE OF SOCIAL NETWORKS WITH HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR AND AFFECTING FACTORS IN ELDERLY PEOPLE

Yuvakgil Z. Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Elderly Health and Care Program Master Thesis, Aydın, 2017.

This research is a descriptive and cross-sectional study that aim determining the relationship between the perceived social support levels, the size of social network and healthy lifestyle behaviors and the affecting factors in the elderly people. 65 years and older 369 volunteer individuals were included in the survey by random sampling technique applied to 1 Nolu Fatih, 2 Nolu Camiatik, 3 Nolu, Argithani, Asagicigil and Yukaricigil Family Health Centers between December 2016 and March 2017 in Ilgin/Konya. The data collected by Introductory Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Social Network List, and Health-promoting Lifestyle Profile. The collected data were analyzed by descriptive statistics followed by t-Test, One-Way Anova, Mann Whitney U, Kruskall Wallis, and Correlation tests.

According to the findings of the research, there is a positive relationship between perceived social support and healthy-promoting lifestyle behaviors but there is no statistical relationship between social network and healthy-promoting lifestyle behaviors. As individuals grow older, perceived levels of social support and healthy-promoting lifestyle behaviors decrease. Men, married individuals, employees, living with them spouses and children, and self-health is 'good' have higher level of perceived social support and healthy- promoting lifestyle behaviors than other elderly people. In addition, the social network of married individuals and employees is broader than other elderly people.

As a result, as the level of social support perceived in the elderly increases, healthy lifestyle behaviors also increase.

Key Words: Healthy –Promoting Lifestyle, Social Network, Social Support, Elderly

1. GİRİŞ

Dünya genelinde doğuştan gelen yaşam süresinin artması, geçen yüzyılın sağlık alanındaki en büyük başarısı olarak görülmektedir. Besin ve su kalitesindeki artış gibi yaşam koşullardaki iyileşmeler ve parazitlerden kaynaklı hastalıkların önlenmesi, enfeksiyonların kontrol altına alınması gibi sağlık ve teknolojiadaki gelişmeler sayesinde yaşam süresi uzamış ve dünyanın yarısında bireylerin yaşam süresine yaklaşık 30 yıl eklenmiştir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2013). Bu olumlu değişime yani yaşam süresinin uzamasına ilave olarak doğurganlık oranının azalması, dünyada yaşlı nüfusunun artmasına dolayısıyla dünyanın yaşlanmasına neden olmaktadır (DSÖ, 2015).

Dünya nüfusunun %8,7'sini yaşlı nüfus oluştururken Türkiye 6,6 milyon yaşlı (65 ve üzeri yaş) nüfusu ile dünya sıralamasında 66. sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017). Yine ülkemizde 2016 yılında %8,3 olan yaşlı nüfusun %43,9'unu erkekler, %56,1'ini kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2017).

Türkiye'de yaşlı nüfusun hızla artmasından dolayı Türkiye'nin yakın vadede Almanya, Japonya gibi yaşlı nüfusa sahip ülkeler arasına gireceği öngörülmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda giderek artan ve uzun yaşam süresine sahip olacak yaşlı nüfusa daha iyi şartlar oluşturmak adına yaşlıların fiziksel sağlıklarının sürdürülmesinin yanı sıra psiko-sosyal durumlarının belirlenmesi de önemlidir (Bölükbaş ve Arslan, 2003).

Nüfus yaşlandıkça akla sağlıklı geçirilecek yıllar ve yılların kalitesini nasıl artırılacağı sorusu gelmektedir (Drewnowski ve ark, 2003). Yaşlı nüfusun toplumdaki oranı arttıkça kişiler daha sağlıklı, kaliteli ve uzun bir yaşam arayışına girmektedirler (Cindaş, 2001). Yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmeleri, günlük hayatta bağımsız olmaları, bilişsel ve fiziksel düzeylerinin iyi olması aktif yaşlanma ile ilişkilendirilmekte ve sağlığın geliştirilmesi de sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi ile mümkün olabileceği belirtilmektedir (Tambağ, 2013).

Uygun fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara içmeme ve alkol kullanımının sınırlanması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi daha uzun ve sağlıklı yaşama katkı sağlayan faktörler olarak görülmektedir (Riekert ve ark, 2014). Ayrıca sağlıksız yaşam tarzının kalp hastalıkları, kanser, inme ve diyabet gibi kronik hastalıklara neden olduğu ve optimal sağlığa, yalnızca sağlıklı davranışların artırılarak ulaşılabileceği belirtilmektedir (Ford ve ark, 2011).

Yaşlanma ile birlikte, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, sağlıkta, üretkenlikte, sosyal konumda değişme, arkadaşların, eş ve yakınlar ile ilişkilerin, sosyal yaşantının, sosyal desteklerin azalması ve eşin ölümü ya da çocukların evden ayrılması, gibi pek çok sorun görülebilmektedir (Bahar, 2005; Arslantaş ve Ergin, 2011). Yaşlanmayla meydana gelen bu değişimler psikolojik problemlere ve yalnızlığa, dolayısıyla depresyona neden olabilmektedir (Bahar ve ark, 2009). Depresyon ve yalnızlık, yaşlılarda yaşam kalitesini bozan majör faktörler arasındadır (Singh ve Misra, 2009).

Sosyal ağlardan alınan sosyal desteğin, özellikle yaşlıların iyilik hali için önemli olduğu ve yaşlıların, yaşlanma ile meydana gelen negatif değişimlerle baş etmesindeki yeri vurgulanmaktadır (Aksüllü ve Doğan, 2004; Litvin ve Shiovitz-Ezra, 2006; Altay ve Aydın Avcı, 2009; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010). Sosyal destek ruhsal sağlık ile ilişkisinin yanı sıra; fiziksel sağlık ile de ilişkilidir (Cohen ve Wills, 1985; House, 1987). Öyle ki sosyal destek, yaşam stresinin ve sağlığa zararlı etmenlerin etkisinin azaltılması (House, 1987), ilaç kullanımının azaltılması ve medikal tedaviye uyum (Cobb, 1976) gibi sağlıkla ilgili birçok faktörle ilişkilendirilmektedir. Hatta sosyal desteğin mortalite üzerinde de etkisi olduğu belirtilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; House, 1987).

Yaşlıların var olan potansiyellerinin korunması, aktifliklerinin devam etmesi ve sağlıklarının korunup, geliştirilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi önemlidir (Tambağ, 2013). Dolayısıyla ilgili literatürde de belirtildiği gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olan sosyal destek düzeyinin de belirlenmesi ve geliştirilip desteklenmesi de önemlidir.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yaşlı bireylerin genel özelliklerini, algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

Gerçekleştirilen bu araştırma, yaşlıların sosyo-demografik durumlarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, algılanan sosyal destek düzeylerinin ve sosyal ağ büyüklüklerinin ortaya konması açısından önemli iken sağlıklı yaşlanma ve yaşlılıkta sağlığın korunması yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin planlanması ve sunumu açısından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Algılanan sosyal destek düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
2. Sosyal ağ büyüklüğü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
3. Algılanan sosyal destek düzeyi cinsiyete, medeni duruma ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.
4. Sosyal ağ büyüklüğü cinsiyete, medeni duruma ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.
5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları cinsiyete, medeni duruma ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

Doğumdan bu yana geçen süre basitçe yaş kavramı ile nitelendirilir. Geleneklerimizde çocuklara önce adını sonra yaşını sorma vardır ve okulda, askerlikte, çalışma yaşamında, evlenirken, resmi kurumlarda devamlı bu soru ile karşılaşılır. Bireyin yaşı ölçü olarak görülmektedir (Tufan, 2014). DSÖ (2016)' nün internet sayfası verilerine göre gelişmiş ülkelerin çoğunda 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Yaşlılığa kronolojik bir sınır konulmasının amacı kamusal ve toplumsal alandaki karışıklıkları önlemektir. 65 yaşın yaşlılığın başlangıcı olarak ele alınması Bismark Dönemine kadar dayanmaktadır (Onur, 1995). Ancak bir bireyin 65 yaşında olduğunun bilinmesi, onun genel sağlığı, fiziksel ya da psiko-sosyal durumu hakkında bilgi vermez (Onur, 1995). Yaşlanma, anne rahminde başlayan bir süreçtir ve ölüme kadar devam eder. Yaşlılık ise bir yaşam dönemidir. Takvimsel yaş bilimsel olarak 3 evrede incelenmektedir. Bunlar; 65-75: erken yaşlılık evresi; 75-85: orta yaşlılık evresi; 85 ve üstü: ileri yaşlılık evresi şeklindedir (Tümerdem, 2006).

Yaşlılık genellikle kronolojik olarak tanımlansa da, bu tanımlamaya tabi olan yaş toplumdaki topluma, dönemden döneme değişebildiği gibi hatta aynı dönemde de yaşlılığın başlangıcının ne zaman olmasına dair farklı fikirler bulunmaktadır (Ceylan, 2015). Örneğin; Birleşmiş Milletler yaşlılığın başlangıcını 60 olarak kabul ederken, Dünya Sağlık Örgütü 65 olarak kabul etmektedir (Ceylan, 2015). Dolayısıyla, yaşlılığın sadece kronolojik olarak ele alınması eksik kalabilmektedir. Yaşlanma kavramının farklı açılardan ele alınmasının, daha iyi anlaşılmasını sağlayabileceği belirtilmektedir (Akçay, 2015).

Kronolojik Yaşlanma: Kişinin doğumundan itibaren, geçen zamanın yıllık birimlerle ifade edilmesidir (Yılmaz, 2013). Takvimsel yaş olarak da ifade edilmektedir (Tufan, 2014).

Biyolojik Yaşlanma: Kalıtım ve çevresel faktörlerin etkisiyle bireylerin doku ve organlarında meydana gelen yaşlanmadır. Yani içinde bulunulan biyolojik basamak zaman birimi olarak gösterilir ve biyolojik yaş bireyin ve organlarının işleyişini yansıtır (Akçay, 2015).

Psikolojik Yaşlanma: Bireyin kronolojik ve biyolojik yaşının getirdikleri ile baş etmesi ve bu süreçteki ruhsal durumu psikolojik yaş ile ilgilidir (Akçay, 2015). Diğer bir ifade ile bireyin çevresine ve değişen koşullara adaptasyon durumudur (Cangöz, 2009).

Sosyal Yaşlanma: Kronolojik yaşına göre bireylere atfedilen sosyal statü ve roller bireyin sosyal yaşını belirlemektedir (Akçay, 2015). Örneğin toplum tarafından kabul edilen evlenme yaşı, sosyal yaş ifade etmektedir. Toplum tarafından öngörülen bu roller bireyin elinde olmayan, toplum tarafından belirlenen sosyal yaşının ortaya çıkmasına neden olur (Tufan, 2014). Bireyler yaşadıkları toplumdaki yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili değerlerden etkilenebilirler (Akçay, 2015).

2.1.1. Yaşlanma Teorileri

Yaşlanma sadece kronolojik yaş ile sınırlı tutulmamış, farklı yaşlanma tanımları da yapılmıştır. Birbirleri ile uyumlu bir şekilde ilerlemeyen bu yaşlanma türlerinin yanı sıra farklı yaşlanma teorileri de bulunmaktadır (Kahveci, 2015). Bunlar biyolojik ve sosyolojik yaşlanma teorileri olarak iki grupta toplanabilir.

2.1.1.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri

Yaşlanma, yaşam sürecinin başlangıcından itibaren genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle tüm vücuttaki sistemlerde birikimli olarak devam eden kompleks bir olaydır (Akın, 2006). Biyolojik yaşlanmayı açıklamaya çalışan en çok destek gören teoriler aşağıdaki gibidir.

Telomer Teorisi (The Telomere Theory): Teoriye göre, kromozomların uçlarında bulunan telomerler her bir hücre bölünmesi sonrasında kısalmaktadır. Belli bir küçüklüğe ulaştıktan sonra bölünmeyi bırakmakta ve hücre yaşlanmaya başlamaktadır (Yılmaz, 2013). Hücresel bir takvim olarak görülen telomerlerin yeniden bölünmeye başlayabilmesi için kanser hücreleri telomerleri aktif hale getiren enzim üretmektedirler (Akın, 2006). Dolayısıyla kanserli hücre telomeri devre dışı bırakarak, ölümsüz olmaktadır (Akın, 2006).

DNA Hasar Teorisi (DNA Damage Theory): Hücre bölünmeleri esnasında DNA kendilerini eşlerken meydana gelen hataların bir kısmı tamir edilebilirken, bir kısmı tamir edilememektedir. Teoriye göre tamir edilemeyen DNA hataları birikerek hücrenin yaşlanmasına neden olmaktadır (Akın, 2006). Radyasyon ve kimyasallar DNA hasarına neden olan faktörlerdendir (Yılmaz, 2013).

Serbest Radikal Teorisi (Free-radical Theory): Serbest radikaller radyasyon, ultraviyole ışınlar, fosil kökenli yakıtların yanması sonucu arta kalan atıklar gibi maddelerden oluşan, en dış elektron yörüngesinde elektron kaybetmiş ve bu açığını kapatmak için başka elektronların atomlarını paylaşmaya çalışan atomlardır (Akın, 2006). Serbest radikallerin vücut hücrelerinde hasara yol açtığı, hücrelerin büyüme, gelişme ve farklılaşma fonksiyonlarında bozulmalara sebep olduğu, dolayısıyla organizmanın yaşlanmasına neden olduğu savunulmaktadır (Akın, 2006).

Çapraz Bağlanma Teorisi (The Cross-Linkage Theory): Bir molekül türü ya da farklı molekül türleri arasındaki gelişen çapraz bağların, zamanla proteinleri birbirine bağlayarak dokuların yaşlanmasına neden olduğunu savunmaktadır (Kahveci, 2015).

Otoimmün Teori (Autoimmune Theory): Bu teori yaşlanmanın, vücudun dokularına saldıran otoantikörlerin artışından ortaya çıktığını savunmaktadır (Yılmaz, 2013). Yaşlanmayla ilgili birçok hastalık bu teori ile ilişkilendirilmektedir (Yılmaz, 2013).

2.1.1.2. Sosyolojik Yaşlanma Teorileri

Sosyolojik yaşlanma teorileri, yaşlı bireyi etkileyen çevresel etkenler çerçevesinde yaşlılığı sosyolojik açıdan açıklamaya çalışan teorilerdir (Durak, 2015).

İlgisizlik Teorisi (Disengagement Theory): Sosyal Gerontoloji alanında ilk kabul gören bu teori (Yazıcı, 2014), 1961 yılında Cumming ve Henry tarafından ortaya atılmıştır (Maddox, 1964). Bu teoriye göre yaşlılık, fiziksel psikolojik ve sosyal olarak toplumdan kademe kademe geri çekilme olarak görülmektedir (Onur, 1995). Dolayısıyla yaşlanma sürecinin başlamasıyla birlikte bireylerin kendilerini yavaş yavaş toplumdan geri çektiğini, kendini ölüme hazırladığını savunmaktadır (Durak, 2015). Bu geri çekilmenin tek taraflı olmadığı, toplumsal düzeyde karşılıklı bir geri çekilmenin söz konusu olduğu, birey ile toplum arasındaki etkileşimin azalması ile bireyin toplumdan geri çekildiği, toplumun ise bireyden elini çektiği savunulmaktadır (Onur, 1995). Teorinin, yaşlının kendi içine çekilip ölümü bekler hale gelmesini normal bir süreç olarak görmesinin etik açıdan uygun olmadığı için eleştirilmektedir (Durak, 2015). Ayrıca teori, bireylerin toplumdan geri çekilmelerine sebep olabilecek farklı sebeplerin olabileceği ve bu yaşlının kendi isteğinin dışında zorunlu olarak geri çekilmek durumunda kalabileceğini yok sayması nedeniyle de eleştirilmektedir (Akçay, 2015).

Aktivite Teorisi (Activity Theory): İlgisizlik teorisine eleştiri olarak Havighurst tarafından ortaya atılan teoriye (Yazıcı, 2014) göre; etkinlik içinde bulunan yaşlının hayattan daha fazla zevk aldığını ve olumlu benlik saygısı geliştirebileceğini savunmaktadır (Durak, 2015). Optimal olarak yaşlanmayı başaran bireylerin etkin kalan ve sosyal yaşamlarının küçülmesine direnen bireylerin olacağı vurgulanmaktadır (Akçay, 2015). Sosyal etkinliklerin önemi vurgulanırken, bireyin yaşlılık nedeniyle bırakmak zorunda kaldığı rollerin yerine, kendisi için anlam ifade eden yeni roller edinmesi sayesinde hayattan alınan zevkin sürdürülebileceği ifade edilmektedir (Durak, 2015). Teori, yaşlı bireylerin sosyal hayatları üzerinde büyük etkileri olduğunu varsayması konusunda eleştirilmektedir (Akçay, 2105). Ayrıca kuram, yaşlılığı sadece etkinlik gibi dar bir boyutta açıklanmaya çalışılması konusunda eleştirilmektedir (Durak, 2015).

Süreklilik Teorisi (Continuity Theory): 1989 yılında Atchey tarafından ortaya atılan teoriye göre, yaşlı birey, orta yaşta sahip olduğu kişilik özelliklerini, yaşam tarzını, diğer insanlarla olan ilişkilerini ve kendine has özellikleri yaşlılık dönemine taşımaktadır (Durak, 2015). Diğer iki kurama göre daha fazla destek gören bu kuram yaşlı bireyin orta yaşta edindiği alışkanlıklarını ve etkinliklerini yaşlılık döneminde de devam ettirmenin yaşlanmanın olumsuz etkilerinden koruyacağını savunmaktadır (Yazıcı, 2014). Kuram, yaşlıların yaşamlarının memnun olmadıkları kısmının değişen yönlerinden yararlanabileceklerini, başarısızlıkların kullanılmasını göz ardı etmesi ve bütün insanların sürekliliği istediklerini varsayması açısından eleştirilmektedir (Akçay, 2015).

Rol Bırakma Teorisi (Role Exit Theory): Bireylerin yaşa göre neyi yapabilecekleri neyi yapamayacaklarının toplum tarafından belirlenmesi yaş normları olarak ifade edilir ve toplum yaş normlarını sosyalleşme ile iletmektedir (Akçay, 2015). Yaşlılar yaşlanmayla birlikte yeni roller ile toplumsallaşırken bazı rollerini de kaybedilirler (Akçay, 2015). Sosyolog Blau tarafından ortaya atılan bu kurama göre dulluk ve emeklilik gibi rol kaybına neden olan bu durumlar yaşlıların toplumun temel kurumsal yapılarına katılımını engellemektedir (Onur, 1995). Kuram, yaşlı bireylerin toplumsal yitimler hissetmesini abarttığı konusunda eleştirilirken, yaşlıların iş ve ana-babalık gibi rollerin yitimi ile yapmak istedikleri şeyler için daha özgür olacakları dile getirilmektedir (Onur, 1995).

Modernizasyon Teorisi (Modernization Theory): Modernizasyon teorisi, gerontolojik bağlamda sosyal ve teknolojik değişmelerin zaman içerisinde yaşlı insanlar üzerine etkisini açıklamaya çalışmaktadır (Akçay, 2015). 1972 yılında Cowgill ve Holmes'in geliştirdiği kurama göre sağlık, teknoloji, kentleşme ve eğitimdeki gelişmeler yaşlıların statülerinde

kayba neden olabilmektedir (Akçay, 2015). Yani modernleşme toplumsal yapıyı yaşlıları olumsuz etkileyecek şekilde değiştirmiştir (Akçay, 2015).

Alışveriş Teorisi (Exchange Theory): Teoriye göre statü bireylerin topluma yaptıkları katkı ve bunun maliyetle dengesi ile belirlenmektedir (Akçay, 2015). Yani bireyler topluma nasıl katkı yaptıklarına ve ekonomik durumlarına bakılmaktadır. Toplumsal ilişkilerin ise karşılıklı alışveriş üzerine kurulduğunu belirtmektedir (Yazıcı, 2014). Yaşlılar ile gençler arasındaki etkileşimin azalmasının nedeni yaşlıların azalan fiziki ve maddi kapasiteleri ile açıklanmaktadır (Akçay, 2015). Yaşlıların gençlere verecekleri sınırlandırıldığı için gençler ile iletişiminin azalacağı öne sürülmektedir.

2.1.2. Yaşlanma Sürecinde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte fiziksel ve psiko-sosyal değişimler meydana gelmekte, bireylerin bu değişimlerle başa çıkabilmeleri için bir takım stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Onur, 1995). Bu dönemde meydana gelen psikolojik ve fiziksel değişimler bireylerin sosyal yaşamını da etkilemektedir (Akçay, 2015). Yani bu dönemler, birbirlerinden bağımsız değillerdir (Onur, 1995).

2.1.2.1. Fiziksel Değişiklikler

Kronolojik yaşla birlikte fiziksel gerilemeler azar azar kendini gösterse de orta yaştan itibaren gerilemelerin hızı artmaktadır (Akçay, 2015). Yıllarca güneşe maruz kalma sonucu foto yaşlanma ve güneş hasarı oluşur ve deride ince çizgilere, kırışıklıklara, doku değişikliklerine neden olabilir (Nalbant, 2008). Deri altı yağ tabakasında, derinin elastikiyetinde, duyarlılığında ve kalınlığında azalma meydana gelir ve dolayısıyla deri kazalara açık hale gelir, yara iyileşmesi yavaşlar ve soğuğa-sıcağa tolerans azalır (Nalbant, 2008).

Yaşlanmayla birlikte kas kitlesinde azalmalar meydana gelir (Genç ve ark, 2013). Atrofi nedeniyle kas hücrelerinde ve yoğunluğunda azalma olurken (Akçay, 2015); 20-30 lu yaşlarda maksimum olan kas kitlesi 65 yaşından sonra yaklaşık olarak %80 oranında azalır (Genç ve ark, 2013). Kas kitlesinin azalmasına paralel olarak fonksiyonlarda ve enerji metabolizmasında da azalma meydana gelir (Genç ve ark, 2013). Yaşlanma ile birlikte kemik

yoğunluğunda da azalma meydana gelir ve menapozun da etkisiyle kadınlardaki kayıp daha da fazla olmaktadır. (Nalbant, 2008). Yaşlanmayla birlikte eklemlerdeki ligamentler, eklem kapsülü ve eklem kıkırdaklarındaki yapısal bozulma ve elastikiyet kaybı nedeniyle eklem hareketleri sınırlanır ve hareketlere başlamada zorluk gelişir (Genç ve ark, 2013).

İleri yaşlarda meydana gelen ölümlerde, dolaşım sistemi hastalıklarının payı yüksektir (Akın, 2006). Ancak yaşlılıkta ortaya çıkan dolaşım sistemi bozukluklarının nedeni kişinin genetik yapısının yanı sıra önceki yaşam dönemlerinde benimsediği yaşam tarzı ve çevre koşullarından kaynaklanmaktadır (Akın, 2006). Yaşlılarda kalp daha serttir, daha yavaş dolar ve toplardamar duvarları daha kalın, daha az elastiktir (Nalbant, 2008). Dolayısıyla kanın damarlardan geçerken karşılaştığı direnç daha fazla olduğu için büyük tansiyon yüksekliği görülür (Genç ve ark, 2013).

Solunum sistemi hastalıkları özellikle de pnömoni yaşlılarda önemli bir ölüm nedeni olmakla birlikte yaşlı sağlıklı olsa ve düşük risk faktörü taşısa dahi immün sistemde meydana gelen değişiklikler nedeni ile solunum sistemi enfeksiyonlarına daha duyarlı olabilirler (Nalbant, 2008). Yaşlanma ile birlikte göğüs duvarının rijiditesi arttığı, solunum kaslarının gücü zayıfladığı ve akciğer elastikiyetinde azalma olduğu için vital kapasitede progresif azalma meydana gelir (Beğler, 2003). Yaşla birlikte soluk alıp verme sıklığı artar ve alveol yüzey alanındaki azalmalar nedeni ile oksijen ve karbondioksit değişimi olumsuz etkilenir (Akın, 2006). Akciğer hastalığı olmayan ve sigara içmeyen yaşlılarda, solunum günlük aktivitelerini yerine getirmesi için yeterlidir (Genç ve ark, 2013).

Yaşlanma ile nöron sayısında, nöronlar arası bağlantılarda azalma olur ve beyin içi boşluk artması nedeniyle beyin ağırlığında yaklaşık %10 civarında bir kayıp meydana gelir (Kahveci, 2015). Birçok beyin bölgesinde sinir hücresi kaybı olmasına rağmen bilişsel fonksiyonlarda azalma görülmezken, yaşlı bireylerde tepki hızında azalma meydana gelmesiyle çevrelerindeki olaylara daha yavaş reaksiyon verirler (Genç ve ark, 2013). Bölünmüş dikkat, işleyen bellekteki bilginin dönüştürülmesi, isimleri ve kelimeleri hatırlama, yeni şeyler öğrenme gibi mental fonksiyonlarda azalmalar meydana gelir (Göka ve Aydemir, 2000). Sinir dokusunun kendini tamiri gençlere göre daha yavaş olduğu için yaşlılar darbelere karşı daha hassas ve kırılındırlar (Genç ve ark, 2013).

Yaşlanma ile sindirim sisteminin hareket ve salgı özelliklerinde değişimler meydana gelir (Genç ve ark, 2013). Yaşlanmayla tat ve koku alma duyularında gerileme (Akın, 2006), özofagus kaslarının mekanik hareketinde azalma meydana gelir (Nalbant, 2008). Midenin iç mukozasında atrofi meydana geldiği için ve mide elastikiyetini kaybeder, yaşlılıkta daha yavaş boşalır ve daha az yiyecek tutar (Genç ve ark, 2013). Karaciğer hücre miktarında

azalma ile karaciğer küçülür, enzim etkinliğinde, kan akış hızında ve metabolizma hızında azalma meydana gelir (Akın, 2006). Kalınbağırsak ve ince bağırsak mukoza duvarında incelme ve incebağırsaktaki besin emilimini yapan villusların boyunda azalma meydana gelir (Akın, 2006). Yaşlanma ile birlikte sindirim sisteminde meydana gelen bütün bu değişikliklere rağmen yaşlılıkta sindirim sistemi fonksiyon bozukluğu ve besin emilim problemi beklenmez, bağırsak hareketlerindeki gerilemeler nedeniyle hazımsızlık, şişkinlik gibi problemlerle karşılaşılabilir (Genç ve ark, 2013).

Çalışmalarda fizyolojik değişimlerin bir kısmından yaşlanma ile birlikte hormonlarda meydana gelen azalmanın sorumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle hormon replasman stratejileri geliştirilmeye çalışılmaktadır (Nalbant, 2008). Yaşlanma ile diğer organlarda oluşu gibi böbrek ve genital organlarda da değişimler meydana gelmektedir (Akın, 2005). Böbrek azalan hücre sayısı nedeniyle küçülür ve içinden daha az kan geçer (Genç ve ark, 2013). Bağışıklık sisteminde de gerileme meydana geldiği için yaşlı bireyin enfeksiyonlara karşı hassasiyeti artar (Nalbant, 2008).

2.1.2.2. Psikolojik Değişiklikler:

Bireylerin algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özelliklerinde meydana gelen değişimler yaşlanmanın psikolojik boyutunu oluşturmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013).

Yaşlanma ile bireylerde bilişsel açıdan en belirgin değişim düşünce hızının yavaşlamasıdır (Durak, 2015). Yaşlı bireyler bilişsel işlevleri yerine getirmede daha fazla zamana ihtiyaç duyabilirler. Ancak pratik zekada yaşlanmayla artış görülür ve deneyimlerinde etkisiyle bir problemi çözerken gençlere oranla daha az hazırlığa ihtiyaç duyarlar (Durak, 2015). Bilgi ve deneyime bağlı sözel işlemlerde azalma görülmezken, performansla bağlı işlemlerde azalma görülebilir (Durak, 2015). Cangöz (2008), yaşlanmayla meydana gelen biyolojik faktörlerden kaynaklı bilişsel kayıpların (dikkat ve bellekte bozulma, bilgi işlem hızında azalma) yanı sıra kültürel faktörlerden kaynaklanan kazançlara (saygınlık, tecrübe, otorite, bilgelik vb) da dikkat çekmektedir. Ayrıca kristalize zekada yaşa bağlı düşüş beklenmezken, akıcı zekada yaşa bağlı azalma meydana gelebilir (Durak, 2015).

Yaşlanmayla birlikte bireylerin kişiliklerinde keskin değişiklikler meydana gelip gelmediği üzerine sürekli çalışılmaktadır (Durak, 2015); fakat eldeki çalışma sonuçları ileri yaşlarda kişilik özelliklerinin ne oranda sabit kaldığı veya değişkenlik gösterip göstermediğini

ortaya koymada yetersizdir (Lehr, 1994). Kişiliğin, yaşlılık sürecinde bireylerin karşılaştıkları sorunlar üzerinde önemli bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Durak, 2015). Kaygı, duygusal stresi artırması nedeniyle, yaşlılarda ani ölümlere neden olabilmektedir (Aldwin ve ark, 2006). Yaşlılık döneminde meydana gelen psikososyal değişimlerden biri de depresyondur (Lychne, 2000). Yaşlılık döneminde mental kapasitedeki zayıflamalar, fiziksel yetilerdeki gerilemeler ve yakın birinin kaybı yaşlılarda depresyona neden olabilmektedir (Steunenbergh ve ark, 2006). Bu dönemde demansa da sık rastlanılmaktadır (Cangöz ve ark, 2012).

Genç yetişkinleri etkileyen psikolojik durumlar ve bozukluklar yaşlılar için de geçerli olmakta, yaşlıların yaşadıkları psikolojik sorunlar, genç yaşlarda tecrübe ettikleri sorunlardan kaynaklanabileceği gibi, yaşlanmayla meydana gelen stres kaynaklarından (eş/ yakın kaybı, emeklilik, menapoz/ andropoz, sosyal izolasyon, kronik hastalıklar, bağımlılık gibi) da kaynaklanabilmektedir (Cangöz, 2009).

2.1.2.3. Sosyal Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte fiziksel, psikolojik değişikliklerin yanı sıra aile ve toplumsal yaşamda da değişiklikler meydana gelmektedir (Göka ve Aydemir, 2000). Değişen dünya ile birlikte yaşlının sosyal çevresi ile kurduğu ilişkileri de değişime uğrar ve yaşlılık döneminde, yaşlılar çeşitli rol değişimleri yaşarlar (Durak, 2015).

Yaşlı bireyi bekleyen sosyal değişikliklerden biri emekliliktir. Emekliliğin en önemli sonuçları çalışma yaşamından ve onun olumlu statüsünden vazgeçmektir (Akçay, 2015). Emeklilikle birlikte ekonomik gelirden dolayı yaşam standardında düşüş meydana gelebilmektedir (Göka ve Aydemir, 2000). Diğer bir ifade ile emeklilik, yaşlının işsiz bir hayata ve ekonomik kısıtlılara uyumunu gerektirebilir (Durak, 2015). Hastalık gibi durumlarda bu olumsuz tablo daha da ağırlaşabilir, yaşlı bireyler yakınları tarafından ekonomik desteğe ihtiyaç duyabilirler (Onur, 1995). Yaşlılar, evde yeniden bir ekonomik denge kurma konusunda sıkıntı yaşayabilirler (Durak, 2015). Diğer yandan çalışma yaşamından uzaklaşma; çalışma arkadaşlarından uzaklaşılmasıyla sosyal çevresinde daralma, prestij ve saygınlıkta azalma ile sonuçlanabilmektedir (Yıldız Kökenek, 2012). Bu dönemde bireyler günlük aktivitelerini yerine getirmede sıkıntı yaşayabilir, boşluğa düşebilirler (Durak, 2015).

Modernleşme ile birlikte geniş aile yapısının yerini çekirdek aileye bırakmasıyla birlikte geniş ailenin bakım gibi bazı geleneksel görev ve işlevlerini, toplumun diğer birimlerine

bırakabilmektedir (Ceylan, 2015). Ayrıca bazı araştırmalarda çağdaş toplumlarda aile yapısındaki değişimden dolayı yaşlıların sosyal statüsünün düşük olduğu belirtilmektedir (Akçay, 2015). Diğer yandan artan ömür ile birlikte aile ilişkileri dört kuşağı da içine alacak biçimde şekillenmektedir (Akçay, 2015). Emeklilik ve çocukların evden ayrılmasından sonra bireyler kendi anne babalarına bakabilmekte ve aynı zamanda torun sahibi olmalarıyla birlikte evlat, anne-baba rolünün yanın da büyükanne- büyükbaba rollerini de üstlenebilmektedirler (Onur, 1995). Aileye yeni bir bebeğin katılması yaşlıya olumlu yönde enerji verebilir ve yaşlı birey aile içinde araçsal destek sağlayabilir (Durak, 2015). Birkaç kuşağın bir arada yaşamasıyla kuşaklar arası ilişkilerin önemi de artmaktadır (Ceylan, 2015).

Kültür ve yaşanılan sosyal çevrenin, yaşlanma üzerinde yadsınamaz bir etkisi mevcuttur (Akçay, 2015). Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fiziksel değişimler, emeklilikle birlikte çalışma yaşamından uzaklaşma, çocukların evden ayrılması, eşin kaybı ve toplumun yaşlıya atfettiği kalıpyargılar yaşlanma döneminde birleşerek sosyal rol ve statülerdeki kayıpları tetikleyebilmektedir (Akçay, 2015).

2.2. Sosyal Destek ve Sosyal Ağ

2.2.1. Sosyal Destek

1970'li yıllardan beri çeşitli yaş gruplarında sağlık ve hastalık ile ilişkisi çalışılan sosyal destek (social support) (Langford ve ark, 1997); varlığı ve etkisi bilinen fakat direkt olarak görülemeyen ya da ölçülemeyen, birçok kavramı saran bir şemsiye, bir yapı olarak ifade edilmektedir (Barbour, 2003).

Cohen (2004) sosyal desteği; kişinin stres ile baş etmesi için sosyal ağlardan sağlanan psikolojik ve araçsal kaynaklar olarak tanımlamaktadır.

Shumaker ve Brownell (1984) ise sosyal desteği en az iki kişi arasındaki alıcının ve vericinin refahını artırmaya yönelik kaynak alışverişi olarak tanımlamışlar ve desteğin sadece tek taraflı alınmasından ziyade karşılıklı olduğuna vurgu yapmışlardır.

Cobb (1976) da farklı bir yaklaşımla sosyal destek, bireyin kendisinin sevildiğinin, bakıldığının, saygı gördüğünün ve bir sosyal ağ içerisine dahil olduğunu hissetmesi anlamına geldiğini ifade etmiştir.

Sorias (1989b) sosyal desteğin genellikle stres verici bir olay esnasında kişinin yakınındakilerden aldığı maddi ve manevi yardım olduğunu belirtmiş ve stres altında olmayı

vurgulamıştır. Tüm bu tanımlamalardan hareketle, bireyin sosyal çevresinden yani dahil olduğu sosyal ağdan aldığı, olumlu sonuç doğuran duygusal, bilgisel ve araçsal yardımlar sosyal destek olarak tanımlanabilir.

Diğer tanımlardan farklı olarak Cobb (1976) sosyal destek algısına değinmiştir. Buda “*algılanan sosyal destek*” kavramını doğurmaktadır. Algılanan sosyal destek (perceived social support), bireyin sosyal destek, bilgi ve geri dönüt gibi sosyal destek ile ilgili destek ihtiyaçlarının ne oranda karşılandığına dair inancıdır (Procidano ve Heller, 1983). Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimidir (Sorias, 1989b). Yani bireyin etkileşim içinde olduğu sosyal ağlarından aldığı desteği nasıl algıladığıdır. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım alabileceği insanların olduğuna dair inancı olan ve ilişkilerinin doyum verdiğini düşünen kişinin algıladığı sosyal desteğin fazla olduğu söylenebilir (Ardahan, 2006). Sosyal desteğin, bireyin kişisel yaşantılar sonucunda bilişsel olarak ne kadar tatmin olduğunun algılanan sosyal destek olarak ifade edilebileceği görüşü giderek önem kazanmaktadır (Sorias, 1989a).

Sosyal ağlar bireylere farklı tipte kaynaklar sağlamakta ve birkaç farklı yardım aynı anda almalarını sağlanabilmektedirler. Sosyal destek kaynakları literatürde sıklıkla araçsal, duygusal ve bilgisel destek olarak çeşitlenmektedir (House, 1981; Sorias, 1988b; Barbour, 2001; Cohen, 2004). Bunlar;

Araçsal Destek (Instrumental support): İhtiyacı olan bireylere direkt olarak yapılan desteklerdir (House, 1981). Materyal yardımdır (Cohen, 2004). Günlük hayatın idame ettirilebilmesi için diğerleri tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır (Sorias, 1988b). Örneğin ihtiyaç sahibi olan bir yaşlıya yürüteç temin edilmesi araçsal destek olarak değerlendirilebilir.

Duygusal Destek (Emotional support): Duygusal destek; empati, ilgi, sevgi, ve dürüstlük gösterilmesi olarak tanımlanmaktadır (House, 1981). Araçsal destekten daha soyut görülmektedir (Annak, 2005).

Bilgisel Destek (Informational support): Çevresel ve bireysel problemler ile baş etmesi için bireylere verilen bilgi, tavsiye ve rehberlik olarak tanımlanmaktadır (House, 1981, Cohen, 2004). Bir doktorun, reçete ettiği bir ilacın kullanımını yaşlı bir bireye anlatması, bilgisel desteğe örnek olarak verilebilir.

Sosyal destek, aile üyelerinden, iş- okul arkadaşları, özel arkadaşlarına kadar geniş bir kapsamda informal olarak alınabileceği gibi profesyonellerden (sosyal çalışmacı, hemşireler, doktorlar) de formal bir şekilde alınabilir (House, 1981).

Bireyin yaşamında aile, akraba, komşular ya da arkadaşlar gibi sosyal destek sistemlerinin bulunması bireylerin sosyal hayatında karşılaştıkları zorluklar ile baş etmesi için maddi manevi yardım sağlayabilir, hatta sorunlar devam etse bile birey sosyal destekler sayesinde daha güçlü ve daha mutlu hissedebilir (Yiğit, 2009).

Bireyler arası destek yaşam stresinin zararlarından korunmada etkilidir (Cobb, 1976). Sosyal destek düşük doğum yapmadan ölüme, artritten tüberküloza, depresyondan alkolizme kadar geniş kapsamda krizdeki bireyleri koruyabilir. Hatta sosyal destek ilaç kullanımını azaltabilir, iyileştirmeyi hızlandırabilir ve medikal tedaviye uyumu kolaylaştırabilir (Cobb, 1976).

Sosyal destek konusuna kantitatif olarak yaklaşan araştırmacılar “*sosyal ağ*” terimini kullanırken, kalitatif yaklaşanlar ise “*sosyal destek*” terimini kullanmaktadırlar (Sorias, 1989b). Yani diğer bir deyişle, sosyal çevreden alınan desteğin niceliksel yönü sosyal ağ, niteliksel yönü ise sosyal destek kavramı ile ifade edilmektedir (Çetin, 2009).

2.2.2. Sosyal Ağ

Sosyal ilişkiler incelenirken, sosyal destek kavramının yanında sosyal ağ (social network) kavramı üzerinde de durulmaktadır. İlk kez 1954 yılında antropolog Barnes tarafından kullanılan (Cohen ve Wills, 1985) sosyal ağ terimi, kişi ile çevresindeki diğer kişiler ile olan bağlarını ve ilişkilerini tanımlamak için kullanılmaktadır (Sorias, 1989b).

Bireylerin kimliğinin tanındığı ve güçlendirildiği aile üyeleri, akrabaları, arkadaşları, özel arkadaşı öğretmenleri, meslektaşları, komşuları, ideolojik dinsel ve etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi çevresindeki insanlardan oluşur (Ardahan, 2006).

Sosyal ağın yapısal özellikleri değerlendirilirken ağın genişliği, ağdaki diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerin sıklığı, ağ üyelerinin birbirleri ile olan ilişkilerinin yoğunluğu, üyelerin yaş, cinsiyet, ırk, birbirlerine olan fiziki uzaklıkları, birbirlerine kültürel olarak benzerlikleri ve ilişkilerin aktif ya da pasif oluşu incelenmekteyken, özellikle ağın büyüklüğüne odaklanıldığı görülmektedir (Sorias, 1989b).

Sosyal ağın, bireylerin başkaları ile birlikte sürdürdüğü bir dizi ilişkiyi yansıttığını belirten Litwin, 1995 yılında yaşlı göçmenler ile yaptığı çalışmasında sosyal ağın tipolojisini ortaya koymaya çalışmıştır. Aile yoğunluklu ağ, akraba ağı, arkadaş odaklı ağ ve dağınık bağlı ağ olmak üzere sosyal ağları 4 grupta değerlendirmiştir (Litwin, 1995). Litwin (1995)’nin tipolojisine göre sosyal ağlar;

Aile yoğunluklu ağ (Family intensive network): Tüm ağların en küçük ve en samimi olanı olarak kabul edilen bu ağ türünün en uzun ilişki süresine ve en yüksek temas sıklığına sahip olduğu belirtilir. Çekirdek aileden oluşan ve genellikle aynı konutu paylaşan bu ağda iç dayanışma oranı yüksektir (Litwin, 1995).

Akraba ağı (Kin network): Geniş ağ temelli bu ağ türü içinde bireyler hala birbirine yakındır. Bağların süresi kayda değer oranda olsa da irtibat ve konut yakınlığı daha azdır. Ağ üyeleri arası çeşitliliğe izin verir (Litwin, 1995).

Arkadaş odaklı ağ (Friend focused network): Bu ağ türü ortalamadan daha küçüktür ve orta derecede temas, iletişim ve konut yakınlığı sunar. Arkadaş arası samimiyet seviyesi sınırlıdır (Litwin, 1995).

Dağınık bağlı ağ (Diffuse tie network): Diğer ağ türleri arasında en büyüğü olan bu ağ türü bütününde en az samimi olanıdır. Üyeler aileden olabileceği gibi arkadaş, komşu ve diğerlerinden de oluşabilir. Bağ süresi, temas sıklığı ve üyeler arası konut yakınlığı en düşük seviyededir. Bu ağ türü iletişim kurulacak geniş bir ağ sunar fakat ağ üyeleri arasında anlamlı değiş tokuş azdır (Litwin, 1995).

Sosyal ağların geniş olması verilecek sosyal desteği de artıracak kabul edilirken bazılarının göre de sosyal destek ağının geniş olması diğerlerine olan sorumluluğu da artıracak için negatif etki yapabilmektedir (Cohen, 2004). Benzer şekilde Aksüllü ve Doğan (2004) çeşitli çalışmalar sonucunda sosyal ağ içinde bulunan birey ve kurumların her zaman olumlu etkide bulunmadığını hatta sosyal ağın geniş ve güçlü olmasının olumsuz etkilerinin de olduğunu ortaya konulduğunu belirtmektedir.

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Yaşlanmayla birlikte bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana gelir, dolayısıyla bu değişiklikler bireyin yaşam biçimine yansımaktadır. Basit anlamda bireyin yaptığı tercihler onun yaşam biçimini belirlediği söylenebilir. Yaşam biçimi bireyin sağlık davranışlarını sergileyebileceği bir kavram olduğu için sağlık davranışı ile çalışılmak istendiğinde yaşam biçimi kavramı üzerine de odaklanılmaktadır (Esin, 1999). Bu yaşam biçimi sağlıklı sonuçlar doğurabileceği gibi hastalıklara da neden olabilir. Bireyleri hastalıklardan koruyan, sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamalara sağlıklı yaşam biçimi (Health-promoting Lifestyle) adı verilmektedir (Anderson ve ark, 2001). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlara dikkat etmesi ve günlük aktivitelerini yerine

getirirken kendi sağlığının elverdiği davranışlarda bulunmasıdır (Tambağ, 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme de, yaşlı bireylerin potansiyellerinin optimum kullanımı, doyum aldıkları bir yaşam sürmeleri, üretken olabilmeleri ve sağlıklılık yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmeleri yer almaktadır (Tambağ, 2010). Sağlığı geliştiren davranışlar bireyin biyopsikososyal iyilik halini artıracak davranışlar olduğu söylenilebilir. Buda bireyin ömür uzunluğunu ve bu ömür uzunluğunu nasıl geçireceğini etkileyebilir.

DSÖ (2009), kötü beslenme, fiziksel inaktivite ve sigara kullanımı gibi yaşam biçimi davranışlarını kronik hastalıklara sebep olan majör beş faktörün içinde saymaktadır. Sağlığın korunmasına yönelik yapılacak çalışmalar hasta olunduktan sonra yapılacak tedavilere göre daha ekonomik, daha başarılı, daha etkin ve daha insancıl görölmektedir (Bilir, 2007). Sigarayı bırakma, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ileri yaş grubunda da sağlığın geliştirilmesi ve mortalitenin önlenmesi için önemli görölmektedir (Mandracioğlu, 2014). Dolayısıyla kronik hastalıkların daha sık göröldüğu ileri yaş grubunda da sağlığı geliştirici çalışmalar planlanan politikalar içinde yer almalıdır (Pell ve ark, 2005).

Walker ve ark. (1995)'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğunu alma, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi bileşenlerini içermektedir.

2.3.1. Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme tüm yaş grupları için önemli bir faktördür. Beslenme, uluslararası belgelerde de belirtildiği gibi bir haktır (Bozhüyük ve ark, 2012).Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında farklılaşmalar görölebilmektedir (Aslan, 2012).

Yaşlanma ile birlikte organların ve beden yapısında meydana gelen değişimler bireylerin besin alım ve kullanımlarını olumsuz yönde etkileyebilir (Aksoydan, 2006). Dolayısıyla bu dönemde gıdaların fazla veya eksik alımı obezite, diyabet, kanser ve diğer kronik hastalıklara sebep olabilir (Aslan ve ark, 2008). Yapılan çalışmalar gösteriyor ki iyi bir beslenme yaşlılarda sağlık, öz yeterlilik ve hayat kalitesi için temel bir faktördür (Amerikan Diyet Birliği (ADA), 2000).

Sarkopeni olarak adlandırılan yaşlanma ile birlikte iskelet kası büyüklüğu ve gücünde meydana gelen kayıplar yaşlılarda metabolik sendrom ve yaralanma riskini artırmaktadır (Makanae ve Fujita, 2015). Yaşlı bireylerde bağımlılığa neden olan majör faktörler içinde yer

alan sarkopeniden korunmakta direnç egzersizleri ile kombine edilmiş amino asit/protein alımının etkinliği belirtilmektedir (Makanae ve Fujita, 2015).

Yaşlılarda beslenme konusunda dikkat çeken diğer bir durum da kronik hastalıklar ve yaşlanma ile meydana gelen biyopsikososyal değişiklikler sonucu oluşan malnütrisyonudur (Aslan, 2012). Yaşlılık döneminde bireyler daha genç yaşlara göre malnütrisyon açısından daha savunmasızdır (Aslan ve ark, 2008). İştahsızlık, dış problemleri, koku ve tat duyusunda azalma, ilaç etkileşimi, fonksiyonel durumdaki gerileme ve kronik hastalıklar gibi klinik, beslenme konusundaki bilgi düzeyindeki eksiklik, sosyal izolasyon, yalnızlık, ekonomik problemler, yemek hazırlama ve alışveriş kapasitesinin olmayışı gibi sosyal, davranışsal ve konfüzyon, yakınıni kaybetme, depresyon, anksiyete ve demans gibi psikolojik faktörler yaşlılarda malnütrisyon açısından risk faktörleridir (Hickson, 2005). Malnütrisyon ile kronik hastalıklar arasında kısır bir döngü mevcuttur (Aslan, 2012). Yani, kronik hastalıklar malnütrisyonla neden olabileceği gibi, malnütrisyon da kronik hastalıklara neden olabilir.

Yeterli ve dengeli beslenme için günde üç ana üç ara öğün tüketilmesi önerilirken, yaş ilerledikçe yaşlılarda yemek düzeninin bozulduğu da belirtilmektedir (Aksoydan, 2006). Hastane, bakımevi ve huzurevinde kalan bireyler, yemekleri kurum tarafından hazırlandığı ve servis edildiği için toplumda yaşayan bireylere nispeten daha düzenli yemek yeme alışkanlıklarına sahip olabilirler (Aksoydan, 2006).

2.3.2. Egzersiz

Toplum içindeki yaşlıların oranı arttıkça kişiler daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam arayışına girmişlerdir (Cindaş, 2001). Bu nokta da fiziksel aktivite ve egzersizin önemi sözkonusu olmaktadır. Tarih boyunca farklı toplumlarda ve uygarlıklarda sağlık açısından önemli görülen fiziksel aktivite ve egzersizin faydası için yaş ayrımı yapılmamaktadır (Bozhüyük ve ark, 2012). Egzersiz kas kütleini ve büyüklüğünü artırır, dengeyi sağlayarak düşmeleri azaltır, depresyon gibi ruhsal problemleri, eklem ağrısını, diyabet ve koroner arter hastalığı riskini azaltır, dolayısıyla yaşam kalitesini artırır (Cindaş, 2001). Yani egzersizin fiziksel olduğu gibi ruhsal yararları da vardır. Fakat egzersizin sağlıklı yaşam için faydaları araştırmalarca belgelenmesine rağmen, özellikle yaşlılarda kötü beslenme ve fiziksel hareketsizliğin yaygın olduğu görülmektedir (Bardach ve Schoenberg, 2014).

Yaşa bağlı diyabet, hipertansiyon, kronik kalp hastalıkları ve osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde aerobik egzersizlerin faydası uzun yıllardır bilinen

bir konudur (DSÖ, 2002). Ayrıca, yaşlı bireye en uygun egzersizlerin aerobik egzersizler olduğu belirtilmektedir (Cindaş, 2001). Araştırmalar güçlendirme egzersizlerinin ise sarkopeninin önlenmesinde ve geriye çevrilmesinde önemli olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2002). Yaşlı bireylerde bir egzersiz programına başlamadan önce mutlaka bireyin yemek yeme, yıkanma, yatağa girip çıkma gibi günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmelidir (Savaş, 2010). DSÖ (2002), 60 yaş ve üstü bireylerin bir sağlık profesyoneli ile görüşükten sonra günlük en az 30 dk (tüm gün değil) aerobik egzersizlerini (yürüme, yüzme gibi) ve haftada 2-3 gün güçlendirme egzersizlerini yapabileceğini belirtmektedir.

American College of Sport Medicine (1998) ise düşme riskini azaltmak, eklem açıklığını korumak ve artırmak için haftada 2 gün ve her gün için en az 10 dk germe egzersizleri, sık sık düşen ve morbidite riski olan bireyler için ise denge egzersizleri önermektedir.

2.3.3. Kişiler Arası Destek

Yakın arkadaşlar ile vakit geçirme, diğerleri ile anlamlı ve doyum veren ilişkiler kurma, diğerlerine karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek, kişisel problemlerin arkadaşlar ya da aile ile paylaşılması kişiler arası ilişkilerdir (Chen, 1999).

Kanada sağlık sisteminin (2004) internet sayfasından alınan bilgilere göre informal ağlar sağlığın geliştirilmesinde etkindir. Şöyle ki doğası gereği insanlar bir topluluk içinde bağımsız yaşarken bir yandan da o topluluğa karşı sorumlulukları ve toplum aidiyetlikleri vardır. Bu da onları sağlıksız davranışlardan (uyuşturucu kullanımı, kötü beslenme, alkolizm gibi) uzaklaştırır.

2.3.4. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme, bireylerin doğuştan gelen potansiyellerini, yeteneklerini sonuna kadar kullanarak davranışa dönüştürme ve bu sayede istediği konuma gelebilme ve hedeflerine ulaşabilme ihtiyacıdır (Çırak, 2006). Bireyler yaşam süreleri boyunca, kendilerine toplum içinde bir kimlik edinebilme çabası vermektedir (Alemdar, 2016). Kendini gerçekleştirme dendiğinde, bireyin hayatı hakkında iyimser ve hevesli olması, kişisel olarak olgunlaştığını ve geliştiğini düşünmesi, kendi başarılarına saygı duyması ve hayatında neyin

önemli olup, neyin önemli olmadığını farkına varması, kendisinin güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi ve hayatının bir amacı olduğunu düşünmesi akla gelmektedir (Chen, 1999).

2.3.5. Stres Yönetimi

Organizmayı zorlayan, iç veya dış, akut ya da kronik uyarılar ve durumlar stres olarak tanımlanmaktadır (Özmen ve Önen, 2005). Stres; fiziksel, zihinsel ve duygusal anlamda kişiye zarar veren, nedeni anlaşılamayan ya da başa çıkılmayan kaygıların güç yetmez duruma gelerek gerilime dönüşmesiyle başlar (Kaya ve Alım, 2015). Stres, vücudun yeni bir şehre taşınmak, sevilen bir yakının kaybı gibi dışsal, fiziksel ve ruhsal huzursuzluklar gibi içsel uyarılara verilen tepkidir (Barut ve ark, 2010). Stres, vücudun bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek vücudu savunmasız bırakabilir, vücudun çalışmasını bozabilir ve hastalıklara yakalanmayı tetikleyebilir (Alemdar, 2016). Stresin olumsuz yönlerinin yanında uygun nitelikte stresin bireyi harekete geçirerek performansı arttırabileceği gibi olumlu özelliklerden de bahsedilmektedir (Kaya ve Alım, 2015).

Hayatımızın her anında strese maruz kaldığımız için, daha kaliteli, daha anlamlı ve daha yaşanılabilir bir hayat için stres kaynaklarının farkına varılarak stres ile baş edebilmek öğrenilmeli ya da en azından stresin olumsuz etkileri yaşamın diğer alanlarından uzak tutulmalıdır (Barut ve ark, 2010). Yani diğer bir ifade ile stresten kaçılmıyorsa, stres ile yaşamak öğrenilmelidir. Çünkü stres ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklılık halinin devamı için bir ön koşul olarak görülmektedir (Özmen ve Önen, 2005).

Kişiden kişiye stresle baş etme yöntemleri, stres faktörleri gibi değişiklik gösterse de gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faktörlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel dinginlik, davranış değişikliği ve inanç stres ile baş etme yöntemleri arasında sayılmaktadır (Bozhüyük ve ark, 2012).

2.3.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğunu alma, bireyin kendi sağlığı ile ilgili koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutumudur (Tambağ, 2010). Birey kendi davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığına nasıl etkide bulunduğunu fark ettiğinde sağlık açısından riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol kullanımı gibi) uzak durma

eğiliminde olur (On, 2016). Bireyin kendi vücudunda herhangi bir değişiklik fark ettiğinde veya hissettiğinde sağlık kuruluşlarına gitmesi, tıbbi muayenesini, kontrollerini ve gerekli tahlillerini yaptırması, düzenli olarak tedavisinin gerektirdiklerini yapması, sağlıkla ilgili bilgilerini geliştirmeye çalışması ve sağlığının bozulmaması için gerekli önlemleri alması kişinin sağlık sorumluluğunu üstlendiğini gösteren etmenlerdendir (Alemdar, 2016).

Chen (1999) yaptığı çalışma da kan değerlerinin kontrolü, paketli gıda tüketiminde paket etiketinin okunmasını, bedenin fiziksel olarak izlenmesini ve sağlık profesyonelleri ile yapılan kritikleri sağlık sorumluluğu başlığı altında değerlendirmiştir.

Bireyin içsel denetimi, sağlığı üzerindeki sorumluluğunu gösterirken; bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve uygulamaya koyması sağlık sorumluluğuna bağlıdır (On, 2016). Yapılan çalışma sonuçlarına göre bireylerin yaşı arttıkça kendi sağlık sorumluluklarını daha fazla üstlendikleri tetkik yaptırma, düzenli muayene gibi işlemlerde sağlık sorumluluklarını daha iyi yerine getirdikleri bildirilmektedir (Güngörmüş, 2001; Tokuç ve Berberoğlu, 2007; Demir Avcı, 2016).

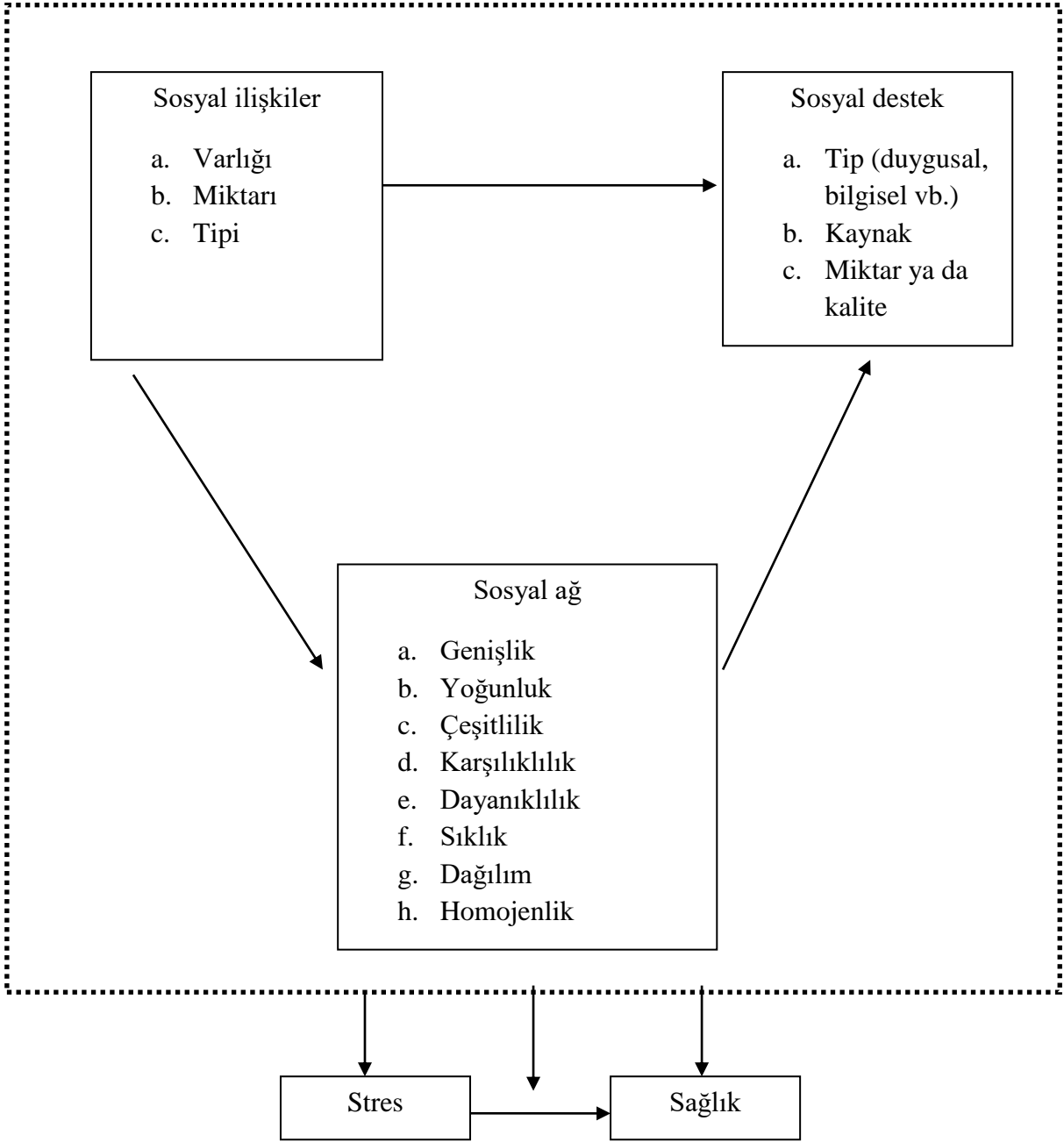
2.4. Yaşlılarda Sosyal Destek, Sosyal Ağ ve Sağlık

Sosyal ağlardan algılanan sosyal desteğin sağlık ile ilişkili olduğu literatürde belirtilmektedir (Litwin ve Shiovitz-Ezra, 2006). Güç bir durumdaki bireye aile, arkadaş, komşular ya da kurumlardan sağlanan fiziksel ve psikolojik yardımlar olarak nitelendirilen sosyal destek (Aksüllü ve Doğan, 2004), Cobb (1976)' a göre yaşam stresinin zararlarından korunmada etkilidir. Buna ek olarak, sosyal desteğin psikososyal stresin ve diğer sağlık zararlılarının baskısını azaltarak, mortalite ve morbiditeyi azaltabildiği belirtilmektedir (House, 1987).

Sosyal destek düşük doğum yapmadan ölüme, artrit, tüberküloza, depresyondan alkolizme kadar geniş kapsamda krizdeki bireyleri koruyabilir. Hatta sosyal destek ilaç kullanımını azaltabilir, iyileştirmeyi hızlandırabilir ve medikal tedaviye uyumu kolaylaştırabilir (Cobb, 1976).

Sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkisi söz konusu olduğunda, House (1987) üç yapıdan bahsetmektedir. Bu üç yapıyı; sosyal ilişkilerin işlevsel içeriği olan sosyal destek, bağların ve ilişkilerin olduğu sosyal ağ ve sosyal ilişkilerin niceliği olan sosyal etkileşim şeklinde açıklamaktadır (House, 1987).

Şekil 1: Sosyal İlişkilerin, Sosyal Ağın ve Desteğin Sağlık ve Stres ile İlişkisi



House ve Kahn (1985) 'dan modifiye edilmiştir.

Yukarıdaki şekilde (Şekil 1) sosyal ilişkiler, sosyal destek ve sosyal ağın stres ve sağlık ile ilişkisi basitçe gösterilmektedir. Şekle göre sosyal ilişkilerin belirtilen üç yönü sosyal ağ yapısının ön koşulu için gereklidir ve bunların her ikisi de sosyal destek varlığına olan kanıyı etkileyerek sağlık ve stres ilişkisini etkilemektedir.

Sosyal desteğin yeterli verildiğinde sağlığın korunmasını, geliştirilmesini ve hastalık sürecinde tedaviye uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesine olumlu yönde katkı sağladığı, yetersizliğinde ise hastalık semptomlarının sıklığını

ve şiddetini, hastalık süresini uzatacağı, tedaviye uyumu zorlaştırılacağı belirtilmektedir (Aras ve Tel, 2009).

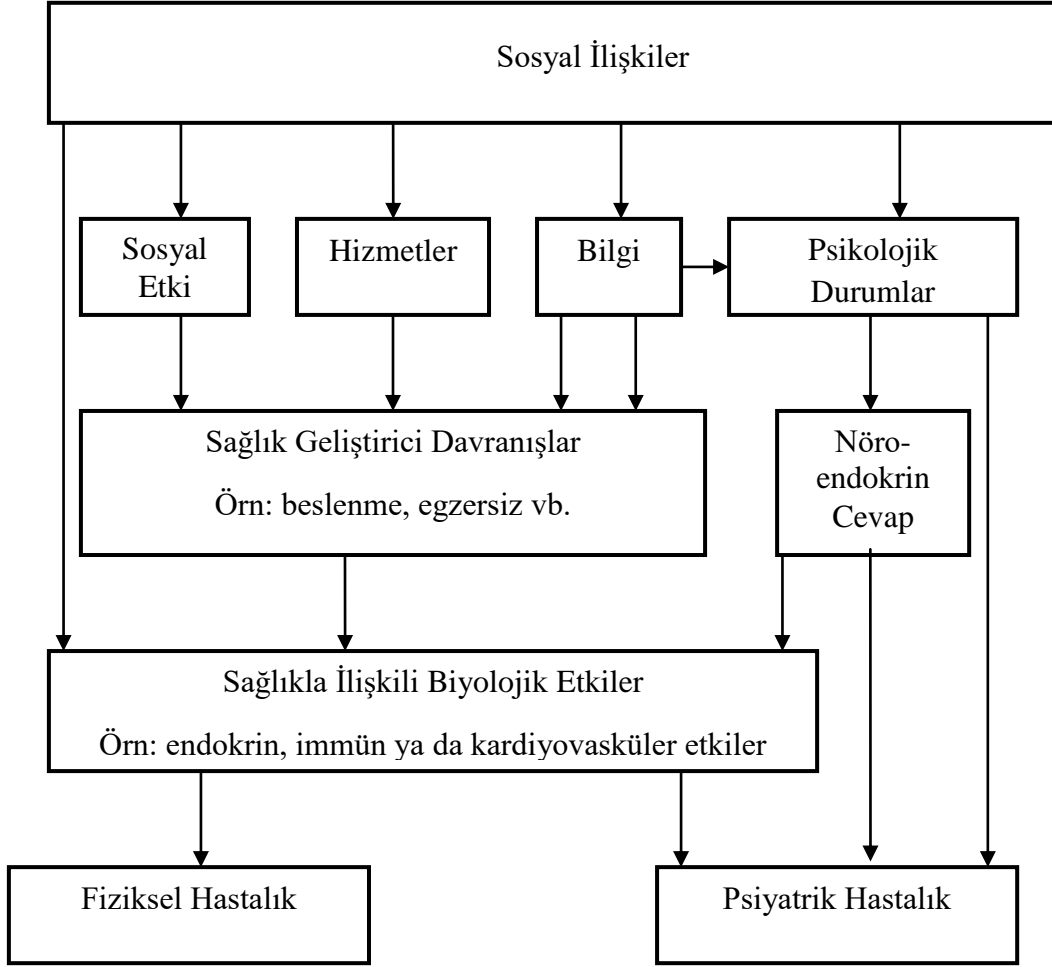
Sosyal desteğin stres azaltıcı etkisinden bahsedilirken, belli bir eşikten sonra sosyal desteğin de geniş sosyal ağın negatif etkisine benzer bir şekilde stres etkisi yapabileceği de belirtilmektedir (House, 1987).

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisinin ortaya konmasından sonra diğer akla gelen soru ise; “*Nasıl etki ettiği?*”dir. Sosyal faktörlerin sağlığı nasıl geliştirdiği genel olarak şu iki mekanizma ile açıklanmaktadır: temel etki (main effect) ve strese karşı tampon (stres buffering) modeli (House, 1981; Cohen ve ark, 2000; Cohen, 2004).

2.4.1. Temel Etki Modeli

Sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkisini açıklamaya çalışan ilk model, Temel Etki Modeli (Main Effect Model)’dir. Modele göre stresli bir olay olmaksızın, sosyal destek sağlık için faydalıdır (Cohen, 2004). House (1981) temel etki modeline göre sosyal destek ile sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve yüksek sosyal destek devam ettiği sürece sağlığın arttığını belirtmektedir. Geniş sosyal ağlar içinde olan bireyler, belirli sosyal rolleri üstlenirler ve ağdaki diğer kişiler ile olan etkileşim bireylerin hastalıklara neden olabilen negatif durumlardan kaçınmasını sağlar (Cohen ve Wills, 1985). Ayrıca sosyal bağlarla etkileşimin sağlık üzerinde pozitif etki yaptığı varsayıldığı için, pozitif psikolojik durumların bireylerdeki umutsuzluğu azalttığı, kendisine bakması için motivasyon sağladığı, nöroendokrin cevap ile artmış immün fonksiyon sağladığı belirtilmektedir (Cohen ve ark, 2000).

Şekil 2. Sosyal İlişkilerin Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Üzerindeki Direkt Etkisi Olabilecek Mekanizma



Cohen ve ark (2000)'den modifiye edilmiştir

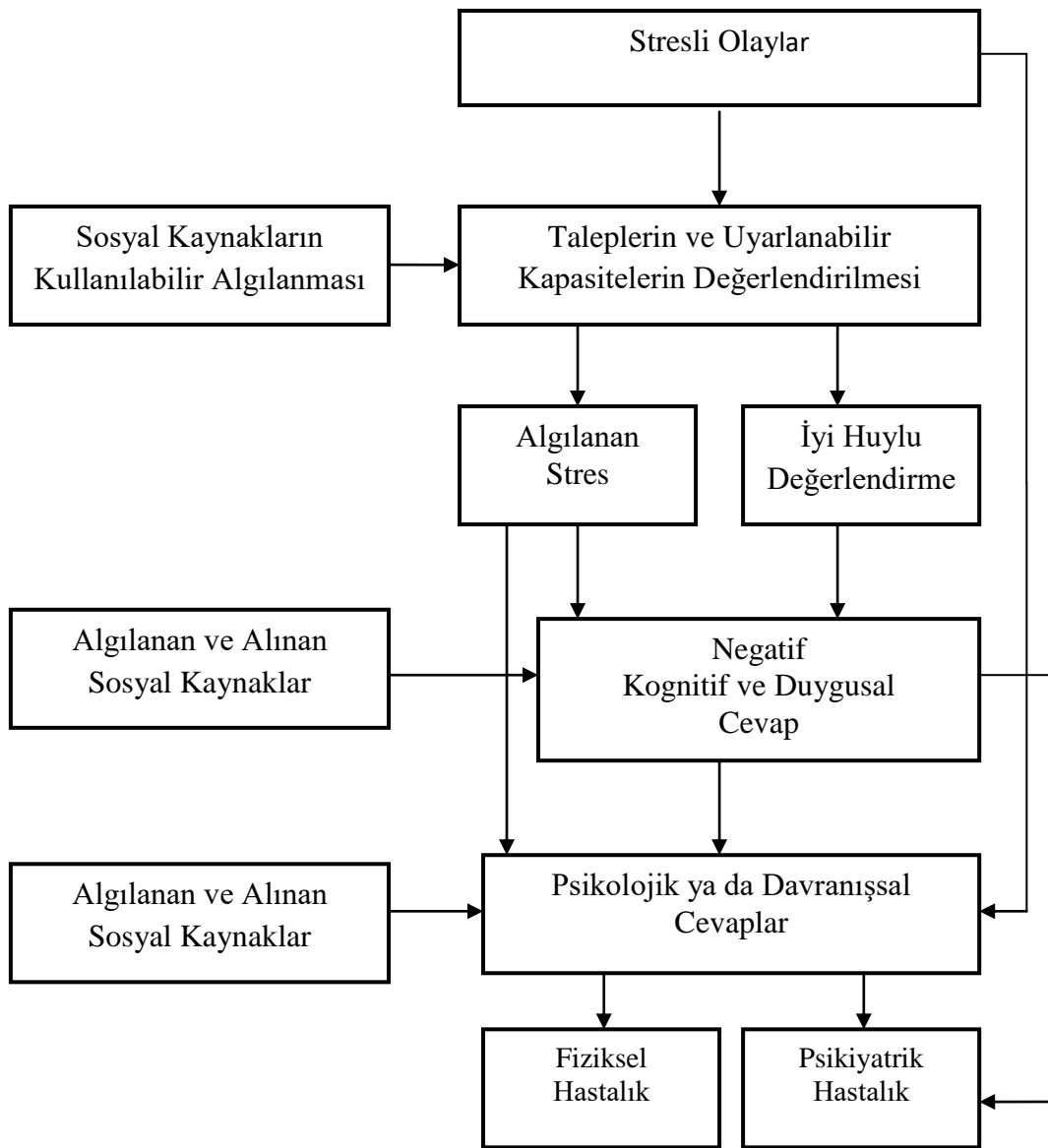
Yukarıdaki şekilde (Şekil 2) temel etki modeli açıklanmaya çalışılmıştır. Modele göre sosyal ilişkilerimizin sağladığı sosyal etki, bilgisel destek, hizmetler ve psikolojik durumlar, sağlık geliştirici davranışlar ve nöroendokrin cevap aracılığıyla sağlığı etkileyen biyolojik durumları etkilemektedir. Böylece fiziksel ve psikolojik sağlık etkilenmektedir.

2.4.2. Strese Karşı Tampon Modeli

Sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkisini açıklamaya çalışan ikinci model, Strese Karşı Tampon Modeli (Stress-Buffering Model)'dir. Stres nöroendokrin cevabı, sağlıkla ilişkili yaşam biçimi davranışlarını ve bireyin öz bakımını etkilediği için sağlıkla ilişkilidir

(Cohen ve Wills, 1985). Çalışmalar sonucunda elde edilen kanıtlara göre davranışsal, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayan sosyal stres de geniş bir alanda psikolojik ve fiziksel hastalıklar ile ilişkilidir (House, 1981). Süreç, olayın stressiz veya daha az stresli olarak algılanmasını sağlayarak ya da strese cevap olarak gelişen patolojik sonuçların azalmasını, ortadan kaldırılmasını sağlayarak ve ya fizyolojik süreçlere direkt olarak etki ederek çalışır (Cohen ve Wills, 1985). Strese karşı tamponlama modeline göre sosyal destek stresin kötü etkisine maruz kalındığında yararlı iken stressiz bir durumda sağlık üzerinde etkisizdir (Cohen, 2004).

Şekil 3. Muhtemel Stresli Olaylara Bireysel Cevapları Belirlemede Sosyal Desteğin Rolü



Cohen ve ark (1985)'den modifiye edilmiştir.

Yukarıdaki şekilde (Şekil 3) strese karşı tamponlama modeline göre, stresli bir durumda algılanan sosyal kaynakların varlığı stresin değerlendirilmesini etkiler, dolayısıyla verilen

cevapları da etkiler. Sonuçta fiziksel ve ya psikiyatrik hastalık gelişebilir. Sosyal desteğin varlığının algılanması, stres algısını değiştirerek stresi daha az tehditkar yapmaktadır (House, 1987).

Özellikle yakın çevreden ve aileden alınan destek yaşlılarda hep psikolojik iyilik halini hem de fiziksel sağlığı etkilemektedir (Ceylan, 2015). Dolayısıyla yaşlanmayla birlikte artan sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanması için sunulan tıbbi hizmetlerin yanında sosyal sorunların giderilmesi de gereklidir (Ceylan, 2015).

McGroth ve Bedi (2002) İngiltere’deki yaşlılarda sosyal destek ve ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sosyal desteğin ağız sağlığını korumaya yönelik davranışlarda hem de sağlık hizmeti almaya karar verme sürecinde etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Aksüllü ve Doğan (2004) yaptıkları araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayanlara göre depresif belirtilerin yüksek, sosyal destek algısının düşük olduğu, sosyal desteğin ruhsal durum üzerinde etkili olduğu, ayrıca evde yaşayan bireylerin yeterli sosyal desteğe sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Altıparmak’ın 2009 yılında kurumda yaşayan yaşlılarda yaptığı araştırmada ise algılanan sosyal destek düzeyi ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, sosyal destek arttıkça yaşam doyumunun arttığı sonucuna ulaşmıştır.

Litwin ve Shiovitz-Ezra (2006)’nın İsrail’deki yaşlılarda sosyal ağ tipi ile yaşlılıktaki mortalite riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, özellikle 70 yaş ve üstü yaşlılarda sosyal ağ türü ile mortalite riski arasında ilişki vardır. Çalışma da çeşitli bağların olduğu ağlara ve arkadaş odaklı ağlara katılan bireylerin aile yoğunluklu ağlara katılan bireylere göre daha düşük mortalite riskine sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Litwin ve Shiovitz Ezra, 2006).

Zhang ve ark (2007)’nin yaptıkları çalışmaya göre ise sosyal destek diyabetli yaşlılarda mortaliteyi etkileyen faktörlerden biridir. Araştırma sonuçlarına göre orta derecede sosyal desteğe sahip bireylerin mortalite riski, düşük derecede sosyal desteğe sahip bireylere göre %41 oranında daha azdır. Ayrıca yüksek sosyal desteğe sahip bireyler, diğer bireylere göre daha az stres hissediyor, depresyona daha az yatkın ve daha az kötü bir gün geçirdiğini belirtiyor.

Whitfield ve Wiggins (2010)’nin sosyal destek, sağlık statüsü ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme arasındaki ilişkileri belirlemek için yaptıkları araştırmada sosyal desteğin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede önemli bir etken ve yüksek düzeyde sosyal destek veren bireylerin günlük problemleri çözümlemede daha yüksek yeteneğe sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Konya'nın Ilgın ilçesinde Haziran 2016- Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Ilgın'nın nüfusu 55.484 tür (TÜİK, 2015). İlçede 1 Nolu Fatih Aile Sağlığı Merkezi, 2 Nolu Camiatik Aile Sağlığı Merkezi, 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Argıthanı Aile Sağlığı Merkezi, Aşağıçiğil Aile Sağlığı Merkezi ve Yukarıçiğil Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olmak üzere altı adet aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Konya'nın Ilgın İlçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 7674 yaşlı (65 yaş ve üstü) birey, örnekleme ise olasılıksız örneklem tekniklerinden Gelişigüzel Örneklem Tekniği ile seçilen 366 yaşlı birey oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, evren bilindiği için aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır;

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q^1$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı= 7674

n : Örnekleme alınacak birey sayısı= 366

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)= 0.50

q : İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)= 0.50

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer= 1.96

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır = 0.05

Tablo 1. Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Yaşı Sayıları ve rnekleme Dahil Edilen Yaşı Sayıları

ASM	Evreni oluşturan yaşlar	Evrendeki yüzde oranı	örnekleme oluşturan yaşlar
1 Nolu Fatih Aile Sağlığı Merkezi	2215	% 28,86	106
2 Nolu Camiatik Aile Sağlığı Merkezi	1522	% 19,83	73
3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	2133	% 27,79	102
Argıthanı Aile Sağlığı Merkezi	720	% 9,38	34
Aşağıçiğil Aile Sağlığı Merkezi	568	% 7,4	27
Yukarıçiğil Aile Sağlığı Merkezi	516	% 6,72	24
Toplam	7674	% 99,98	366

Yukarıdaki tabloda (Tablo 1) aile sağlığı merkezlerine kayıtlı yaşı sayıları verilmiştir. Formüle göre örnekleme alınacak birey sayısı 366 olarak hesaplanmış ve merkezlere göre örnekleme büyüklüğü oranlanmış, her bir merkezden örnekleme dahil edilecek yaşı sayısı belirlenmiştir. Veri toplama işlemi yapılırken 369 yaşlıya ulaşılmış bu nedenle örnekleme 369 yaşı dahil edilmiştir. Bu bireyler, aile sağlığı merkezlerinden Gelişigüzel rnekleme Tekniği ile seçilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya; 65 yaş ve üzeri, sözel iletişim kurabilen, Konya Ilgın ilçesinde yaşayan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formunda yer alan soruları algılayıp cevap verebilen bireyler dahil edilmiş, bu şartları sağlamayan bireyler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Sosyal Ağ listesi” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” olmak üzere dört ayrı veri toplama formu kullanılmıştır.

3.6.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)

Tanıtıcı bilgi formu, yaşlıların kişisel özelliklerinin (yaş, medeni durum, cinsiyet vb.) yer aldığı 8 soru, konut ve aile yapısı ile ilgili özelliklerin yer aldığı 6 soru, sağlık-bakım durumları ve aktivite düzeylerinin yer aldığı 6 soru olmak üzere toplamda 20 sorudan oluşmaktadır.

3.6.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3)

Ölçek, Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, Eker ve arkadaşları tarafından (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)’nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içermektedir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı likert kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve bütün alt ölçek puanların toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından ise elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık (Cronbach alfa’s) katsayısı 0.80- 0,95 arasında bulunmuştur (Eker ve ark, 2001).

Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik analizi tekrar yapılmış ve Cronbach Alfa’s değeri 0,88 bulunmuştur.

3.6.1.3. Sosyal Ağ Listesi (Ek 4)

Sosyal Ağ Listesi (Social Network List) sosyal ağın yapısal özelliklerini değerlendirmek için kullanılır. Bu tür bir değerlendirme ilk kez Hirsch (1980) tarafından yapılmıştır.

Bu liste:

1. Sosyal ağın büyüklüğünü
2. Ağdaki akraba sayısını
3. Ağdaki arkadaş sayısını
4. Diğer ağ üyelerini
5. Kişinin stresli bir durumda duygusal/manevi yardım gördüğü ağ üyelerini
6. Kişinin ihtiyacı olduğunda maddi yardım gördüğü ağ üyelerini belirleyecek şekilde düzenlenmiştir.

Hirsch'in geliştirdiği ve Sorias (1988a)'ın Türkçe uyarlamasını yaptığı sosyal ağ soru listesi iki bölümden oluşur. Birinci bölüm sosyal ağın kimlerden oluştuğunu ve büyüklüğünü saptamayı amaçlamaktadır. Liste en fazla 20 kişiden oluşur. İkinci bölüm ise sırdaş ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

3.6.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 5)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (Health-promoting Lifestyle Profile) Walker, Sechirst ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş, Esin (1999) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Toplam 48 maddeden oluşan ölçekte kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt grup bulunmaktadır. Ölçeğin tamamından ise elde edilecek en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Elde edilen puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan kriter alınabileceği gibi, ölçekteki her bir alt grup bağımsız olarak değerlendirilerek daha spesifik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırılabilir. Tamamı olumlu ifade içeren ölçek "Hiçbir zaman", "Bazen", "Sık sık", "Düzenli olarak" cevap seçenekleri bulunur ve bu seçeneklere göre sırasıyla; 1, 2, 3, 4 puan alan likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin toplam

puanı 48-192 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlık (Cronbach alfa's) katsayısı 0,91 dir (Esin, 1999).

Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik analizi tekrar yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri 0,78 bulunmuştur.

3.6.2. Veri Toplama Tekniği

Veri toplama aralarındaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek ve gerekli düzeltmeleri yapmak amacıyla, 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen ve araştırma kapsamına alınmayan 65 yaş ve üzeri 12 yaşlı ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından pilot uygulama yapılmış ve uygulama sonucunda veri toplama aralarındaki sorularda herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır.

Araştırmanın verileri Aralık 2016- Mart 2017 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından örnekleme dahil edilecek birey sayısına ulaşılıncaya kadar; sırasıyla, belirlenen 6 adet aile sağlığı merkezine, haftanın 5 günü (pazartesi, salı, arşamba, perşembe ve cuma) gidilerek araştırmaya katılan yaşlılardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kendi kendine formu doldurabilen bireylerin kendi doldurması sağlanmış, kendi kendine dolduramayan veya okuma yazması olmayan bireylere araştırmacı tarafından sorular okumuş ve katılımcıların cevapları doğrultusunda veri formları doldurulmuştur. Her bir görüşme ortalama 20-25 dk sürmüştür.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanılan verilerin bilgisayar ortamına girişi yapılmış ve SPSS 18 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) paket programı kullanarak tanımlayıcı istatistiklerin ardından Student t-testi, One-way Anova, Mann Whitney U, Kruskall Wallis ve Korelasyon testleri ile istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değerkenleri ÇBASDÖ, Sosyal Ağ Listesi ve SYBDÖ'den elde edilen toplam puan ortalamaları; bağımsız değerkenleri ise yaşlıların kişisel özellikleri (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu ve gelir-gider durumu), aile ve konut özellikleri (ocuk sahipliği, konut tipi ve evde yaşama şekli), bakım-sağlık durumları ve aktivite düzeyleri (bireysel sağlık değerlendirmesi, kronik hastalık durumu, sağlık güvencesi ve gününü nerede geçirdiği) ve bazı tanımlayıcı özellikleri (yaş, gelir, ocuk sayısı, kardeş sayısı, evde yaşayan birey sayısı ve ilaç sayısı)'dir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya dahil edilen yaşlılar evrenden olasılıksız örneklem tekniklerinden Gelişigüzel Örneklem Tekniği ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma örneklemine genellenebilir.

Bu araştırma, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verileri, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 6), Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Ek 7) ve kullanılan ölçeklerin Türkçeye uyarlamasını yapan yazarlardan (Ek 8) gerekli izinler alındıktan sonra katılımcılardan Aydınlatılmış Onam (Ek 1) alınarak toplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 369 bireyin tanıtıcı özellikleri, algılanan sosyal destek düzeyi, sosyal ağ büyüklüğü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

Tablo 2: Yaşlı Bireylerin ÇBASDÖ, SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Ortalama Sosyal Ağ Büyüklüğü

Ölçekler- Alt Gruplar	X	SS
Çok Boyutlu Algılanan sosyal Destek	59,04	15,28
Aile Desteği	24,79	4,98
Arkadaş Desteği	16,82	8,01
Özel İnsan Desteği	17,41	7,39
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	123,12	12,08
Kendini Gerçekleştirme	38,35	6,20
Sağlık sorumluluğu	20,68	3,36
Egzersiz	7,13	1,79
Beslenme	14,01	2,35
Kişilerarası destek	24,88	2,29
Stres Yönetimi	18,04	2,71
Sosyal Ağ Büyüklüğü	5	3,36

s: 369

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ toplan puan ortalaması 59,4, aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 24,79, arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 16,82 ve özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 17,41'dir. Yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması 123,12'dir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması soru sayısına bölündüğünde çıkan değer 'bazen' cevap aralığında kalmaktadır. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 38,35, sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 20,68, egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 7,13, beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 14,01, kişilerarası destek alt ölçeği toplam puan ortalaması 24,88 ve stres yönetimi alt ölçeği toplam puan ortalaması 18,04'tür. Ayrıca araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ortalama sosyal ağ büyüklüğü 5'tir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %38,2'si g bir durumda kaldıkları zaman ilk başvurdukları kişinin oğulları olduğunu belirtirken, %22,7'si eşi olduğunu, %22'si ise kızı olduğunu belirtmiřtir¹.

¹ Sosyal Ağ Listesinde yer alan 2. soruya verilen cevapların frekans hesaplaması sonucu elde edilmiştir.

Tablo 3: Yaşlıların Kişisel Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklüklerinin Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler	Sayı (S)	Yüzde (%)	ÇBASDÖ								SOSYAL AĞ		
			Aile		Arkadaş		Özel		Toplam		X	SS	
			X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	
Cinsiyet	Kadın	148	40,1	24,59	5,15	15,07	8,40	17,11	7,53	56,78	16,15	5	2,46
	Erkek	221	59,9	24,93	4,86	18	7,53	17,61	7,30	60,55	14,51	5	2,32
				t: -0,637 p: 0, 529		t: -3,494 p: 0,001*		t: -0,637 p: 0,524		t: -2,335 p: 0,02*		t: 0,012 p: 0,990	
Medeni Durum	Evli	314	85,1	25,48	3,94	17,65	7,70	17,87	7,71	61,01	13,77	5	2,38
	Dul/Bekar	55	14,9	20,89	7,78	12,09	8,18	14,76	8,37	47,74	18,44	4	2,17
				t: 6,665 p: 0,000*		t: 4,899 p: 0,000*		t: 2,913 p: 0,004*		t: 6,240 p: 0,000*		t: 2,084 p: 0,038*	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	87	23,6	23,77	5,90	13,32	8,44	15,75	7,93	52,85	16,96	5	2,68
	Okur-yazar/İlkokul	215	58,3	25,13	4,47	17,52	7,61	18,06	7,01	60,73	14,38	5	2,10
	Ortaokul	35	9,5	25,34	5,47	18,54	7,63	18,37	7,28	62,25	13,22	5	2,78
	Lise/Yüksekokul/Üniversite	32	8,7	24,68	4,75	19,81	7,05	16,46	7,95	60,96	14,54	6	2,64
				F: 1,727 p: 0,161		F: 8,609 p: 0,000*		F: 2,417 p: 0,066		F: 6,612 p: 0,000*		F: 0,925 p: 0,429	
Meslek	Ev hanımı	131	35,5	24,69	5,01	15,24	8,55	17,32	7,45	57,26	16,11	5	2,46
	Emekli/Serbest meslek	234	63,5	24,94	4,87	17,78	7,54	17,53	7,30	60,26	14,43	5	2,32
				t: -0,457 p: 0,648		t: -2,941 p: 0,003*		t: -0,256 p: 0,798		t: -1,822 p: 0,069		t: -0,192 p: 0,848	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	13,3	26,08	3,37	17,93	8,55	18,02	6,23	62,04	12,30	5	2,87
	Çalışmıyor	319	86,4	24,59	5,16	16,67	7,93	17,31	7,56	58,58	15,68	4	2,26
				t: 1,949 p: 0,052		t: 1,030 p: 0,304		t: 0,619 p: 0,141		t: 1,475 p: 0,041*		t: 2,466 p: 0,014*	
Gelir-Gider Durumu	Gelir giderden az	172	46,6	24,59	5,23	16,43	8,11	16,86	7,42	57,90	15,78	5	2,33
	Gelir gidere denk	102	27,6	24,55	4,99	17,77	7,80	17,88	7,34	60,21	14,96	5	2,50
	Gelir giderden fazla	8	2,2	22,12	7,71	15,50	7,72		9,75	53	17,43	4	1,16
				X ² : 2,307 p: 0,315		X ² : 1,770 p: 0,413		X ² : 1,360 p: 0,507		X ² : 2,442 p: 0,295		X ² : 7,254 p: 0,027*	

*: p < 0,05

t: t-Testi

F: One-way Anova

X²: Kruskal Wallis Testi

Araştırmaya katılan bireylerin %59,9'u erkeklerden %40,1'i kadınlardan oluşmaktadır. Yaşlıların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: -2,335; p: 0,02). Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 56,78 iken, erkeklerin 60,55'tir. Alt ölçekler incelendiğinde ise cinsiyete göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p_{aile} : 0,529; $p_{\text{özel}}$: 0,524); arkadaş desteği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: -3, 494; p: 0,001). Kadınların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları 15,7, erkeklerin ise 18'dir (Tablo 3).

Katılımcıların %85,1'lik oran ile büyük çoğunluğunu evli bireyler oluşturmaktadır. Yaşlıların medeni durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: 6,240; p: 0,000). Evli bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 61,01, bekar/ dul bireylerin ise 47,74'tür. Alt ölçekler incelendiğinde ise medeni duruma göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. (t_{aile} : 6,665; p_{aile} : 0,000; $t_{\text{arkadaş}}$: 4,899; $p_{\text{arkadaş}}$: 0,000; $t_{\text{özel}}$: 2,913; $p_{\text{özel}}$: 0,004). Evli bireylerin aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 25,48 iken dul/bekar bireylerin 20,89; evli bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 17,65 iken dul/bekar bireylerin 12,09 ve evli bireylerin özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 17,87 iken dul/bekar bireylerin 14,76'dır (Tablo 3).

Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında ise bireylerin %58,3'ü okur-yazar /ilkokul, %9,5'i ortaokul mezunu iken %23,6'sı okuma- yazma bilmemektedir. Yaşlıların eğitim düzeylerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (F: 6,612; p: 0,000). Okur-yazar olmayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 52,85, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin toplam puan ortalaması 60,73, ortaokul mezunu bireylerin 62,25 iken lise ve üzeri mezuniyeti olan bireylerin toplam puan ortalaması ise 60,96'dır. Alt ölçekler incelendiğinde ise eğitim düzeyine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p_{aile} : 0,161; $p_{\text{özel}}$: 0,066); arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (F: 8,609; p: 0,000). Okur-yazar olmayan bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,32, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin toplam puan ortalaması 17,52, ortaokul mezunu bireylerin 18,54 iken lise ve üzeri mezuniyeti olan bireylerin toplam puan ortalaması ise 19,81'dir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerin %63,5'i emekli/serbest meslek sahibi yaşlılardan oluşurken %35,5'i ev hanımlarından oluşmaktadır. Yaşlıların mesleklerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,069). Farklı meslek grubundaki bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları benzerdir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların mesleklerine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p_{aile} : 0,648; $p_{\text{özel}}$: 0,798); arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: -2,941; p: 0,003). Ev hanımı bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları 15,24 iken emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 17,78'dir (Tablo 3)

Araştırmaya katılan yaşlıların %13,3'ü halen çalışmaya devam etmektedir. Yaşlıların çalışma durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: 1,475; p: 0,041). Çalışan bireylerin algılanan ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 62,04 iken, çalışmayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 58,58'dir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların çalışma durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{aile} : 0,052; $p_{\text{arkadaş}}$: 0,304; $p_{\text{özel}}$: 0,141) (Tablo 3).

Gelir-gider durumunun dağılımı incelendiğinde ise araştırmaya katılan bireylerin %46,6'sı elde ettikleri gelirin giderlerinden daha az olduğunu belirtirken %27,6'sı gelirinin giderine denk olduğunu belirtmektedir. Yaşlıların gelir-gider durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,295). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların gelir-gider durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{aile} : 0,315; $p_{\text{arkadaş}}$: 0,413; $p_{\text{özel}}$: 0,507) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine, eğitim düzeylerine ve mesleklerine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{cinsiyet} : 0,990; $p_{\text{eğitim}}$: 0,429; p_{meslek} : 0,848). Cinsiyet, eğitim düzeylerine, mesleklerine göre farklı gruplarda yer alan bireylerin ortalama sosyal ağ büyüklükleri benzerdir. Yaşlıların medeni durumlarına göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: 2,084; p: 0,038). Evli bireylerin sosyal ağ büyüklükleri ortalaması 5, dul/bekar bireylerin ise 4'tür (Tablo 3).

Yaşlıların çalışma durumlarına göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (t: 2,466; p: 0,014). Çalışan yaşlıların ortalama sosyal ağ büyüklüğü 5 iken çalışmayan yaşlıların 4'tür (Tablo 3).

Ayrıca yaşlı bireylerin gelir-gider durumlarına göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X^2 : 7,254; p: 0,027). Gelirinin giderinden az olduğunu belirten yaşlıların ortalama sosyal ağ büyüklüğü 5, gelirinin giderine denk olduğunu belirten bireylerin 5 ve gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten bireylerin ise 4'tür (Tablo 3).

Tablo 4: Yaşlıların Aile ve Konut Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Karşılaştırılması

Aile ve Konut Özellikleri		ÇBASDÖ										SOSYAL AĞ	
		Sayı (S)	Yüzde (%)	Aile		Arkadaş		Özel		Toplam		X	SS
X	SS			X	SS	X	SS	X	SS				
Çocuk Sahipliği	Çocuğu var	364	98,6	24,87	4,88	16,85	8,03	17,39	7,38	59,12	15,27	5	2,36
	Çocuğu yok	5	14	19,20	8,87	14,80	6,22	19	8,68	53	16,86	4	1,94
				Z: -2,419 p: 0,016*		Z: -0,935 p: 0,350		Z: -0,668 p: 0,504		Z: -0,883 p:0,377		Z: -1,462 p: 0,144	
Konut Tipi	Gecekondu	22	6	24,81	4,21	17,95	7,68	19,95	5,03	62,72	13,21	5	1,63
	Müstakil ev	314	85,1	24,81	4,95	16,61	8,02	17,27	7,43	58,70	15,48	5	2,45
	Apartman dairesi	33	8,9	24,63	5,74	18,09	8,17	17,03	8,07	59,04	14,67	4	1,73
				X ² : 0,201 p: 0,904		X ² : 1,784 p: 0,410		X ² : 2,052 p: 0,358		X ² : 1,443 p: 0,486		X ² : 2,891 p:0,236	
Evde Yaşama Şekli	Yalnız	39	10,6	19,94	8,50	12,25	8,37	15,17	8,27	47,38	19,31	5	2,42
	Çocuklarıyla	15	4	22,60	5,09	12,13	7,52	12,60	6,60	47,39	14	4	1,39
	Eşyle	250	67,8	25,38	4,07	17,62	7,47	17,89	7,09	60,90	13,92	5	2,28
	Eşi ve çocuklarıyla	65	17,6	25,93	3,37	17,61	8,77	18,03	7,64	61,58	13,77	6	2,69
				X ² : 27,271 p: 0,000*		X ² : 20,348 p: 0,000*		X ² : 11,329 p: 0,010*		X ² : 25,865 p:0,000*		X ² : 7,643 p: 0,054	

*:p< 0,05

Z: Mann Whitney U Testi

X²: Kruskal Wallis Testi

Araştırmaya katılan bireylerin %98,6'sının en az bir tane çocuğu bulunmaktadır. Yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 377). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına göre aile desteği ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken (Z: -2,419; p: 0,016); arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{arkadaş}: 0,350; p_{özel}: 0,504). Çocuğu olan yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 24,87 iken olmayan yaşlıların 19,20'dir (Tablo 4).

Oturulan konutun tipine yönelik dağılıma bakıldığında ise bireylerin %85,1'i müstakil evde oturmaktadır. Yaşlıların yaşadığı konut tipine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,486). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların oturdukları konut tipine göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{aile}: 0,904; p_{arkadaş}: 0,410; p_{özel}: 0,358) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerin %67,8'i eşi ile birlikte yaşarken %10,6'sı yalnız yaşamaktadır. Yaşlıların evde yaşama şekline göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X²: 25,865; p: 0,000). Yalnız yaşayan yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 47,39, çocukları ile yaşayanların 47,39, eşi ile yaşayanların 60,90 ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların ise 61,58'tir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların evde yaşama şekline göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X²_{aile}: 27,271; p_{aile}: 0,000; X²_{arkadaş}: 20,348; p_{arkadaş}: 0,000; X²_{özel}: 11,329; p_{özel}: 0,010). Yalnız yaşayan bireylerin aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,94, çocuklarıyla yaşayanların 22,60, eşiyle yaşayanların 25,38 ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların 25,93 iken; yalnız yaşayan bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 12,25, çocuklarıyla yaşayanların 12,13, eşiyle yaşayanların 17,62 ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların 17,61'dir. Ayrıca yalnız yaşayan bireylerin özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 15,17, çocuklarıyla yaşayanların 12,60, eşiyle yaşayanların 17,89 ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların 18,03'tür (Tablo 4).

Araştırmaya katılan yaşlıların çocuk sahipliğine, konut tipine, evde yaşama şekline göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (P_{çocuk}: 0,144; p_{konut tipi}: 0,236; p_{yaşama durumu}: 0,054;) (Tablo 4).

Tablo 5: Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeyleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Karşılaştırılması

Bakım-Sağlık Durumu ve Aktivite Düzeyleri		Sayı (S)	Yüzde (%)	ÇBASDÖ								SOSYAL AĞ	
				Aile		Arkadaş		Özel		Toplam		X	SS
				X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Bireysel Sağlık Değerlendirmesi	İyi	124	33,6	25,91	3,36	17,56	7,82	18,21	7,38	61,69	14,55	5	2,14
	Orta	168	45,5	24,96	3,37	17,07	7,95	17,64	6,97	59,68	13,98	5	2,25
	Kötü	77	20,8	22,63	7,28	15,11	8,30	15,61	8,06	53,36	17,71	5	2,88
				F: 11,008 p:0,000*		F: 2,374 p: 0,095		F: 3,148 p: 0,044		F: 7,590 p:0,001*		F: 0,714 p: 0,490	
Kronik Hastalık Durumu	Kronik hastalık var	314	85,1	24,60	5,13	16,65	7,96	17,61	7,31	58,88	15,34	5	2,32
	Kronik hasalık yok	55	14,9	25,87	3,88	17,81	8,31	16,25	7,77	59,94	15,02	5	2,54
				t: -1,741 p: 0,082		t: -0,992 p: 0,322		t: 1,263 p: 0,207		t: -0,475 p: 0,635		t: 1,520 p: 0,129	
Sağlık Güvencesi	Sağlık güvencesi var	363	98,4	24,81	4,97	16,75	8,03	17,33	7,41	58,90	15,31	5	2,38
	Sağlık güvencesi yok	6	1,6	23,50	5,50	21,16	4,99	22,50	3,39	67,16	11,40	5	0,00
				Z: -0,824 p: 0,410		Z: -1,200 p: 0,230		Z: -1,636 p: 0, 102		Z: -1,258 p: 0,208		Z: -0,638 p: 0,524	
Gününü Nerede Geçirdiği	Hep evde	21	5,7	24,57	5,39	19,76	4,84	17,85	6,87	62,19	11,79	5	2,73
	Çoğunlukla evde	202	54,7	24,73	5,05	14,80	8,29	17,26	7,62	56,80	16,33	5	2,44
	Yarı evde yarı dışarıda	114	30,9	24,98	4,95	19,07	7,18	18,39	6,80	62,44	13,96	5	2,16
	Çoğunlukla dışarıda	32	8,7	24,68	4,54	19,68	7,35	14,56	7,74	58,93	12,69	4	2,28
				X ² : 0,248 p: 0,970		X ² : 26,950 p: 0,000*		X ² : 6,192 p: 0,103		X ² : 8,986 p: 0,029*		X ² : 6,407 p: 0,093	

*: p< 0.05

t: t-Testi

F: One-way Anova

X²: Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Araştırmaya katılan bireylerin %33,6'sı sağlığını 'iyi' olarak, %45,5'i 'orta' olarak değerlendirmektedir. Yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (F: 7,590; p: 0.001). Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 61,69, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 59,68 ve 'kötü' olarak değerlerin 53,36'dır. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre aile desteği alt ölçeği ve özel insan alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken (F_{aile} : 11,008; p_{aile} : 0,000; $F_{özel}$: 3,148; $p_{özel}$: 0,044); arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,095). Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 25,91, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 24,96 ve 'kötü' olarak değerlerin 22,63; sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 18,21, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 17,64 ve 'kötü' olarak değerlerin 15,61'dir (Tablo 5).

Bireylerin %85'i en az bir kronik hastalığa sahiptir. Yaşlıların kronik hastalığa sahiplik durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,635). Alt ölçekler incelendiğinde ise kronik hastalığa sahiplik durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{aile} : 0,082; $p_{arkadaş}$: 0,322; $p_{özel}$: 0,207) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan yaşlıların %98,4'ü sağlık güvencesine sahiptir. Yaşlıların sağlık güvencesine sahiplik durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,208). Alt ölçekler incelendiğinde ise sağlık güvencesine sahiplik durumlarına göre de aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p_{aile} : 0,410; $p_{arkadaş}$: 0,230; $p_{özel}$: 0,102) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan yaşlıların %54,7'si gününün çoğunluğunu evde geçirdiğini belirtmektedir. Yaşlıların gününü nerede geçirdiklerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X^2 : 8,986; p: 0,029). Gününü hep evde geçiren yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 62,19, çoğunlukla evde geçirenlerin 56,80, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 62,44 iken çoğunlukla dışarıda geçirenlerin ise 58,93'tür. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların gününü nerede geçirdiklerine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p_{aile} : 0,970; $p_{özel}$: 0,103);

arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arası da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X^2 : 26,950; p: 0,000). Gününü hep evde geçiren yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,76, çoğunlukla evde geçirenlerin 14,80, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 19,07 iken çoğunlukla dışarıda geçirenlerin ise 19,68'dir (Tablo 5).

Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme durumlarının tespiti için yöneltilen soruların cevabına göre; yaşlı bireylerin boş zamanlarında en çok yaptıkları aktiviteler arasında televizyon izleme (%95,7), ibadet etme (%95,7), akraba-arkadaş ziyareti yapma (%88,6), bahçe-tarla işleri ile ilgilenme (%69,6), yürüyüş yapma (%53,9), kitap-gazete okuma (%48,5) (Ağırlıklı olarak dini kitaplar okunmaktadır.), kahvehane-lokal tarzı mekanlara gitme (%32,8) ve el işleri (%16,5) (Tamamını kadın bireyler oluşturmaktadır.) yer almaktadır.²

Araştırmaya katılan yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine, kronik hastalık sahiplik durumlarına, sağlık güvencesi sahiplik durumlarına ve gününü nerede geçirdiklerine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($P_{\text{sağlık}}$: 0,490; $p_{\text{hastalık}}$:0,129; $p_{\text{sağlık güvencesi}}$: 0,524; $p_{\text{günü geçirme}}$: 0,093) (Tablo 5).

² Tanıtıcı Bilgi Formunda yer alan 3.6. soruya verilen cevapların frekans analizi sonucu elde edilmiştir. Soru her bir katılımcı için birden fazla cevap içermeye olanağına sahiptir. Verilen sayı ve yüzde değerleri evet cevabı içindir

Tablo 6: Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Ortalama Sosyal Ağ Büyüklükleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Tanımlayıcı Özellikler	ÇBASDÖ						
	X	SS	Aile	Arkadaş	Özel	Toplam	Sosyal Ağ
Yaş	70	5,3	r: -0,164 p: 0,002*	r: -0,174 p: 0,001*	r: -0,136 p: 0,009*	r: -0,208 p: 0,000*	r: -0,001 p: 0,984
Gelir Düzeyi	1071,50	824,8	r: 0,035 p: 0,511	r: 0,156 p: 0,003*	r: 0,010 p: 0,846	r: 0,094 p: 0,073	r: -0,024 p: 0,652
Çocuk Sayısı	3	1,4	r: -0,052 p: 0,320	r: -0,010 p: 0,849	r: 0,023 p: 0,666	r: 0,003 p: 0,958	r: 0,346 p: 0,000*
Kardeş Sayısı	5	2,3	r: 0,043 p: 0,416	r: 0,100 p: 0,055	r: 0,082 p: 0,118	r: 0,115 p: 0,028*	r: 0,014 p: 0,795
Evde Yaşayan Sayısı	2	1,2	r: 0,152 p: 0,003*	r: 0,111 p: 0,033*	r: 0,021 p: 0,690	r: 0,102 p: 0,050	r: 0,076 p: 0,148
İlaç Sayısı	3	2,6	r: -0,136 p: 0,009*	r: -0,039 p: 0,453	r: -0,004 p: 0,945	r: -0,061 p: 0,242	r: 0,070 p: 0,184

*:p< 0,05

r: Korelasyon

Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özellikleri ve bu tanımlayıcı özellikleri ile algılanan sosyal destek ve sosyal ağ büyüklükleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 70 (SS)'tir. Bireylerin yaşları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: -0,208$; $p: 0,000$). Bireylerin yaşı arttıkça ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları azalmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise; bireylerin yaşları ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r_{aile}: -0,164$; $p_{aile}: 0,002$; $r_{arkadaş}: -0,174$; $p_{arkadaş}: 0,001$; $r_{özel}: -0,136$; $p_{özel}: 0,009$). Bireylerin yaşları arttıkça aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları azalmaktadır. Bireylerin yaşları ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,984$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir düzeylerinin ortalaması 1071,50 tl (SS: 824,8)'dir. Yaşlıların gelir düzeyleri ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,073$). Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların gelir düzeyleri ile aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p_{aile}: 0,511$; $p_{özel}: 0,846$); arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,156$; $p: 0,003$). Yaşlıların gelirleri arttıkça aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşlıların gelir düzeyleri ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,652$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlıların ortalama çocuk sayısı 3 (SS: 1,4)'tür. Yaşlıların çocuk sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,958$). Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların çocuk sayıları aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{aile}: 0,320$; $p_{arkadaş}: 0,849$; $p_{özel}: 0,666$) (Tablo 6).

Yaşlıların çocuk sayıları ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır ($r: 0,346$; $p: 0,000$). Yaşlıların çocuk sayıları arttıkça sosyal ağ büyüklükleri de artmaktadır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlıların ortalama kardeş sayısı 5 (SS: 2,3)'tir. Yaşlıların kardeş sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,115$; $p: 0,028$). Yaşlıların kardeş sayıları arttıkça

ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların kardeş sayıları ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{aile}}: 0,416$; $p_{\text{arkadaş}}: 0,055$; $p_{\text{özel}}: 0,118$). Ayrıca yaşlıların kardeş sayıları ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($0,795$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlıların evde birlikte yaşadıkları ortalama birey sayısı 2 (SS: 1,2)'dir. Yaşlıların birlikte yaşadıkları birey sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,050$). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların birlikte yaşadığı birey sayısı ile aile desteği ve arkadaş desteği alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r_{\text{aile}}: 0,152$; $p_{\text{aile}}: 0,003$; $r_{\text{arkadaş}}: 0,111$; $p_{\text{arkadaş}}: 0,033$). Yaşlıların birlikte yaşadığı birey sayısı arttıkça aile desteği ve arkadaş desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşlıların birlikte yaşadıkları birey sayısı ile özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,690$). Ayrıca yaşlıların birlikte yaşadıkları birey sayısı ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,148$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan yaşlılar günlük ortalama kullandıkları ilaç sayısı 3 (SS: 2,6)'tür. Yaşlıların kullandıkları ilaç sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,242$). Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların kullandıkları ilaç sayıları ile arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p_{\text{arkadaş}}: 0,453$; $p_{\text{özel}}: 0,945$); aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki vardır ($r: -0,136$; $p: 0,009$). Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça kullandıkları ilaç sayıları azalmaktadır. Ayrıca yaşlıların kullandıkları ilaç sayıları ile sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,184$) (Tablo 6).

Tablo 7: Yaşlıların Kişisel Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler		SYBDÖ															
		Sayı (S)	Yüzde (%)	Kendini Gerçekleştirme		Sağlık Sorumluluğu		Beslenme		Egzersiz		Kişilerarası Destek		Stres Yönetimi		Toplam	
				X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Cinsiyet	Kadın	148	40,1	37,02	6,08	19,98	2,79	13,47	2	6,70	1,50	24,86	1,86	18,01	2,73	120,08	11,100
	Erkek	221	59,9	39,24	6,13	21,15	3,63	14,37	2,50	7,42	1,90	24,89	2,54	18,06	2,70	125,15	12,30
				t: -3,413 p: 0,001*	t: -3,322 p: 0,001*	t: -3,641 p: 0,000*	t: -3,806 p: 0,000*	t: -0,127 p: 0,899	t: -0,173 p: 0,863	t: -4,038 p: 0,000*							
Medeni Durum	Evli	314	85,1	39,01	5,67	20,85	3,25	14,14	2,25	7,23	1,84	25,03	2,10	18,07	2,59	124,35	10,92
	Dul/Bekar	55	14,9	34,58	7,66	19,70	3,82	13,29	2,78	6,54	1,28	24,03	3,07	17,89	3,33	116,05	15,60
				t: 5,049 p: 0,001*	t: 2,353 p: 0,019*	t: 2,494 p: 0,013*	t: 2,670 p: 0,008*	t: 2,997 p: 0,003*	t: 0,451 p: 0,652	t: 4,844 p: 0,000*							
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	87	23,6	35,78	6,43	19,59	2,36	13,28	2,12	6,51	1,38	24,62	2,34	17,74	2,58	117,55	12,05
	Okur-yazar/İlkokul	215	58,3	39,02	5,90	20,79	3,21	14,01	2,19	7,26	1,70	24,98	2,24	18,21	1,67	124,30	10,95
	Ortaokul	35	9,5	39,91	5,01	20,91	3,79	14,22	2,08	7,68	2,54	25,17	2,06	17,94	3,21	125,85	11,50
	Lise/Yüksekokul/ Üniversite	32	8,7	39,12	7	22,68	4,93	15,78	3,26	7,31	1,99	24,59	2,73	17,81	2,71	127,31	15,25
					F: 7,065 p: 0,001*	F: 7,284 p: 0,000*	F: 9,482 p: 0,000*	F: 5,235 p: 0,002*	F: 0,874 p: 0,454	F: 0,721 p: 0,540	F: 9,327 p: 0,000*						
Meslek	Ev hanımı	131	35,5	36,76	5,86	19,96	2,86	13,45	2,10	6,69	1,50	24,95	1,92	18,09	2,72	119,91	11,21
	Emekli/Serbest meslek	234	63,5	39,35	6,10	21,11	3,57	14,33	2,44	7,39	1,89	24,87	2,48	18,02	2,72	125,10	12,12
				t: -3,952 p: 0,000*	t: -3,179 p: 0,002*	t: -3,490 p: 0,001*	t: -3,622 p: 0,000*	t: 0,328 p: 0,743	t: 0,236 p: 0,813	t: -4,025 p: 0,000*							
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	13,3	40,51	5,90	21,20	3,86	14,83	2,66	7,32	1,77	25,30	2,19	17,97	3,05	127,16	12,36
	Çalışmıyor	319	86,4	38	6,18	20,60	3,28	13,89	2,28	7,11	1,79	24,82	2,31	18,06	2,66	122,49	11,95
				t: 2,660 p: 0,008*	t: 1,159 p: 0,247	t: 2,629 p: 0,009*	t: 0,777 p: 0,437	t: 1,368 p: 0,172	t: -0,199 p: 0,842	t: 2,531 p: 0,012*							
Gelir-Gider Durumu	Gelir giderden az	172	46,6	38,19	6,53	20,48	3,44	13,72	2,47	7,06	1,74	24,77	2,19	17,81	2,82	122,06	12,35
	Gelir gidere denk	102	27,6	38,72	5,87	21,22	3,77	14,45	2,22	7,50	1,84	24,78	2,95	18,07	2,90	124,77	12,92
	Gelir giderden fazla	8	2,2	42,87	7,54	22,25	3,65	17,12	4,01	7,87	2,94	25	1,51	18,37	2,26	133,50	14,42
				X ² : 2,828 p: 0,243	X ² : 4,223 p: 0,121	X ² : 13,694 p: 0,001*	X ² : 4,367 p: 0,113	X ² : 1,242 p: 0,537	X ² : 0,884 p: 0,643	X ² : 7,296 p: 0,026*							

*: p < 0,05

t: t-Testi

F: One-way Anova

X²: Kruskal Wallis Testi

Yaşlıların cinsiyetlerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t: -4,038$; $p: 0,000$). Kadınların SYBDÖ toplam puan ortalaması 120,08 iken erkeklerinki 125,15'tir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların cinsiyetlerine göre kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{destek}}: 0,899$; $p_{\text{stres}}: 0,863$); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t_{\text{gerçekleştirme}}: -3,413$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,001$; $t_{\text{sorumluluk}}: -3,322$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,001$; $t_{\text{beslenme}}: -3,641$; $p_{\text{beslenme}}: 0,001$; $t_{\text{egzersiz}}: -3,806$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,000$). Kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 37,02, erkeklerin 39,29; kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,98, erkeklerin 21,15; kadınların beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,47; erkeklerin 14,37 ve kadınların egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalamaları 6,70 iken erkeklerin 7,42'dir (Tablo 7).

Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t: 4,844$; $p: 0,000$). Evli bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 124,35, dul/bekar bireylerin toplam puan ortalaması 116,05'tir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların medeni durumlarına göre stres yönetimi alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{stres}}: 0,652$); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t_{\text{gerçekleştirme}}: 5,049$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,001$; $t_{\text{sorumluluk}}: 2,353$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,019$; $t_{\text{beslenme}}: 2,494$; $p_{\text{beslenme}}: 0,013$; $t_{\text{egzersiz}}: 2,670$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,008$; $t_{\text{destek}}: 2,997$; $p_{\text{destek}}: 0,003$). Evlilerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 39,01, dul/bekarların 34,58; evlilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 20,85, e dul/bekarların 19,70; evlilerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 14,14, dul/bekarların 13,29 ve evlilerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalamaları 7,23, dul/bekarların 6,54 ve evlilerin kişilerarası destek alt ölçeği toplam puan ortalamaları 25,03 iken dul/bekarların 24,03'tür (Tablo 7).

Yaşlıların eğitim düzeylerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F: 9,327$; $p: 0,000$). Okur-yazar olamayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 117,55, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin toplam puan ortalaması 124,30, ortaokul mezunu bireylerin toplam puan ortalaması 125,85 iken lise ve daha üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin toplam puan ortalaması 127,31'dir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların eğitim düzeylerine göre kişilerarası

destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{destek}}: 0,454$; $p_{\text{stres}}: 0,540$); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F_{\text{gerçekleştirme}}: 7,065$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,001$; $F_{\text{sorumluluk}}: 7,284$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,000$; $F_{\text{beslenme}}: 9,482$; $p_{\text{beslenme}}: 0,000$; $F_{\text{egzersiz}}: 5,235$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,002$). Okur-yazar olamayan bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 35,78, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin 39,02, ortaokul mezunu bireylerin 39,91, lise ve daha üstü eğitim mezuniyetine sahip bireylerin 39,12; okur-yazar olamayan bireylerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,59, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin 20,79, ortaokul mezunu bireylerin 20,91, lise ve daha üstü eğitim mezuniyetine sahip bireylerin 22,68; okur-yazar olamayan bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,28, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin 14,01, ortaokul mezunu bireylerin 14,22, lise ve daha üstü eğitim mezuniyetine sahip bireylerin 15,78 ve okur-yazar olamayan bireylerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 6,51, okur-yazar/ilkokul mezunu bireylerin 7,26, ortaokul mezunu bireylerin 7,68, lise ve daha üstü eğitim mezuniyetine sahip bireylerin ise 7,31'dir (Tablo 7).

Yaşlıların mesleklerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t: -4,025$; $p: 0,000$). Ev hanımı bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 119,91 iken emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 125,10'dur. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların mesleklerine göre kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{destek}}: 0,743$; $p_{\text{stres}}: 0,813$); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t_{\text{gerçekleştirme}}: -3,952$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $t_{\text{sorumluluk}}: -3,179$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,002$; $t_{\text{beslenme}}: -3,490$; $p_{\text{beslenme}}: 0,001$; $t_{\text{egzersiz}}: -3,622$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,000$). Ev hanımı bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 36,76, emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 39,35; ev hanımı bireylerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,96, emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 21,11; ev hanımı bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,45, emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 14,33 ve ev hanımı bireylerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 6,69 iken emekli/serbest meslek sahibi bireylerin 7,39'dur (Tablo 7).

Yaşlıların çalışma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t: 2,531$; $p: 0,012$). Çalışan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 127,16 iken çalışmayan bireylerin 122,49'dur. Alt ölçekler

incelendiğinde ise yaşlıların çalışma durumlarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,247$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,437$; $p_{\text{destek}}: 0,172$; $p_{\text{stres}}: 0,842$); kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t_{\text{gerçekleştirme}}: 2,260$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,008$; $t_{\text{beslenme}}: 2,629$; $p_{\text{beslenme}}: 0,009$). Çalışan bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 40,5, çalışmayan bireylerin 38 ve çalışan bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 14,83 iken çalışmayan bireylerin 13,89'dur (Tablo 7).

Yaşlıların gelir-gider durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2: 7,296$; $p: 0,026$). Gelirinin giderinden az olduğunu belirten yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması 122,06, gelirinin giderine denk olduğunu belirtenlerin 124,77 iken gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtenlerin 133,50'dir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların gelir-gider durumlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,243$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,121$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,113$; $p_{\text{destek}}: 0,537$; $p_{\text{stres}}: 0,643$); beslenme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2: 13,694$; $p: 0,001$). Gelirinin giderinden az olduğunu belirten yaşlıların beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,72, gelirinin giderine denk olduğunu belirtenlerin 14,45 iken gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtenlerin 17,12'dir (Tablo 7).

Tablo 8: Yaşlıların Aile ve Konut Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Aile ve Konut Özellikleri		Sayı (S)		Yüzde (%)		SYBDÖ											
						Kendini Gerçekleştirme		Sağlık Sorumluluğu		Beslenme		Egzersiz		Kişilerarası Destek		Stres Yönetimi	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Çocuk Sahipliği	Çocuğu var	364	98,6	36,37	6,22	20,70	3,38	14,02	2,35	7,13	180	24,90	2,29	18,05	2,72	123,20	12,12
	Çocuğu yok	5	14	36,60	4,21	19,40	1,81	13,20	2,16	7,20	0,83	23,60	2,07	17,40	1,67	117,40	6,94
				Z: -0,913 p: 0,361		Z: -1,021 p: 0,307		Z: -0,647 p: 0,518		Z: -0,521 p: 0,613		Z: -1,570 p: 0,116		Z: -0,799 p: 0,424		Z: -1,413 p: 0,158	
Konut Tipi	Gecekondu	22	6	36,31	7,91	19,13	4,07	13,31	2	6,77	1,74	24,45	2,30	16,90	3,06	116,90	13,58
	Müstakil ev	314	85,1	38,383	6,17	20,68	3,21	14,01	2,30	7,13	1,80	24,90	2,36	18,08	2,71	123,20	11,81
	Apartman dairesi	33	8,9	9,42	4,93	21,78	3,89	14,48	2,94	7,36	1,69	24,96	1,59	18,42	2,27	126,45	12,44
				X ² : 2,384 p: 0,304		X ² : 9,979 p: 0,007*		X ² : 2,899 p: 0,235		X ² : 2,173 p: 0,337		X ² : 1,667 p: 0,434		X ² : 4,048 p: 0,132		X ² : 4,548 p: 0,103	
Evde Yaşama Şekli	Yalnız	39	10,6	34,23	7,67	19,71	4,17	13,02	3,06	6,64	1,38	23,89	3,25	17,61	3,24	115,12	16,64
	Çocuklarıyla	15	4	36,60	8,82	18,93	3,43	13,73	1,98	6,46	1,12	23,60	3,08	17,93	4,84	117,26	13,25
	Eşiyle	250	67,8	38,54	5,63	20,79	3,05	14,07	2,19	7,11	1,79	24,95	2,15	18,22	2,54	123,70	10,68
	Eşi ve çocuklarıyla	65	17,6	40,52	5,44	21,27	3,77	14,44	2,41	7,66	2	25,50	1,61	17,63	2,70	127,04	11,31
				X ² : 25,098 p: 0,000*		X ² : 11,887 p: 0,08*		X ² : 10,282 p: 0,016*		X ² : 9,405 p: 0,024*		X ² : 10,858 p: 0,013*		X ² : 3,988 p: 0,263		X ² : 27,790 p: 0,000*	

*:p< 0,05

X²: Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,158). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,361$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,307$; $P_{\text{beslenme}}: 0,518$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,613$; $p_{\text{destek}}: 0,116$; $p_{\text{stres}}: 0,424$) (Tablo 8).

Yaşlıların oturdukları konut tipine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p: 0,103). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların oturdukları konut tipine göre kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,304$; $P_{\text{beslenme}}: 0,235$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,337$; $p_{\text{destek}}: 0,434$; $p_{\text{stres}}: 0,132$); sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2: 9,979$; p: 0,007). Gecekonuda yaşayan yaşlıların sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,13, müstakil evde yaşayanların 20,68 ve apartman dairesinde yaşayanların 21,78'dir (Tablo 8).

Yaşlıların evde yaşama şekline göre SYBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2: 27,790$; p: 0,000). Evinde yalnız yaşayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 115,12, çocuklarıyla yaşayanların 117,26, eşiyile yaşayanların 123,70 iken, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 127,04'tür. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların evde yaşama şekline göre stres yönetimi alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p: 0,263), kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu; beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2_{\text{gerçekleştirme}}: 25,098$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $X^2_{\text{sorumluluk}}: 11,887$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,08$; $X^2_{\text{beslenme}}: 10,282$; $p_{\text{beslenme}}: 0,016$; $X^2_{\text{egzersiz}}: 9,405$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,024$; $X^2_{\text{destek}}: 10,858$; $p_{\text{destek}}: 0,013$). Evinde yalnız yaşayan bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 34,23, çocuklarıyla yaşayanların 36,60, eşiyile yaşayanların 38,54, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 40,52; evinde yalnız yaşayan bireylerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalaması 19,71, çocuklarıyla yaşayanların 18,93, eşiyile yaşayanların 20,79, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 21,27; evinde yalnız yaşayan bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,02, çocuklarıyla yaşayanların 13,73, eşiyile yaşayanların 14,07, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 14,44; evinde yalnız yaşayan bireylerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 6,64,

çocuklarıyla yaşayanların 6,46, eşiyle yaşayanların 7,11, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların 7,66 ve evinde yalnız yaşayan bireylerin kişilerarası destek alt ölçeği toplam puan ortalaması 23,89, çocuklarıyla yaşayanların 23,60, eşiyle yaşayanların 24,95, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ise 25,50'dir (Tablo 8).

Tablo 9: Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeyleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım-Sağlık Durumu ve Aktivite Düzeyleri		Sayı (S)	Yüzde (%)	SYBDÖ													
				Kendini Gerçekleştirme		Sağlık Sorumluluğu		Beslenme		Egzersiz		Kişilerarası Destek		Stres Yönetimi		Toplam	
				X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Bireysel Sağlık Değerlendirmesi	İyi	124	33,6	39,83	5,34	20,49	3,45	14,32	2,36	7,53	2,08	25,25	1,88	18,30	2,70	125,74	11,46
	Orta	168	45,5	38,49	6,02	20,83	3,47	14,14	2,46	6,95	1,56	24,79	2,41	17,86	2,75	123,08	11,59
	Kötü	77	20,8	35,66	7,02	20,68	3	13,23	1,89	6,89	1,66	24,49	2,56	18,01	2,64	118,98	13,04
				F: 11,453 p: 0,000*	F: 0,366 p: 0,694	F: 5,711 p: 0,004*	F: 4,698 p: 0,010*	F: 2,850 p: 0,059	F: 0,958 p: 0,385	F: 7,696 p: 0,001*							
Kronik Hastalık Durumu	Kronik hastalık var	314	85,1	37,84	6,02	20,75	3,21	13,90	2,25	7,05	1,71	24,85	2,27	18,00	2,69	122,40	11,72
	Kronik hasalık yok	55	14,9	41,29	6,46	20,30	4,15	14,67	2,80	7,60	2,15	25,07	2,44	18,25	2,82	127,20	13,24
				t: -3,876 p: 0,000*	t: 0,905 p: 0,366	t: -2,254 p: 0,025*	t: -2,094 p: 0,037*	t: -0,662 p: 0,508	t: -0,625 p: 0,532	t: -2,737 p: 0,006*							
Sağlık Güvencesi	Sağlık güvencesi var	363	98,4	38,35	6,23	20,69	3,28	14,02	2,35	7,13	1,77	24,86	2,30	18,02	2,72	123,10	12,12
	Sağlık güvencesi yok	6	1,6	38,16	3,86	20,16	1,83	13,33	2,58	7,16	2,63	26,16	0,98	19	1,78	124	9,69
				Z: -0,319 p: 0,750	Z: -0,400 p: 0,689	Z: -0,129 p: 0,897	Z: -0,452 p: 0,651	Z: -1,666 p: 0,304	Z: -1,028 p: 0,304	Z: -0,068 p: 0,946							
Günü Nerede Geçirdiği	Hep evde	21	5,7	35,90	5,92	19,95	2,95	13,47	2,83	6,61	1,32	24,33	2,24	17,09	2,23	117,38	10,52
	Çoğunlukla evde	202	54,7	37,34	5,56	20,33	2,83	13,66	2,09	6,83	1,60	24,89	2,08	18,21	2,40	121,29	10,76
	Yarı evde yarı dışarıda	114	30,9	30,74	6,74	21,06	3,44	14,41	2,30	7,59	1,97	24,70	2,68	17,95	3,08	125,47	12,84
	Çoğunlukla dışarıda	32	8,7	41,37	6,35	22,06	5,51	15,18	3,10	7,71	2,05	25,81	1,92	17,87	3,31	130,03	23,94
				X ² : 23,551 p: 0,000*	X ² : 5,974 p: 0,113	X ² : 14,182 p: 0,003*	X ² : 15,754 p: 0,001*	X ² : 8,977 p: 0,030*	X ² : 4,359 p: 0,225	X ² : 21,603 p: 0,000*							

*: p < 0,05

t: t-Testi

F: One-way Anova

X²: Kruskal Wallis Testi

Yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (F: 7,696; p: 0,000). Kendi sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 125,74, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 123,08 ve 'kötü' olarak değerlendiren bireylerin ise 118,980'dir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,694$; $p_{\text{destek}}: 0,059$; $p_{\text{stres}}: 0,385$), kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F_{\text{gerçekleştirme}}: 11,453$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $F_{\text{beslenme}}: 5,711$; $p_{\text{beslenme}}: 0,004$; $F_{\text{egzersiz}}: 4,698$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,010$). Kendi sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 39,83, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 38,49, 'kötü' olarak değerlendiren bireylerin 35,66; kendi sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 14,32, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 14,14, 'kötü' olarak değerlendiren bireylerin 13,23 ve kendi sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 7,53, 'orta' olarak değerlendiren bireylerin 6,95 iken 'kötü' olarak değerlendiren bireylerin 6,89'dur (Tablo 9).

Yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t: -2,737$; p: 0,006). En az bir kronik hastalığa sahip bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 122,40 iken herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerin 127,20'dir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,366$; $p_{\text{destek}}: 0,508$; $p_{\text{stres}}: 0,532$), kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t_{\text{gerçekleştirme}}: -3,876$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $t_{\text{beslenme}}: -2,254$; $p_{\text{beslenme}}: 0,025$; $t_{\text{egzersiz}}: -2,094$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,037$). En az bir kronik hastalığa sahip bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 37,84, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerin 41,29; en az bir kronik hastalığa sahip bireylerin beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,90, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerin 14,67 ve en az bir kronik hastalığa sahip bireylerin egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 7,05 iken herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerin 7,60'tır (Tablo 9).

Yaşlı bireylerin sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaz ($p: 0,946$) iken; alt

ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,750$ $p_{\text{sorumluluk}}: 0,689$; $p_{\text{beslenme}}: 0,897$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,651$; $p_{\text{destek}}: 304$; $p_{\text{stres}}: 0,304$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre sağlıklı SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($X^2: 21,603$; $p: 0,000$). Gününü hep evde geçiren yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması 117,38, çoğunlukla evde geçirenlerin 121,29, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 125,47 iken gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin 130,03'tür. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,113$; $p_{\text{stres}}: 0,225$), kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2_{\text{gerçekleştirme}}: 23,551$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $X^2_{\text{beslenme}}: 14,182$; $p_{\text{beslenme}}: 0,003$; $X^2_{\text{egzersiz}}: 15,754$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,001$; $X^2_{\text{destek}}: 8,977$; $p_{\text{destek}}: 0,030$). Gününü hep evde geçiren yaşlıların kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 35,90, çoğunlukla evde geçirenlerin 37,34, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 30,74, gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin 41,37; gününü hep evde geçiren yaşlıların beslenme alt ölçeği toplam puan ortalaması 13,47, çoğunlukla evde geçirenlerin 13,66, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 14,41, gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin 15,18; gününü hep evde geçiren yaşlıların egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalaması 6,61, çoğunlukla evde geçirenlerin 6,83, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 7,59, gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin 7,71 ve gününü hep evde geçiren yaşlıların kişilerarası destek alt ölçeği toplam puan ortalaması 24,33, çoğunlukla evde geçirenlerin 24,89, yarı evde yarı dışarıda geçirenlerin 24,70 iken gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin 25,81'dir (Tablo 9).

Tablo 10: Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Tanımlayıcı Özellikler	SYBDÖ								
	X	SS	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Beslenme	Egzersiz	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	Toplam
Yaş	70	5,3	r: -0,088 p: 0,092	r: 0,010 p: 0,852	r: -0,068 p: 0,191	r: -0,108 p: 0,037*	r: -0,044 p: 0,396	r: -0,026 p: 0,622	r: -0,112 p: 0,032*
Gelir Düzeyi	1071,50	824,8	r: 0,223 p: 0,000*	r: 0,218 p: 0,000*	r: 0,160 p: 0,002*	r: 0,156 p: 0,003*	r: 0,031 p: 0,557	r: 0,019 p: 0,711	r: 0,230 p: 0,000*
Çocuk Sayısı	3	1,4	r: -0,028 p: 0,595	r: 0,023 p: 0,666	r: 0,036 p: 0,486	r: 0,023 p: 0,659	r: -0,067 p: 0,202	r: 0,016 p: 0,759	r: -0,009 p: 0,863
Kardeş Sayısı	5	2,3	r: 0,080 p: 0,125	r: -0,052 p: 0,322	r: 0,021 p: 0,693	r: 0,059 p: 0,261	r: 0,021 p: 0,683	r: 0,013 p: 0,801	r: 0,067 p: 0,199
Evde Yaşayan Sayısı	2	1,2	r: 0,219 p: 0,000*	r: 0,053 p: 0,309	r: 0,152 p: 0,003*	r: 0,118 p: 0,023*	r: 0,102 p: 0,051	r: -0,027 p: 0,604	r: 0,196 p: 0,000*
İlaç Sayısı	3	2,6	r: -0,155 p: 0,007*	r: 0,201 p: 0,000*	r: -0,084 p: 0,106	r: -0,069 p: 0,184	r: -0,029 p: 0,579	r: -0,030 p: 0,568	r: -0,077 p: 0,142

*: p< 0,05

r: Korelasyon

Araştırmaya katılan yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile SYBDÖ arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; bireylerin yaşları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: -0,112$; $p: 0,032$). Bireylerin yaşları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri azalmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların yaşları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,092$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,852$; $p_{\text{beslenme}}: 0,191$; $p_{\text{destek}}: 0,396$; $p_{\text{stres}}: 0,622$); egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: -0,108$; $p: 0,037$). Bireylerin yaşları arttıkça egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 10).

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir düzeyleri ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,230$; $p: 0,000$). Bireylerin gelir düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri de artmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların gelir düzeyleri ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r_{\text{gerçekleştirme}}: 0,223$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $r_{\text{sorumluluk}}: 0,218$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,000$; $r_{\text{beslenme}}: 0,160$; $p_{\text{beslenme}}: 0,002$; $r_{\text{egzersiz}}: 0,156$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,003$). Yaşlıların gelir düzeyleri arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçek toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşlıların gelir düzeyleri ile kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{destek}}: 0,557$; $p_{\text{stres}}: 0,711$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan yaşlıların çocuk sayıları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,863$). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların çocuk sayıları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,595$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,666$; $p_{\text{beslenme}}: 0,486$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,659$; $p_{\text{destek}}: 0,202$; $p_{\text{stres}}: 0,759$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan yaşlıların kardeş sayıları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,199$). Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların kardeş sayıları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları

arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,125$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,322$; $p_{\text{beslenme}}: 0,693$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,261$; $p_{\text{destek}}: 0,683$; $p_{\text{stres}}: 0,801$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,196$; $p: 0,000$). Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise; yaşlıların kardeş sayıları ile kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken ($r: 0,219$; $p: 0,000$; $r_{\text{beslenme}}: 0,152$, $p_{\text{beslenme}}: 0,003$; $r_{\text{egzersiz}}: 118$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,023$), sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,309$; $p_{\text{destek}}: 0,051$; $p_{\text{stres}}: 0,604$). Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 10).

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayısı ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,142$). Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayıları ile kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ($r: -0,155$; $p: 0,007$), sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,201$, $p: 0,000$). Yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayıları ile beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{beslenme}}: 0,106$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,184$; $p_{\text{destek}}: 0,579$; $p_{\text{stres}}: 0,568$) (Tablo 10). Yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayısı arttıkça kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalamaları azalmakta, sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları ise artmaktadır.

Tablo 11: Yaşlılarda ÇBASDÖ ve Sosyal Ağ Büyüklüğü ile SYBDÖ Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Beslenme	Egzersiz	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	Toplam
Aile Desteği	r: 0,193 p: 0,000*	r: 0,010 p: 0,851	r: 0,075 p: 0,152	r: 0,075 p: 0,150	r: 0,212 p: 0,000*	r: 0,146 p: 0,005*	r: 0,184 p: 0,000*
Arkadaş Desteği	r: 0,223 p: 0,000*	r: 0,095 p: 0,068	r: 0,174 p: 0,000*	r: 0,155 p: 0,003*	r: 0,293 p: 0,000*	r: 0,170 p: 0,000*	r: 0,275 p: 0,000*
Özel İnsan Desteği	r: 0,084 p: 0,107	r: -0,031 p: 0,548	r: 0,069 p: 0,189	r: 0,112 p: 0,032*	r: 0,238 p: 0,000*	r: 0,181 p: 0,000*	r: 0,163 p: 0,002*
Toplam	r: 0,200 p: 0,000*	r: 0,008 p: 0,876	r: 0,139 p: 0,008*	r: 0,142 p: 0,006*	r: 0,292 p: 0,000*	r: 0,216 p: 0,000*	r: 0,252 p: 0,000*
Sosyal Ağ	r: 0,076 p: 0,147	r: 0,003 p: 0,959	r: 0,071 p: 0,174	r: 0,013 p: 0,805	r: 0,040 p: 0,447	r: 0,111 p: 0,034	r: 0,095 p: 0,071

*: $p < 0,05$

r:Korelayon

Yaşlılarda algılanan sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre, ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile sağlıklı SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,252$, $p: 0,000$). Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r_{\text{gerçekleştirme}}: 0,200$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $r_{\text{beslenme}}: 0,139$; $p_{\text{beslenme}}: 0,008$; $r_{\text{egzersiz}}: 0,142$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,006$; $r_{\text{destek}}: 0,292$; $p_{\text{destek}}: 0,000$; $r_{\text{stres}}: 0,216$; $p_{\text{stres}}: 0,000$). Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,876$). Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arttıkça kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11).

Alt ölçekler incelendiğinde ise aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,184$; $p: 0,000$). Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r_{\text{gerçekleştirme}}: 0,193$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $r_{\text{destek}}: 0,212$; $p_{\text{destek}}: 0,000$; $r_{\text{stres}}: 0,146$; $p_{\text{stres}}: 0,005$). Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{sorumluluk}}: 0,851$; $p_{\text{beslenme}}: 0,152$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,150$). Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11).

Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,275$; $p: 0,000$). Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken ($r_{\text{gerçekleştirme}}: 0,223$; $p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,000$; $r_{\text{beslenme}}: 0,174$; $p_{\text{beslenme}}: 0,000$; $r_{\text{egzersiz}}: 0,155$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,003$; $r_{\text{destek}}: 0,293$; $p_{\text{destek}}: 0,000$; $r_{\text{stres}}: 0,170$; $p_{\text{stres}}: 0,000$); sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p:$

0,068). Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçek toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11).

Yaşlıların özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r: 0,163$; $p: 0,002$). Yaşlıların özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kişilerarası destek, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken ($r_{\text{egzersiz}}: 0,112$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,032$; $r_{\text{stres}}: 0,181$; $p_{\text{stres}}: 0,0001$; $r_{\text{destek}}: 0,238$; $p_{\text{destek}}: 0,000$); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,107$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,548$; $p_{\text{beslenme}}: 0,189$). Yaşlıların özel insan alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 11).

Sosyal ağ büyüklüğü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre ise; ortalama sosyal ağ büyüklüğü ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p: 0,071$). Alt ölçekler incelendiğinde ise ortalama sosyal ağ büyüklüğü ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p_{\text{gerçekleştirme}}: 0,147$; $p_{\text{sorumluluk}}: 0,959$; $p_{\text{beslenme}}: 0,174$; $p_{\text{egzersiz}}: 0,805$; $p_{\text{destek}}: 0,447$; $p_{\text{stres}}: 0,034$) (Tablo 11).

5. TARTIŞMA

Yaşlılarda algılanan sosyal destek, sosyal ağ büyüklüğü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi için Konya'nın Ilgın ilçesinde gerçekleştiren araştırmaya 369 yaşlı birey katılmıştır.

5.1. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri

Araştırmaya katılan yaşlıların %59.9'u erkeklerden, %40.1'i kadınlardan oluşmaktadır. Yaşlıların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlı erkeklerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması kadınlara göre daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların cinsiyetlerine göre arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken, aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yine erkekler, kadınlara göre daha yüksek arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamasına sahiptir (Tablo 3). İlgili alanda yapılan çalışmalarda erkek bireylerin kadınlara göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir (Akın ve Emiroğlu, 2006; Özer ve Fadiloğlu, 2006; Dayapoğlu ve Tan, 2009). McIlvane ve Reinhardt (2001) görme engelli yaşlılarda yaptıkları çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek arkadaş ve aile desteğine sahip oldukları sonucuna ulaşılmışlardır. Elde edilen bulgular yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %85.1'i evlidir ve yaşlıların medeni durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evli yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması dul/bekar yaşlılara göre daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların medeni durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evli yaşlıların tüm alt ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları dul/bekar yaşlılara göre daha yüksektir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde evli yaşlıların diğer yaşlılara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Akın ve Emiroğlu, 2006; Çetin, 2009; Arslantaş ve

Ergin, 2011; Aydıner Boylu ve Hazer, 2012; Güçlü ve ark, 2016). Yaşlı Japonlar ile birlikte yapılan bir çalışmada, yaşlıların eşlerinden aldıkları desteğin diğer destek sistemlerine göre iyilik hali ile ilişkisinin daha yüksek olduğu ve eşin yokluğunda çocuklardan alınan desteğin stres ve kognitif kayıplar ile baş etmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Okabayashi ve ark, 2004). Yaşlı bireylerde eşin en güçlü destek kaynaklarından biri olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %58,3'ü okur-yazar/ilkokul mezuniyet düzeyine, %8,7'si lise ve daha üstü mezuniyet düzeyine sahip iken %23,6'sı okuma yazma bilmeyen bireylerden oluşmaktadır (Tablo 3). TÜİK (2017) verilerine göre okuma yazma bilmeyen yaşlıların oranı 2011 yılında %29,2 iken 2015 yılına gelindiğinde %21,9'a düşmüştür ve okuma yazma bilmeyen kadınların oranı erkeklerin oranına göre 4 kat daha fazladır. Yaşlıların eğitim düzeylerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ortaokul mezuniyet derecesine sahip bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların eğitim düzeylerine göre arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ayrıca yaşların eğitim düzeylerine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması diğer eğitim düzeyinden olan yaşlılara göre daha yüksektir (Tablo 3). Melchiorre ve ark (2013), yaşlılarda yaptıkları bir çalışmada üniversite mezunu bireylerin diğer bireylere göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip olduğunu, Dayapoğlu ve Tan (2009) da inmeli hastalarda gerçekleştirdikleri bir çalışma da eğitim seviyesi ortaokul ve üstü düzeyde olan hastaların diğerlerine göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Gökler Danışman ve Aydın (2011) yaptıkları çalışmada ise benzer şekilde buldukları sonucun nedenini eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların ailelerinin de eğitim düzeyi yüksek olacağı ve bu nedenle yaşlanma ile meydana gelen değişimlere karşı daha duyarlı olacakları şeklinde açıklamaktadırlar.

Araştırmaya katılan yaşlıların %63,5'i emekli/serbest meslek sahibi bireylerden, %35,5'i ev hanımlarından oluşmaktadır. Yaşlıların mesleklerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ev hanımı ve emekli/serbest mesleğe sahip bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları benzer iken; yaşlıların mesleklerine göre arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yaşlıların mesleklerine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmamaktadır. Emekli/serbest meslek sahibi bireyler ev hanımlarına göre daha yüksek arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamasına sahiptirler (Tablo 3). Melchiorre ve ark (2013) yedi farklı Avrupa ülkesinden yaşlılar ile gerçekleştirdikleri araştırma da yöneticilik gibi üst düzey konumlarda çalışan bireylerin diğerlerine göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Ev hanımlarının günlerini genellikle ev işleri ile geçirmeleri nedeniyle, emekli/serbest meslek sahibi bireylere göre daha az ev dışı ilişkiler kurmaktadır. Dolayısıyla daha düşük düzeyde arkadaş desteğine sahip oldukları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %86.4'ü herhangi bir işte çalışmaz iken %13.3'ü ekonomik getirisi olan bir işte çalışmaktadır. Yapılan araştırmadaki çalışan bireylerin oranı, hem henüz emekli olmamış ve çalışmaya devam eden hem de emeklilik sonrası çalışmaya devam eden bireylerden oluşmaktadır (Tablo 3). Yaşlıların çalışma durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çalışan bireyler, çalışmayan bireylere göre daha yüksek ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına sahiptir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların çalışma durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 3). Emeklilik ile birlikte bireylerin hareketli bir çalışma ortamından uzaklaşmalarıyla hem finansal, hem statüsel hem de sosyal ilişkilerde kayıplar yaşayabileceği ve emekli geçirilen yılların sayısı arttıkça iş ile ilgili sosyal ilişkilerden uzaklaşılacağı belirtilmektedir (Henkes ve ark, 2013). Bir çalışma ortamında bulunmak diğer kişiler ile sosyal etkileşim kurulmasını sağladığı için çalışan bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %46.6'sı elde ettikleri gelirin harcamalarından az olduğunu belirtirken, %27.6'sı gelirin yettiğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda gelirin giderine denk olduğunu ifade eden yaşlıların diğer yaşlılara göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip olduklarını belirtmektedir (Altıparmak, 2009; Mutlu 2012; Çetin ve Uysal, 2013). Karakurt ve ark (2013)'nın diyabetli hastalarda ve Yılmaz ve Özkan (2009)'nın cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde gelirin giderine denk veya daha fazla olan bireylerin diğerlerine göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir. Ancak; gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarına göre; yaşlıların gelir-gider durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların gelir-gider durumlarına göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan alt ölçeği

toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumlarına, çalışma durumlarına ve gelir-gider durumlarına göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Evliler, çalışanlar ve gelirinin giderinden az veya denk olduğunu belirten yaşlılar diğer yaşlılara göre daha geniş sosyal ağa sahiptir. Ancak yaşlıların cinsiyetlerine, eğitim düzeylerine ve mesleklerine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 3). Evli bireylerin sosyal ağına katılan ortalama birey sayısı dul/bekar bireylere göre daha fazladır. Evli bireylerin sosyal ağına bekar/dul olan bireylerden farklı olarak eşi dahil olabilmektedir. Bu da sosyal ağ büyüklüğüne katkı sağlayabilir. Diğer yandan bir işte çalışma, bireyin sosyal ağına iş arkadaşlarının da dahil olabilmelerini sağlayabilirken, aynı zamanda iş ortamı bireyin sosyal ilişkiler kurmasını da destekleyebilir. Çetin ve Uysal (2013) göçmen yaşlılar ile yaptıkları çalışmada yaşlıların sosyal ağ büyüklüğünün gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve benzer şekilde gelirinin harcamalarına denk olduğunu belirten bireylerin diğer bireylere göre daha geniş sosyal ağa sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Özer ve Fadiloğlu (2006) ise yaşlılar ile yaptıkları çalışmalarında cinsiyete göre sosyal ağ büyüklüğünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve erkeklerin kadınlara göre daha geniş sosyal ağa sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Ancak yapılan bu çalışmada yaşlıların cinsiyetlerine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.2. Yaşlıların Aile ve Konut Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri

Yaşlıların %98.6'sı çocuk sahibidir. Yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların çocuk sahiplik durumlarına göre aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken, arkadaş ve özel insan alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4). Çocuğu olan yaşlılar diğerlerine göre daha yüksek aile desteği alt ölçeği toplam puan

ortalamasına sahiptir. Arslantaş ve Ergin (2011), gerçekleştirdiği araştırmada çocukları olan yaşlıların arkadaş ve aile destek düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanser hastası bireyler ile yapılan diğer bir çalışmada da benzer şekilde çocuk sahibi olan bireylerin daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Filazoğlu ve Griva, 2008). Yapılan araştırmalar, elde edilen bulguları desteklemektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %85.1'i müstakil evde oturmaktadır. Yaşlıların oturdukları konut tipine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yine aynı şekilde yaşlıların oturdukları konut tipine göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4). Araştırmanın yapıldığı yerin küçük bir ilçe olması nedeniyle geleneksel komşuluk ilişkilerinin devam ettiği ve bu sayede kişinin hangi konut tipinde oturursa otursun iyi komşuluk ilişkilerine sahip olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle konut tipine göre algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %67.8'i eşleri ile birlikte, %17.6'sı eşi ve çocukları ile birlikte, %10.6'sı yalnız yaşamaktadır (Tablo 4). Yaşlıların evde yaşama şekline göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evde yalnız yaşayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının diğer bireylere göre daha düşük olduğu ve en yüksek ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların evde yaşama şekline göre aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireyler aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları diğer bireylere göre yüksek iken, eşi ile yaşayan bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması diğer bireylere göre daha yüksektir (Tablo 4). Yaşlılarda sosyal destek ile yapılan bazı çalışmalarda da yalnız yaşayan yaşlıların diğerlerine göre daha düşük sosyal destek düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir (Çetin, 2009; Aydın Boylu ve Hazer, 2012). Melchiorre ve ark, (2013) tarafından yapılmış bir çalışmada ise yalnız yaşayan yaşlıların diğerlerine göre en düşük sosyal destek düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir. Ayrıca yalnız yaşayan bireylerde sosyal destek düzeyinin düşük çıkmasında, yalnız yaşayan bireylerin dul/bekar bireylerden oluşmasının da etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların çocuk sahipliğine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca yaşlıların oturdukları konut tipine ve evde yaşama şekline göre de ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4). Yukarıda da belirtildiği gibi, araştırmanın yapıldığı yerde geleneksel komşuluk ilişkilerinin devam etmesi nedeniyle bireyin sosyal ağ büyüklüğünün konut tipine göre farklılık göstermediği düşünülmektedir. Ayrıca yaşlı yalnız yaşasa bile sosyal ağına çocuklarını, komşularını ve arkadaşlarını dahil edebileceği için sosyal ağ büyüklüğünün evde yaşama şekline göre de farklılık göstermediği söylenebilir.

5.3. Yaşlıların Bakım-Sağlık Durumları ve Aktivite Düzeylerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri

Araştırmaya katılan yaşlıların %33,6'sı sağlığını 'iyi', %45,5'i 'orta', %20,8'i ise 'kötü' olarak değerlendirmektedir. Yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireyler diğerlerine göre daha yüksek ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına sahiptir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; arkadaş desteği alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireyler diğerlerine göre daha yüksek aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamasına sahiptir (Tablo 5). Yapılan araştırmalarda sosyal destek ile sağlık ve iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (McGroth ve Bedi, 2002; Annak, 2005; Gaede ve ark, 2006; Dalak, 2010; Şahin, 2012; Melchiorre, 2013; Polat ve Bayrak Kahraman, 2013; Kaçan Softa ve ark, 2016). Araştırmaya katılan ve sağlığı iyi olan bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olması yapılan araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %85,1'inin en az bir kronik hastalığı vardır. Buna ek bireylerin %98,4'ü sağlık güvencesine sahiptir. Yaşlıların kronik hastalığa sahiplik durumlarına göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yine yaşlıların kronik hastalığa sahiplik durumlarına göre tüm alt

ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5). Mutlu (2012)'nin yaşlılarda yaptığı çalışma sonuçlarına göre ise doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığa sahip bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi, diğer bireylere göre daha düşüktür. Araştırmada kronik hastalık durumuna göre algılanan sosyal destek düzeylerinin arasında bir farklılık bulunmamasının nedeninin; kronik hastalığı olmayan bireylerin aileleri ve arkadaşları ya da diğeri ile kurdukları sosyal ilişkileri sayesinde sosyal destek alabildiği gibi, kronik hastalığı olan bireyler ise hastalıkları nedeniyle ailelerinden, arkadaşlarından ya da profesyonellerden (hekim, hemşire, psikolog vb.) destek alabilmelerinden kaynaklandığı yorumu getirilebilir. Ayrıca sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ve tüm alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5). Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve Bağ-Kur'lu bireylerin diğer bireylere ve sosyal güvencesi olmayan bireylere göre daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yiğit, 2009). Bireyin sosyal güvencesine sahip olmasının sosyal kaynaklarını ve alınan sosyal desteği etkilemediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %54.7'si gününün büyük çoğunluğunu evde geçirdiğini, %30.9'su ise gününün yarısını evde yarısını ev dışında geçirdiğini belirtmiştir (Tablo 5). Ayrıca bireylerin boş zamanlarında en çok yaptıkları aktivitenin televizyon izlemek ve ibadet etmek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.³ Kocak ve Bulduklu (2010) yaşlıların televizyonda sağlık programlarını izleme motivasyonlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin günde ortalama 4 saat televizyon izledikleri sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmaya katılan yaşlı bireyler arasında kitap okuma oranının boş zamanda yapılan diğer aktivitelere göre oldukça düşük olduğu ve bu kitap okuyan yaşlıların ise genellikle dini içerikli kitapları tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Gününü yarı evde yarı dışarıda geçiren bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması diğer bireylere göre daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken, aile desteği ve özel insan alt desteği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır.

³ Yaşlıların boş zaman aktiviteleri arasında televizyon izleme (%95,7), ibadet etme (%95,7), akraba-arkadaş ziyareti yapma (%88,6), bahçe-tarla işleri ile ilgilenme (%69,6), yürüyüş yapma (%53,9), kitap-gazete okumadır. (%48,5) yer almaktadır. Soru her bir katılımcı için birden fazla cevap içerme olasılığına sahiptir. Verilen sayı ve yüzde değerleri evet cevabı içindir

Gününü hep evde geçiren bireylerin arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalaması diğer bireylere göre daha fazladır (Tablo 5). Arslantaş ve Ergin (2011) gerçekleştirdikleri çalışmada hobileri olan ve boş zamanlarında kitap okuma/ müzik dinleme gibi hobiler ile ilgilenen yaşlıların daha yüksek sosyal destek düzeyine sahip olduklarını belirtmektedir. Hem evinde hem de dışarıda vakit geçiren bireylerin ailesi ve arkadaşları ya da diğer bireyler ile vakit geçirme olanakları olduğu için ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların bakım-sağlık durumları ve aktivite düzeyleri ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri karşılaştırıldığında; yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine, kronik hastalık sahiplik durumlarına, sağlık güvencesi sahiplik durumlarına ve günlerini nerede geçirdiklerine göre ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5). Yaşlıların sosyal ağlarının genellikle aile ve akrabalarından oluştuğu ve bu nedenle de bireyin hastalık ya da sağlıklılık durumuna göre sosyal ağ büyüklüğünün farklılaşmadığı söylenebilir.

5.4. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile ÇBASDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Sosyal Ağ Büyüklükleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Yaşlılarda bazı tanımlayıcı özellikleri (yaş, gelir, çocuk sayısı, kardeş sayısı, evde yaşayan birey sayısı ve günlük kullanılan ilaç sayısı) ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 70'tir (Tablo 6). 2015 yılında yapılan hayat tabloları sonuçlarına göre doğuştan beklenen yaşam süresi erkekler için 75.3, kadınlar için 80.7 yıldır (TÜİK, 2017). Bireylerin yaşları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin yaşları arttıkça ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları azalmaktadır. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise bireylerin yaşları ile tüm alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yani bireylerin yaşları arttıkça aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği toplam puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 6). Çalışmalarda da benzer şekilde bireylerin yaşı arttıkça algıladıkları sosyal desteğin azaldığı belirtilmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004; Dayapoğlu ve Tan, 2009; Makabe ve ark, 2011;Önalgil, 2012; Frady, 2014; Kaçan Softa ve ark, 2016). Yaşlanmayla birlikte eş ve

yakınların kaybı, çocukların evden ayrılması, emeklilik, fiziksel ve zihinsel gerilemeler bireylerin ruhsal problemler yaşamasına ve çevresini farklı yorumlamasına neden olabilir (Bahar ve ark, 2005). Dolayısıyla bireyler yaşlandıkça sosyal destek algıları da azalabilir. Gökler Danışman ve Aydın (2011) yaptıkları araştırmada ise yaş ile sosyal destek arasında pozitif yönde bir ilişki bulmuşlardır ve bunu bireylerin yaşlandıkça bağımlı hale geldikleri, daha fazla bakım aldıkları, bu nedenle de algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ortalama aylık geliri 1071.50 tl'dir. Katılımcılar arasında aylık 6000 tl geliri olan birey bulunurken hiç geliri olmayan bireylerde bulunmaktadır (Tablo 6). Yaşlılar arasındaki yoksulluk oranı 2015 yılında %18.3'e yükselmiştir (TÜİK, 2017). Yaşlıların gelir düzeyleri ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların gelirleri ile aile desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktayken, arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların gelirleri arttıkça arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 6). Kaçan softa ve ark (2016) yaşlılarda yaptıkları araştırma da düşük gelir düzeyine sahip bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin de düşük olduğu, benzer şekilde Aksüllü ve Doğan (2004) yaptıkları araştırmada da yeterli geliri olan bireylerin yeterli algılanan sosyal destek düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Elde edilen bulgular yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan yaşlılar ortalama olarak 3 çocuğa ve 5 kardeşe sahiptirler (Tablo 6). Yaşlıların çocuk sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları, aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaşlıların kardeş sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların kardeş sayıları arttıkça ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları artmaktadır. Alt ölçeklere bakıldığında ise yaşlıların kardeş sayıları ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 6). Destek alabileceği kardeş sayısının fazla olması bireyin algıladığı sosyal destek düzeyini artırabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı ortalama olarak 2'dir. Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ve özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak evde birlikte yaşanan birey sayısı ile aile desteği ve arkadaş desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça aile desteği ve arkadaş desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 6). Kişinin evde yaşadığı bireylerin genellikle kendi ailesinden olması nedeniyle, evde birlikte yaşanan birey sayısı arttıkça aile desteğinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük düzenli olarak kullandıkları ilaç sayısı ortalama olarak 3'tür (Tablo 6). 1998-2005 yılları arasında yapılmış yayınların derlenmesi sonucu yaşlılarda kişi başına düşen ortalama ilaç sayısının 3,25 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akıcı, 2006). Yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayıları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayıları ile aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 6). Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça kullandıkları ilaç sayıları azalmaktadır. Ünsar ve ark (2015) yaşlılar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, ilaç sayısı ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki bulmuşlar ve destek düzeyi arttıkça kullanılan ilaç sayısının azalacağını belirtmektedirler. Yeterli destek düzeyine sahip bireylerin, gereksiz ilaç kullanımını azaltacağı sonucu bizim araştırmamızla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıların bazı tanımlayıcı özelliklerine sosyal ağ büyüklükleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; bireylerin yaşları, gelirleri, kardeş sayıları, evde birlikte yaşadıkları birey sayıları ve günlük kullandıkları ilaç sayıları ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, bireylerin çocuk sayıları ile ortalama sosyal ağ büyüklükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların çocuk sayıları arttıkça sosyal ağ büyüklükleri de artmaktadır. Öyle ki araştırmaya katılan yaşlı bireyler güç bir durumda kaldıklarında diğer bireylere göre en fazla oğullarına başvurmaktadırlar. Oğullarından sonra en çok başvurdukları kişi eşleri ve daha sonra kızlarıdır⁴. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, çocuk sayısı ile sosyal ağ büyüklüğü arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Yaşlıların çocuklarının genel olarak yaşının sosyal ağının içinde yer alması ve çocuklarının vasıtasıyla sosyal ağına dahil ettiği bireylerin (gelin, damat, torun, dünün vb.) de çocuk sayısının artması ile artabileceği söylenebilir. (Tablo 6).

⁴ Araştırmaya katılan yaşlıların %38,2'si güç bir duruma düştükleri zaman ilk oğullarına, %22,7'si eşlerine ve %22'si kızlarına başvurmaktadır.

5.5. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan yaşlıların kişisel özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının dağılımını belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre; yaşlıların cinsiyetlerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Erkeklerin SYBDÖ toplam puan ortalaması kadınlara göre daha yüksektir. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların cinsiyetlerine göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Erkeklerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 7). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışma sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre daha sağlıklı yağlar tercih etmekte, daha az tuz tüketmekte ve daha fazla çavdarlı, yulafli ve kepekli ekmekleri tercih etmekteyken, erkeler ise kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivitede bulunmaktadırlar (Dinç Horasan, 2013a; Dinç Horasan, 2013b). Vatansever ve ark (2014) orta yaşlı bireylerde yaptıkları çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivitede bulduklarını ve bunun nedeninin de erkelerin kadınlara göre daha fazla ev dışında vakit geçirmelerinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Yaşlılarda yapılan diğer bir çalışma sonuçlarına göre de kadınlar erkeklere göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahiptirler (Yılmaz ve Çağlayan, 2016). Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin erkeklere göre düşük olmasının, araştırmanın gerçekleştirildiği bölgede geleneksel aile yapısının hala devam etmesi ve mutfak alışverişi, hastalıklarla ilgili durumlarda karar verme, sağlık kurumuna gitme ve ilaç alımı gibi sağlığı etkileyen birçok faktörden hala genel olarak erkeklerin sorumlu olmasından kaynaklanabileceği yorumu getirilebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evli yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması bekar/dul yaşlılara göre daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların medeni durumlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; stres yönetimi alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Evli

yaşlıların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puanları bekar/dul yaşlılara göre daha yüksektir (Tablo 7). Elde edilen bu sonuç ilgili alanda yapılmış çalışmalarını destekler niteliktedir (Dalak, 2010; Yin ve ark, 2013; Rakhshani ve ark, 2014; Yılmaz ve Çağlayan, 2016). Bu noktada eşlerin birbirlerini sağlıklı davranışlar için motive etikleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeylerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip yaşlıların diğerlerine göre SYBDÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların eğitim düzeylerine göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ortaokul mezunu yaşlıların kendini gerçekleştirme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksekken; lise ve üzeri mezuniyete sahip bireylerin sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir (Tablo 7). Kaçan Softa ve ark (2016)'ı yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin diğer bireylere göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu sonucuna ulaşılmışlardır. Benzer şekilde, yaşlılarda yapılan diğer bir çalışmada da üniversite mezunu bireylerin diğer bireylere göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Kulakçı ve ark, 2012). Rakhshani ve ark (2014)'nın İran'da yaptıkları çalışma da ise erkek yaşlıların kadınlardan, üniversite mezunu bireylerin diğer eğitim düzeyine sahip bireylerden ve evli bireylerin diğer bireylerden daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmışlardır. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlıklı yaşam konusunda daha bilinçli oldukları ve bu nedenle daha sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunacakları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların mesleklerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Emekli/ serbest meslek sahibi yaşlılar ev hanımı yaşlılara göre daha yüksek SYBDÖ toplam puan ortalamasına sahiptir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların mesleklerine göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Emekli/ serbest meslek sahibi yaşlılar ev hanımı

yaşlılara göre daha yüksek kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamalarına sahiptir (Tablo 7). Arslan ve Ceviz (2007), kadınlar ile yaptığı çalışmada çalışan kadınların ev hanımlarına göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip olduklarını belirtmektedir. Ev hanımlarının emekli/serbest meslek sahibi bireylere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olması, ev hanımlarının daha sedanter bir yaşam sürmelerinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların çalışma durumlarına göre SYBDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çalışan yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca yaşlıların çalışma durumlarına göre kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışan bireylerin kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 7). Yaşlının çalışmaya devam etmesi, onun yeteneklerini, potansiyelini hala kullanabildiğini, toplumda bir konumu olduğunu ve hala işe yarayan bir birey olarak varlığını sürdürdüğünü algılamasını destekleyebileceği için çalışan yaşlıların kendini gerçekleştirme alt ölçek toplam puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu yorumu getirilebilir. Çin’de yaşlılar ile yapılan bir çalışmada çalışan yaşlıların çalışmayanlara göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Yin ve ark; 2013). Çayır ve Çevik Akyıl (2014)’ın kalp krizi geçirmiş bireyler ile yaptıkları araştırma sonucunda da çalışan bireylerin, işsiz ve emekli bireylere göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu bulgu gerçekleştirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir-gider durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten yaşlılar diğer yaşlılara göre daha yüksek SYBDÖ toplam puan ortalamasına sahiptir. Yaşlılarda gelir-gider durumuna göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; beslenme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 7). Gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten yaşlılar daha yüksek beslenme alt ölçeği toplam puan ortalamasına sahiptirler. Sosyo-ekonomik eşitsizlikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin tespiti için yapılan bir çalışma sonucunda da benzer şekilde

ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Koğoğlu ve Akın, 2009). Yeterli geliri olan bireylerin daha sağlıklı beslendiği, sunulan sağlık hizmetlerine daha rahat erişebildiği ve daha az ekonomik nedenlerden kaynaklı stres yaşadıkları söylenebilir. Polat ve Bayrak Kahraman (2013) da ekonomik düzeyi iyi olan bireylerin daha iyi beslendiklerini belirtmektedir.

5.6. Yaşlıların Aile ve Konut zelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan yaşlıların ocuk sahiplik durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca yaşlıların ocuk sahiplik durumlarına göre tüm alt ölçek toplam puan ortalamaları da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tambağ (2010) da huzurevinde kalan yaşlılar ile yaptığı çalışmasında ocuk sahipliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Yaşlıların oturdukları konut tipine göre de SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt lek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların konut tipine göre kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak yaşlıların oturdukları konut tipine göre sağlık sorumluluğu alt leği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Apartman dairesinde oturan yaşlıların sağlık sorumluluğu alt leği toplam puan ortalaması, diğer konut tiplerinde oturan yaşlılara göre daha yüksektir (Tablo 8). Ağırlıklı olarak müstakil evlerin tercih edildiği bir yerleşim yeri olan Ilgın'da apartman dairesinde oturmayı tercih eden yaşlılar genellikle apartmanların ve toplu konutların avantajlarından (ısınma, kapıcılık hizmetleri, Őehir merkezine yakınlık gibi) yararlanmak için tercih ettikleri ve böylece kendi sağlık sorumluluklarını daha fazla üstlendikleri söylenebilir. Ayrıca araştırmaya katılan yaşlılardan apartmanda oturan yaşlıların gelir düzeyleri diğer yaşlılara göre daha yüksektir. Dolayısıyla daha yüksek gelire sahip bireyler diğer bireylere göre sağlık sorumluluklarını üstlenme konusunda daha avantajlıdırlar.⁵

⁵ Yaşlıların oturdukları konut tipine göre ortalama gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (X^2 : 6,084; p: 0,048).

Araştırmaya katılan yaşlıların evde yaşama şekline göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlılar en yüksek SYBDÖ toplam puan ortalamasına sahip iken, yalnız yaşayan yaşlılar en düşük SYBDÖ toplam puan ortalamasına sahiptir. Alt ölçekler incelendiğinde ise yaşlıların evde yaşama şekline göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; stres yönetimi alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlılar diğerlerine göre daha yüksek kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamalarına sahiptirler. Yin ve ark (2013) da eşi ile yaşayan yaşlıların daha yüksek SYBDÖ toplam puan ortalamasına sahip olduğunu belirtmektedir. Dalak (2010) ise hipertansiyonlu bireyler ile yaptığı çalışmada eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin diğerlerine göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip olduğunu ve ailedeki yaşam biçimi davranışlarının tüm aileyi etkileyebileceğini belirtmektedir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular yapılan çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yalnız yaşayan bireylerin, yalnızlığın neden olduğu psiko-sosyal etkilerden dolayı kendilerine yeterli dikkati gösteremedikleri söylenebilir. Ayrıca evde yaşayan bireyler birbirlerini daha sağlıklı davranışlarda bulunmaları konusunda destekleyebilirler. Örneğin; ilaçlarını düzenli kullanmayan ya da çok fazla tuz tüketen yaşlı bireyi birlikte yaşadığı bireyler, bu sağlıksız davranışlardan kaçınması konusunda uyarabilir.

5.7. Yaşlıların Bakım-Sağlık Özelliklerine ve Aktivite Düzeylerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer yaşlılara göre daha yüksektir. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların bireysel sağlık değerlendirmelerine göre kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Sağlığını 'iyi' olarak

değerlendiren yaşlıların kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir (Tablo 9). Kulakçı ve ark (2012)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla, Yılmaz ve Çağlayan (2016)'nın ise evlerinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin diğerlerine göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren bireylerin egzersiz ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamalarının yüksek olmasının yanında kendini gerçekleştirme alt ölçek toplam puan ortalamalarının da yüksektir. DSÖ (2017) internet sayfası verilerine göre; sağlık sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal anlamda da iyilik halidir. Egzersiz ve beslenme bireylerin fiziksel sağlıklarına, kendini gerçekleştirme davranışları ise ruhsal ve sosyal sağlıklarına katkı sağlayabilir. Araştırmada elde edilen bulgular, yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların kronik hastalık sahiplik durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması, kronik hastalığa sahip olanlara göre daha yüksektir. Ayrıca alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların kronik hastalığa sahiplik durumlarına göre kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olmayan yaşlılar, olan yaşlılara göre daha yüksek kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamalarına sahiptirler (Tablo 9). Sağlıklı yaşam biçimi bireylerin kronik hastalıklara yakalanmamasında önemli bir faktör (Bozhüyük ve ark, 2012) olduğu için kronik hastalığı olmayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık güvencesine sahiplik durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yaşlıların sağlık güvencesine sahiplik durumlarına göre tüm alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9). Dalak (2010) gerçekleştirdiği çalışmasında; sosyal güvence ile SYBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve sosyal güvenceye sahip bireylerin diğerlerine göre daha sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olduğu sonucuna ulaşırken, Koçoğlu ve Akın (2009) ise Bağ-kurlu bireylerin daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğunu belirtmektedirler. Bireylerin sosyal güvenceye sahiplik durumlarının sağlık hizmeti

almayı etkileyebileceği ancak diğer sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmalarını etkilemeyeceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Günlerini çoğunlukla dışarıda geçiren yaşlıların SYBDÖ toplam puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Alt ölçekler puan ortalamaları incelendiğinde ise yaşlıların günlerini nerede geçirdiklerine göre kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Gününü çoğunlukla dışarıda geçiren yaşlıların kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 9). Savaşan ve ark (2004) kronik arter hastası bireyler ile yaptığı çalışmada; boş zamanlarında spor yapan bireylerin SYBDÖ toplam puanının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yalçınkaya ve ark (2007) ise sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada boş zamanlarında kitap/müzik ya da spor/gezme faaliyetleri ile ilgilenen bireylerin daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır. Gününü çoğunlukla dışarıda geçiren bireylerin daha fazla sosyal ilişkiler kurabileceği ve diğer bireylere göre daha fazla ev dışında olmasından kaynaklı fiziksel olarak aktif olabileceği düşünülmektedir. Çünkü ev dışında vakit geçirmek bireylere, egzersiz yapmak, sağlıklı gıdalar için alışveriş yapmak veya sosyalleşmek için olanaklar sunabilir.

5.8. Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile SYBDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri (yaş, gelir, çocuk sayısı, kardeş sayısı, evde yaşayan birey sayısı ve günlük kullanılan ilaç sayısı) ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin yaşları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalaması azalmaktadır (Tablo 10). Araştırmadan elde edilen bu bulgu diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Yin ve ark, 2013; Çayır ve Çevik Akyıl, 2014; Tawalbeh ve ark, 2015; Kaçan Softa ve ark, 2016; Erdoğan, 2016). Alt ölçek toplam puan

ortalamları incelendiğinde ise bireylerin yaşları ile egzersiz alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmaktayken; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Polat ve Bayrak Kahraman (2013); ileri yaştaki bireyleri kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalamasının diğer bireylere göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte bireylerin toplum içinde bir kimlik edindikleri, istedikleri konuma geldikleri, kişisel olarak olgunlaştıkları ve dolayısıyla kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması ile yaş arasında pozitif bir ilişki olabileceği beklenmekteyken; gerçekleştirilen çalışma sonucunda yaş ile kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bir çalışmada yaş arttıkça sağlığı geliştirici davranışların azaldığı özellikle fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı belirtilmektedir (Dinç Horasan, 2013b). Lima ve ark (2011) yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığını belirtmektedir. Gerçekleştirilen bu çalışmada da yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuçlar ilgili alanda yapılan çalışmaların sonuçları ile benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların gelirleri ile SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların gelirleri arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalaması da artmaktadır. Alt ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise; yaşlıların gelirleri ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca yaşlıların gelirleri ile kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların gelirleri arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 10). Bireylerin sağlıklı davranışlarda bulunması sosyo-ekonomik faktörlerden etkilenebilmektedir (Özcan ve Bozhüyük, 2013). Ahmadi ve Roosta (2015) sosyo-ekonomik sınıf ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durumun bileşenlerinden biri olan gelir ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu ve yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin daha sağlıklı davranışlarda buldukları belirtilmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009; Lima ve ark, 2011; Polat ve Bayrak Kahraman, 2013; Kaçan Softa, 2016; Yılmaz ve Çağlayan, 2016). Araştırmadan elde edilen bu bulgu, diğer çalışma sonuçlarını ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların çocuk sayıları ve kardeş sayıları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve tüm alt ölçekler toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Ayrıca yaşlıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 10). Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları bireyler ile birbirlerine karşı sorumluluklarından dolayı, daha sağlıklı davranışlarda buldukları söylenebilir. Öyle ki, evde birey sayısının fazla olması yemek öğünlerinin atlanmaması ve daha çeşitli besin içerikleri ile hazırlanmasını sağlayabilir. Diğer yandan fiziksel ve ya mental kayıplar nedeniyle düzenli olarak yemek hazırlayamayan ya da beslenemeyen yaşlı birey birlikte yaşadığı bireylerin desteğiyle daha sağlıklı beslenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayıları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ve sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 10). Sağlık sorumluluğu yüksek olan bireylerin daha fazla sağlık hizmetleri aldığı ve dolayısıyla kullandıkları ilaç sayısının arttığı söylenebilir. İlaç sayısı ile kendini gerçekleştirme alt ölçeği arasındaki negatif ilişkinin, bireyin fazla ilaç kullanılmasından dolayı kendisinin kötü bir durumda olduğunu hissetmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.9. Yaşlılarda ÇBASDÖ ve Ağ Büyüklüğü ile SYBDÖ Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 59,04'tür. (Ölçekten alınabilececek en yüksek puanın 84'tür) Yaşlıların aile desteği alt grubundan aldıkları toplam puan ortalaması 24,79, arkadaş desteği alt grubundan aldıkları toplam puan

laması 16,82 ve özel insan alt grubundan aldıkları toplam puan ortalaması 17,41'dir. Alt ölçeklerden en fazla 28 puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2). Aksüllü ve Doğan (2004) yaptıkları çalışmada evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek toplam puan ortalamasını 74,9 ve aile desteğinin diğer alt ölçeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Polat ve Bayrak Kahraman (2013) ise yaptıkları çalışmada yaşlılarda algılanan sosyal destek puan ortalamasını 63,31 ve benzer şekilde algılanan aile desteğinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Gerçekleştirilen araştırmaya katılan bireylerin ÇASDÖ toplam puan ortalaması, diğer çalışmalarda belirtilen sonuçlara göre daha düşüktür. Ancak yaşlılarda diğer alt ölçeklere göre aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek olması belirtilen çalışma sonuçları ile benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalaması 123,12, kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 38,35, sağlık sorumluluğu 20,68, egzersiz 7,13, beslenme 14,01, kişilerarası destek 24,88 ve stres yönetimi 18,04'tür (Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınabilecek maksimum puanın 192'dir) (Tablo 2). Yaşlılarda yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasını Polat ve Bayrak Kahraman (2013) 127,33, Kulakçı ve arkadaşları (2012) ise 123,74 puan bulmuşlardır. Gerçekleştirilen araştırmaya katılan yaşlıların SYBDÖ ölçeği toplam puan ortalaması diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Yaşlılarda algılanan sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan analizlerin sonuçlarına göre; ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 11). Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşlı bireyler ile yapılan çalışmalarda sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (McGroth ve Bedi, 2002; Annak, 2005; Gaede ve ark, 2006; Dalak, 2010; Şahin, 2012; Melchiorre, 2013; Polat ve Bayrak Kahraman, 2013; Kaçan Softa ve ark, 2016). Elde edilen bu sonuç ilgili alanda yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek, ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arttıkça kendini

gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11). Sosyal bağlantılar bireyin stres ile baş etmesi için gerekli psikolojik ve araçsal kaynakları sağlayabilir (Cohen, 2004) ve stresin hiç algılanmamasını ve ya hafif algılanmasını sağlayarak nöroendokrin sistemin sakinleştirilmesini ve sağlıklı davranışların kolaylaştırılmasını sağlayabilir (House, 1981). Dolayısıyla sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin stres yönetimi konusunda daha başarılı oldukları söylenebilir.

Alt ölçekler incelendiğinde ise aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların aile desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11). Tomaka ve ark (2006) da yaşlılarda aile desteği ile sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğu ve bireylerin sağlamlılığın devamı için aile desteğinin de devam etmesi gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca Zunzunegui ve ark (2004) Kanada'daki yaşlılar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında sosyal ağların ve özellikle çocuktan alınan sosyal desteğin sağlıklı olmak ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Geleneksel aile yapısının devam ettiği ülkemizde, yaşlıların bakımının halen ev içinde yapılmasından dolayı, yaşlılarda aile desteği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktayken; sağlık sorumluluğu alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların arkadaş desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçek toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11). Cohen (2004) yaşlıların sağlıklı seçimler yapmalarında ve sağlıklı davranışlar göstermelerinde

akranlarının (veya arkadaşlarının) etkisi olabileceğini belirtmesi bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Yaşlıların özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlıların özel insan desteği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile kişilerarası destek, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmaktayken; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlıların özel insan alt ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamaları, kişilerarası destek, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11).

Tawalbeh ve ark (2015) kronik arter hastalığı olan bireylerde sosyal destek ile sağlığı geliştirici davranışlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları çalışmada hastalara yeterli sosyal destek verildiğinde sağlığı geliştirici davranışlarda buldukları sonucuna ulaşmışlardır. Kore’ de yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada ise sosyal destek ile fiziksel aktivite arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kang ve ark, 2016). Ayrıca Benedetti ve ark (2011) da sosyal destek ile fiziksel aktivite arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedirler. McIlvane ve Reinhardt (2001) görme engelli yaşlılar ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise yüksek nitelikteki aile ve arkadaş desteğine sahip bireylerin, görme kaybına daha iyi adapte olduklarını belirtirken KOAH’lı bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada ise sosyal destek ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tel, 2010). Elde edilen sonuçlar yapılan çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan Temel Etki Modeline göre sosyal destek devam ettiği sürece, sağlıklılık artmaktadır (House, 1981; Cohen, 2004). Araştırmada sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar Temel Etki Modelini destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal ağ büyüklüğüne bakıldığında ise yaşlıların sosyal ağ büyüklüğü ortalama 5 kişiden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 2). Özer ve Fadiloğlu (2006) yaşlıların ortalama sosyal ağının 3.81 kişiden oluştuğunu ve listenin en başında ise çocuklarının yer aldığını belirtmektedirler. Çetin (2009) Bulgaristan göçmeni yaşlılarda yaptığı çalışmasında ise yaşlıların ortalama sosyal büyüklüğünün 13 kişiden oluştuğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal ağ genişliği Özer ve Fadiloğlu (2006)’nun gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarına benzer niteliktedir.

Cohen (2004), sosyal ağa üyelik ile bireylerin bir sosyal kontrol mekanizması içine girdiklerini ve akran baskısının bireyleri daha sağlıklı davranışlara (düşük yağlı besinlerin tüketimi, sigarayı bırakma, egzersiz yapma gibi) itebileceğini belirtmektedir. Ancak, yapılan araştırmada ortalama sosyal ağ büyüklüğü ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ve tüm alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 11). Araştırmaya katılan yaşlıların güç bir durumda kaldıklarında ilk olarak oğlu, kızı ve eşi gibi aile bireyelerine başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla yaşlı bireyelerin sosyal ağlarının çoğunlukla aile bireyelerinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmamasının yaşlıların aile üyeleri ile benzer sağlık davranışları gösterdiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylerin genel özelliklerini, algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre;

*Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 59,04'tür. Yaşlıların aile desteği alt grubundan aldıkları toplam puan ortalaması 24,79, arkadaş desteği alt grubundan aldıkları toplam puan ortalaması 16,82 ve özel insan alt grubundan aldıkları toplam puan ortalaması 17,41'dir. Alt ölçeklerden en fazla 28 puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda; en yüksek algılanan sosyal destek boyutunun aile desteği olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

*Araştırmaya katılan erkekler kadınlara göre; evli yaşlılar, bekar/dul yaşlılara göre; ortaokul mezuniyet derecesine sahip yaşlılar, diğer mezuniyet derecesine sahip yaşlılara göre; emekli/serbest meslek sahibi yaşlılar, ev hanımı yaşlılara göre; çalışan yaşlılar, çalışmayan yaşlılara göre; çocuk sahibi olan yaşlılar, olamayanlara göre, eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlılar, sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren yaşlılar ve gününü yarı evde yarı dışarıda geçiren yaşlılar, diğer yaşlılara göre daha yüksek algılanan sosyal destek düzeyine sahiptir.

*Araştırmaya katılan yaşlıların, yaşları arttıkça sosyal destek düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca yaşlıların kardeş sayıları arttıkça algılanan sosyal destek düzeyleri de artmaktadır.

*Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ortalama sosyal ağ büyüklüğü 5 kişiden oluşmaktadır.

*Araştırmaya katılan evli yaşlılar, bekar/dul yaşlılara göre; çalışan yaşlılar, çalışmayanlara göre ve gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten yaşlılar diğerlerine göre daha geniş sosyal ağa sahiptir. Yaşlıların çocuk sayıları arttıkça sosyal ağları genişlemektedir.

*Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 123,12'dir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması soru sayısına bölündüğünde çıkan değer 'bazen' cevap aralığında kaldığı göz önünde bulundurulduğunda; yaşlıların düşük düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları söylenebilir. Araştırmaya katılan yaşlıların kendini gerçekleştirme alt ölçeği toplam puan ortalaması 38,35, sağlık sorumluluğu 20,68, egzersiz ölçeği toplam puan ortalaması 7,13, beslenme ölçeği toplam puan ortalaması 14,01, kişilerarası destek ölçeği toplam puan ortalaması 24,88 ve stres yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması 18,04'tür.

*Araştırmaya katılan erkekler, kadınlara göre; evli yaşlılar, bekar/dul yaşlılara göre; lise ve üstü eğitim mezuniyetine sahip yaşlılar, diğer eğitim mezuniyetlerine sahip yaşlılara göre; emekli/serbest meslek sahibi yaşlılar, ev hanımı yaşlılara göre; çalışan yaşlılar, çalışmayan yaşlılara göre; kronik hastalığı olmayan yaşlılar, olan yaşlılara göre, gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten, eşi ve çocuklarıyla yaşayan, sağlığını 'iyi' olarak değerlendiren ve gününü çoğunlukla dışarıda geçiren yaşlılar, diğer yaşlılara göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyine sahiptir.

*Araştırmaya katılan yaşlıların yaşları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca yaşlıların gelirleri ve evde birlikte yaşadıkları birey sayısı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri de artmaktadır.

*Araştırmada algılanan sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, algılanan sosyal destek arttıkça yaşam biçimi davranışlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucundan hareketle şu önerilerde bulunulabilir:

Araştırmada yaşlılarda algılanan sosyal destek ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Daha sağlıklı yaşlılar için daha yüksek sosyal destek gerekliliği öne çıkmaktadır. Bu nedenle daha sağlıklı yaşlılar için hem aile içi hem de toplumsal sosyal destek mekanizmalarını artırmaya yönelik gerekli sosyal politikalar planlanmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Yaşlı bireylerin sağlıklı davranışları, kronik hastalık, engellilik ve mortalite riskini azaltmaktadır. Yaşlı bireylerin bu konuda bilinçlenmesi ve teşviki önemlidir. Bu nedenle yaşlılık alanında çalışan profesyoneller (Doktor, hemşire, gerontolog, sosyal hizmet uzmanı vb.) bu konuda gerekli sorumluluğu üstlenmelidirler. Belirli bir yaştan sonra bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmeleri daha zor olabilmektedir. Eğitim sistemi müfredatında ilk eğitim yıllarından başlanılarak yapılan düzenlemeler ile bireylerin sağlıklı davranışlar kazanmalarına katkı sağlanabilir.

Sosyal destek, sosyal ağ ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki yapılan araştırma ile ortaya konmuştur. Sosyal destek düzeyini, sosyal ağ büyüklüğünü, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu etmenler arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin ortaya konması için farklı bölgelerde, farklı yaş grupları ve daha geniş örneklem ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- ADA.** Position of The American Dietetic Association: Nutrition, Aging, and the Continuum of Care. *Journal of The American Dietetic Association*, 2000, 100 (5), 580-595.
- Ahmadi A, Roosta F.** Health Knowledge and Health Promoting Lifestyle Among Women of Childbearing Age in Shiraz. *Womens Health Bulletin*, 2015, 2 (3), 1-4.
- Akçay C.** Yaşlılık ve Emeklilik, Pegem Akademi, Ankara, 2015: 12-187.
- Akıcı A.** akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Doğrultusunda Yaşlılarda Reçete Yazma ve Türkiye’de Yaşlılarda İlaç Kullanımının Boyutları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, özel sayı, 19-27.
- Akın G.** Gerontoloji Her Yönüyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık, Ankara, 2006.
- Akın B, Emiroğlu ON.** Evde Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Destek Yapısı, Sağlık Durumu ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9 (3), 170-176.
- Aksoydan E.** Ankara’da Kendi Evinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sağlık ve Beslenme Durumlarının Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9 (3), 150-157.
- Aksüllü N, Doğan S.** Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2004, 5, 76-84.
- Aldwin CM, Avron S, Levenson MR, Cubertino AP.** Longitudinal Findings From The Normative Aging Study: 3. Personality, Individual Health Trajectories, and Mortality. *Psychology and Aging*, 2001, 16 (3), 450-465.
- Alemdar S.** Özel Bir Zayıflama Merkezine Giden Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybına Yansımalarının Değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2016, 145.
- Altay B, Aydın Avcı İ.** Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. *TAF Prev Med Bull*, 2009, 8 (2), 139-146.
- Altıparmak S.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Dergisi*, 2009, 23 (3), 159- 164.
- American College of Sports Medicine Position Stand.** Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercises*, 1998, 30, 992-1008.
- Annak BB.** Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar

Açısından Bir Karşılaştırma, Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin 2005, 170.

Anderson L, Anderson L, Doyle N, Flay B ve ark. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives, Rootman I, Goodstadt M, Hydnman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (Ed), WHO Regional Publications, Denmark, 2001: 1-561.

Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10, 63- 68.

Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9 (2), 68-75.

Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş Arası Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Türkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14 (2), 135-144.

Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevelansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2007, 21 (5), 211-220.

Aslan D. Sağlıklı Beslenme ve Yaşlılık, In: Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Aslan D, Ertem M (Ed), Palme Yayıncılık, Ankara, 2012: 37-41.

Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar, Öncü Basımevi, Ankara, 2008: 5-13.

Aydiner Boylu A, Hazer O. An Analysis of The Factors Affecting The Perceived social Support Among The Elderly. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2012, 23 (1), 39-48.

Bahar A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2005, 1-117.

Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4 (12), 85-98.

Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6, 227-239.

Barbour A. “Social Support and Depression”, The 15th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy, 25-29 Ağustos 2003, İstanbul.

Bardach SH, Schoenberg NE. The Content of Diet and Physical Activity Consultations with Older Adults in Primary Care. *Patient Education Counselling*, 2014, 95 (5): 319-324.

Barut Y, Özkamalı E, Tıngır S. Çalışan Kadınlar İle Çalışmayan Kadınların Stres İle Başa Çıkma Yolları. *Uluslararası Sosyal Çalışmalar Dergisi*, 2010, 11 (3), 120- 130.

- Beğer T.** “Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler”, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 26-30 Eylül 2003, Antalya.
- Benedetti TRB, Schwingel A, Torres TL.** Physical Activity Acting As A Resource Of Social Support Among Older Adults in Brazil. *Journal of Human Support and Exercise*, 2001, 6 (2), 452-461.
- Bilir N.** Sağlığın Korunması, In: Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Hacettepe Üniversitesi GEBAM (Ed), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2007: 24-30.
- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N.** Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Türkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2012, 6 (1), 13-21.
- Bölükbaş N, Arslan H.** Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 2003, 16(4), 235-239.
- Cangöz B.** Yaşlılık: Sadece Kayıp Mı ? Ayrıcalık Mı ?. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2008, 11 (3), 143-50.
- Cangöz B.** Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim. 2009, 99-104.
- Cangöz B, Gökçe Kutsal Y, Kızıl- Özel ET, Baran, Z.** Üç Farklı Yaşlı Hastalığı: Genel Bilişsel İşevler, Bellek, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Açısından İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15 (3), 284-291.
- Ceylan H.** Yaşlılık ve Refah Devleti, Açılım Kitap, İstanbul, 2015: 25- 248.
- Chen MY.** The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family Caregivers. *Public Health Nursing*, 1999, 16 (2), 125- 132.
- Cindaş A.** Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2001, 4 (2), 77-84.
- Çayır M, Çevik Akyl R.** A Study of Satisfaction with Life and Health-Promoting Lifestyle Behaviours in Patient After Myocardial Infarction. *Acta MedicaMediterrane*, 2014, 30, 261-269.
- Çetin H.** Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009, 163.
- Çetin H, Uysal A.** Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2013, 16 (2), 192-201.
- Çırak G.** Üniversite Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri ve Ahlaki Yargı Yetenekleri İle Kendini Gerçekleştirme Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006, 174.

- Cobb S.** Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 5 (38), 300-314.
- Cohen S.** Social Relationship and Health. *American Psychologist*, 2004, November, 676-684.
- Cohen S, Wills TA.** Stress, Social Support, and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98 (2), 310-357.
- Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH.** Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists, Oxford University Press, USA, 2000: 3-15.
- Dalak H.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2010, 163.
- Dayapoğlu N, Tan M.** İnmeli Hastaların Aileden Aldıkları Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009, 12 (4), 41-48.
- Demir Avcı Y.** Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15 (3), 229-266.
- Dinç Horasan G.** Beslenme, In: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ünal B, Ergör G (Ed), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013a: 151-165.
- Dinç Horasan G.** Fiziksel Aktivite, In: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ünal B, Ergör G (Ed), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013b: 167-188.
- Drewnowski A, Monsen E, Birkett D, Gunter S, Vendeland S, Su J, Marshall G.** Health Screening and Health Promotion Programs For The Elderly. *Disease Management and Health Outcomes*, 2003,11 (5), 299-309.
- Durak M.** Yaşlılık Döneminde Psiko-sosyal ve Bilişsel Gelişim, In: Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişim Psikolojisi (3. Baskı), Bacanlı H, Terzi Ş (Ed), Açılım Kitap, İstanbul, 2015: 275-310.
- Dünya Sağlık Örgütü,** “Active Aging: A Policy Framework”, DSÖ, Madrid, 2002, 22.
- Dünya Sağlık Örgütü,** “Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks”, DSÖ, Geneva, 2009, 9.
- Dünya Sağlık Örgütü,** “Global Forum on Innovations for Aging Populations”, DSÖ, Kore, 2013, 1-62.
- Dünya Sağlık Örgütü,** “Aging and Health”, DSÖ, Luxembourg, 2015, 1-15.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12 (1), 18-25.

- Erdoğan G.** Taksi Sürücülerinde Diyabetik Risk Faktörlerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016, 98.
- Esin MN.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1999, 45, (7), 87-96.
- Filazoğlu G, Griva K.** Coping and Social Support and Health Related Quality of Life in Women in Breast Cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 2008, 13 (5), 559-573.
- Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C.** Low-Risk Lifestyle Behaviors and All-Cause Mortality: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 2011, 101 (10), 1922-1929.
- Fradly K.** Depression, Social Support and Self-rated Health in Older Adults, Master's Theses, Universty of Rhode Island Human Development and Family Studies, Rhode Island, 2014, 42.
- Gaede B, Majeke S, Modeste RRM, Naidoo JR, Titus MJ, Uys LR.** Social Support and Health Behaviour in Women Living With HIV KwaZulu-Natal. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2006, 3 (1), 362-368.
- Genç A, Gönül Y, Karabacak H, Çoban NF, Üçok K.** Yaşlanmanın Fizyolojisi ve Anatomisi, In: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı, Altındiş M (Ed), İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013: 11-17.
- Göka E, Aydemir Ç.** Yaşlıya ve Demaslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım. *Demans Dizisi*, 2000, (1), 5-26.
- Gökler Danışman I, Aydın G.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Algılarının Yordanmasında sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Aile ve Toplum*, 2011, 7 (24), 69-80.
- Güçlü S, Değirmen N, Uncu B.** The Relationship Social Support, Anxiety and Self Perception in Adults. *Journal of Current Researches of Health Sector*, 2016, 6 (1), 13-22.
- Güngörmüş Z.** Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2001, 81.
- Henkes S, Kalmijn M.** Missing Work After Retirement: The Role of Life Histories in The Retirement Adjustment Process. *The Gerontologist*, 2015, 55 (5), 802-813.
- Hickson M.** Malnutrition and Aging. *Postgraduate Medical Journal*, 2006, 82, 2-8.
- Hirsch BJ.** Natural Support System and Coping with Majör Life Change. *Amerikan Journal Community Psychology*, 1980, 8, 159-172.
- House JS.** Work Stress and Social Support, Addison Wesley Publising Company, 1981: 3-54.

- House JS, Kahn RL.** Measures and Concepts of Social Support, In: Social Support and Health, Cohen S, Syme SL. (Ed), Academic Press, Newyork, 1985: 83-108.
- House JS.** Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 1987, 2 (1), 135-146.
- Kaçan Softa H, Bayraktar T, Uğuz C.** Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sitemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2016, 9 (Haziran), 1-12.
- Kahveci G.** Fiziksel Gelişim: Erken Erişkinlikten Geç Erişkinliğe Kadar, In: Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişim Psikolojisi (3. Baskı), Bacanlı H, Terzi Ş (Ed), Açılım Kitap, İstanbul, 2015: 139-185.
- Kang HW, Park M, Wallace JP.** The Impact of Perceived Social Support, Loneliness, and Physical Activity on Quality of Life in South Korean Older Adults. *Journal of Sport and Health Science*, 2016, 1-8.
- Karakurt P, Aşlar Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A.** Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Aldıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 14 (1), 1-9.
- Kaya MF, Alım M.** Coğrafya Öğretmenlerinin Stres Kaynakları Üzerine Bir Araştırma. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 2015, 34, 171-186.
- Koçak A, Bulduklu Y.** Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 2010, 6 (3), 5-17.
- Koçoğlu D, Akın D.** Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009, 2 (4), 145-154.
- Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız T, Emiroğlu ON, Köroğlu E.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5 (2), 53-64.
- Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP.** Social Support: A Conceptual Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, (25), 95-100.
- Lehr U.** Yaşlanmanın Psikolojisi. Çotuk B, Eryar N (Çev. Ed.), Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, 1994: 160-172.
- Lima MG, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP.** Health-Related Behavior and Quality of Life Among The Elderly: A Population Based Study. *Rev Saúde Pública*, 2011, 45 (3), 485-493.
- Litwin H.** The Social Network of Elderly Immigrants: An Analytic Typology. *Journal of Aging Studies*, 1995, 9 (2), 155-174.

- Litwin H, Shiovitz-Ezra S.** Network Type and Mortality Risk in Later Life. *The Gerontologist*, 2006, 46 (6), 735-743.
- Lynch TR.** Treatment of Elderly Depression With Personality Disorder Comorbidity Using Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2000, September, 468-477.
- Maddox G.L.** Disengagement Theory: A Critical Evaluation. *The Gerontologist*, 1964, 4 (2), 80-82.
- Makabe R, Ohtake T, Nomizu T.** Relationships Among Social Support, Psychological and Physical States Among Elderly Japanese Women with Breast Cancer. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2011, 1 (1), 4-16.
- Makanae Y, Fujita S.** Role of Exercise and Nutrition in The Prevention Sarcopenia. *Journal of Nutrition Science and Vitaminol*, 2015, 61, 125-127.
- Mandıracıoğlu A.** Araştırma Sonuçları Üzerinden Yaşlılık Döneminde Öne Çıkan Davranışsal Riskler, In: Türkiye Sağlık Raporu 2014, Ertem M, Çan G. (Ed), HASUDER, Edirne, 2014: 683-688.
- McIlvane JM, Reinhardt JP.** Interactive Effect of Support From Family and Friends in Visually Impaired Elders. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2001, 56 (6), 374-382.
- McGroth C, Bedi R.** Influences of Social support on The Oral Health of Older People in Britain. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2002, 29, 918-922.
- McNicholas SL.** Social Support and Possitive Health Practises. *Western Journal of Nursing Research*, 2002, 24 (7), 772-787.
- Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, Loannidi-Kopolou E, Barros H, Macassa G, Soares JFJ.** Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. PLoS ONE, 2013, 8 (1), 1-10.
- Milli Eğitim Bakanlığı.** Hasta ve Yaşlı Hizmetleri: Yaşlı Psikolojisi, MEB, Ankara, 2013: 4-6.
- Mutlu Z.** Yaşlı Bireylerde Yaşam Tatmini ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2012,1-128.
- Nalbant S.** Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. *Nobel Med*, 2008, 4 (2), 4-11.
- Okabayashi H, Liang J, Krause N, Akiyama H, Sugisawa H.** Metal Health Among Older Adults in Japan: Do Source of Social Support and Negative Interaction Make A Difference?. *Social Science & Medicine*, 2004, 59, 2259- 2270.

- On B.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2016, 107.
- Onur B.** Gelişim Psikolojisi (8. Baskı), İmge Kitapevi, Ankara, 1995: 285-367.
- Özer S, Fadiloğlu Ç.** 65 Yaş ve Üzeri Bir Grup Yaşlının Aile Sağlıklarının, Sosyal Ağlarının ve Algıladıkları Aile Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9 (3), 158-164.
- Önalgil S.** 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Fiziksel Aktivitenin, Algılanan sosyal Destek ve İyi Olma Durumuna Etkisi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 2012, 69.
- Özcan S, Bozhüyük A.** Sağlığın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rolü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2013, 7 (3), 46-51.
- Özmen M, Önen B.** Stres İle Başa Çıkma Yolları. *Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47*, 2005, Aralık, 171-180.
- Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP.** Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 3 (28), 298-304.
- Procidano ME, Heller K.** Measured of Perceived Social Support From Friends and Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology*, 1983, 11 (1), 1-25.
- Polat Ü, Bayrak Kahraman B.** Yaşlı Bireyin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, *Fırat Tıp Dergisi*, 2013, 18 (4), 213-218.
- Rakhashani T, Shoojaiezadeh D, Lankarani KB, Rakhshani F, Kaveh MH, Zare N.** The Association of Health-Promoting Lifestyle With Quality of Life Among the Iranian Elderly. *Iran Red. Crescent Medicine Journal*, 2014, 16 (9), 1-6.
- Riekert KA, Ockene JK, Pbert L.** The Handbook of Behavior Change, Springer Publishing Company, Newyork , 2014.
- Samancıoğlu S, Karadakovan A.** Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010, 5, 1-17.
- Savaş S.** Geriatrik Grupta Egzersiz Reçetelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2010, 14 (3): 281-288.
- Savaşan A, Ayten M, Ergene O.** Kroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4 (1), 1-6.
- Shumaker SA, Brownell A.** Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps *Journal of Sociat Issues*, 1984, 4 (40), 11-36.
- Singh A, Misra N.** Lonelines, Depression and Sociability in The Old Age. *Industrial Psychiatry Journal*, 2009, 8 (1), 51-55.

- Sorias O.** Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1988a, 27 (1).
- Sorias O.** Sosyal Destek Kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1988b, 27 (1).
- Sorias O.** Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi I, Kullanılan Ölçüm Araçlarının Gözden Geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 1989a, (6/7), 19-27.
- Sorias O.** Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II, Toplumdan Seçilmiş Örneklemede, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 1989b, (6/7), 27-40.
- Steunenberg B, Beekman ATF, Degg DJH, Kerkhof AJFM.** Personality and The Onset of Depression in Late Life. *Journal of Affective Disorders*, 2006, 92: 243–251.
- Şahin P.** Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkinin İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2012, 120.
- Tambağ H.** Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010, 128.
- Tambağ H.** Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2013, 4 (16), 23-31.
- Tawalbeh LI, Tubaishat A, Batiha AM, Al-Azzam M, AlBashtawy M.** The Relationship Between Social Support and Adherence to Healthy Lifestyle Among Patients With Coronary Artery Disease in the North of Jordan. *SAGE Journals*, 2015, 24 (2), 121-138.
- Tel H.** KOAH'lı Hastalarda Anksiyete Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13 (2), 38-45.
- Tokuç B, Berberoğlu U.** Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6 (6), 421-426.
- Tomaka J, Thompson S, Palacios R.** The Relation of Social Isolation , Loneliness, and social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging and Health*, 2006, 18 (3), 359-384.
- Tufan İ.** Türkiye’de Yaşlılığın Yapısal Değişimi, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2014: 11-13.
- Türkiye İstatistik Kurumu,** “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>. (26 Temmuz 2016).

- Türkiye İstatistik Kurumu**, “ İstatistiklerle Yaşlılar 2016”, TÜİK, Ankara 2017, 1-4.
- Terzi Ş.** Yaşam Boyu Gelişim, In: Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişim Psikolojisi (3. Baskı), Bacanlı H, Terzi Ş (Ed), Açılım Kitap, İstanbul, 2015: 19-48.
- Tümerdem Y.** Gerçek Yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9 (3), 195-196.
- Ünsar S, Dindar İ, Kurt S.** Activities of Daily Living, Quality of Life, Social Support and Depression Levels of Elderly Individuals in Turkish Society. *J Pak Med Assoc*, 2015, 65 (6), 642-646.
- Vatansever Ş, Ölçücü B, Özcan G, Çelik A.** Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Uluslar arası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015, 2 (2), 63-73.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.** The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 1987, 36 (2), 76-80.
- Walker NS, Sechrist KR, Pender NJ.** Health Promotion Model Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health- Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). *University of Michigan Deep Blue*, 1995.
- Whitfield KE, Wiggins S.** The Influence of Social Support and Health on Everyday Problem Solving in Adult African American. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*, 2010, 29 (1), 1-13.
- Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A.** Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007 6 (6), 409-420.
- Yazıcı S.** Gerontoloji ve Gelişim Süreci, In: Küreselleşme ve Yaşlılık, Korkmaz N, Yazıcı S (Ed), Ütopya, Ankara, 2014: 24-38.
- Yıldız Kökenek Y.** Normal Yaşlılık ve Yaşlanma Psikolojisi, In: Yaşlıya Psikolojik Destek Kitabı, Baral Kulaksızoğlu I, Yücel N, Akyüz HK, Ekşioğlu RN. (Ed), İBB Basımevi, İstanbul, 2012: 13-26.
- Yılmaz E, Özkan S.** Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 25 (2), 73-88.
- Yılmazer A.** Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler, In: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı, Altındış M. (Ed), İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013: 2-9.
- Yılmaz F, Çağlayan Ç.** Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Tarzının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2016, 20 (4), 129-140.
- Yiğit H.** Yaşlıların Sosyal Yaşam Desteğini Algılamaları, Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009, 127.

Yin Z, Geng G, Lan X, Zhang L, Wang S, Zang Y, Peng M. Status and Determinants of Health Behavior Knowledge Among in The Elderly in China: A Community- based Cross-sectional Study. *BMC Public Health*, 2013, 13, 710-720.

Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Beckles G. Social Support and Mortality Among Older Persons With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 2007, 33, 273- 281.

Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988, 52 (1), 30-41.

Zunzunegui MV, Kone A, Johri M, Beland F, Wolfson C, Bergman H. Social Networks and Self-rated Health in Two French-speaking Canadian Community Dwelling Population Over 65. *Social Science & Medicine*, 2004, 58 (10), 2069-2081.

WEB_1. (2016). World Health Organization: Health Statistics and Information Systems. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (27.12.2016).

WEB_2. (2004). Achieving Health for All: A Framework Health Promotion. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-eng.php#frame> (19.03.2017).

WEB_3. (2017). About WHO. <http://www.who.int/about/en/> (13.07.2017).

EKLER

EK 1

Sayın Katılımcılar;

Bu araştırma “Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” için gerçekleştirilmektedir. Anket; dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların kişisel bilgilerine yönelik sorular, ikinci bölümde algılanan sosyal destek düzeylerini belirlemek için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, üçüncü bölümde katılımcıların sosyal ağ büyüklüklerini belirlemek için “Sosyal Ağ Listesi” ve son bölümde ise katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” yer almaktadır. Bu araştırmaya isteyerek katılmanız ve ankette yer alan maddelere vereceğiniz içten ve doğru cevaplar, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bilimsel bir amaçla ve yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçları, başka bir amaçla **kesinlikle** kullanılmayacaktır. Hiçbir şekilde kurum ve kişi adı belirtilmediğinden emin olabilirsiniz. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları tarafıma uygulama sırasında veya sonrasında da e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz. Anket uygulama süresi yaklaşık 20-25 dakikadır. Anketimizi gönüllü olarak yanıtlamanız, ankete katılım için **onay verdiğiniz** anlamına gelmektedir.

Gönüllü katılımınız için teşekkür ederim.

Zahide YUVAKGİL

Adnan Menderes Üniversitesi

Yaşlı Sağlığı ABD

Yüksek lisans öğrencisi

zahideyuvakgil05@gmail.com

Tel: 05394047763

EK 2**1. TANITICI BİLGİ FORMU**

1. Yaşlıların Kişisel Özellikleri	
1.1. Yaşınız ?
1.2. Cinsiyetiniz ?	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
1.3. Medeni durumunuz ?	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Hiç evlenmemiş
1.4. Eğitim düzeyiniz nedir ?	<input type="checkbox"/> Okur- yazar değil <input type="checkbox"/> Okur- yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite/ Yüksekokul ve üzeri
1.5. Mesleğiniz nedir ?	<input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> Emekli (Önceki meslek:) <input type="checkbox"/> Serbest meslek: ...
1.6. Çalışıyor musunuz ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.7. Aylık net geliriniz nedir ?
1.8. Gelir-gider durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?	<input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Gelir gidere denk <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla

2. Yaşının Aile ve Konut Özellikleri	
2.1. Çocuğunuz var mı ?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
2.2. Kaç çocuğunuz var?
2.3. Kaç kardeşiniz ?
2.4. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz ?
2.5. Oturduğunuz ev hangi kategoriye girmektedir?	<input type="checkbox"/> Gecekondu <input type="checkbox"/> Müstakil ev <input type="checkbox"/> Apartman dairesi <input type="checkbox"/> Diğer
2.6. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyorum <input type="checkbox"/> Çocuklarımla <input type="checkbox"/> Eşimle <input type="checkbox"/> Eşim ve çocuklarımla <input type="checkbox"/> Diğer ...
3. Yaşının Sağlık- Bakım Durumu ve Aktivite Düzeyleri	
3.1. Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?	<input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
3.2. Kronik rahatsızlığınız var mı ?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

	Belirtiniz :
3.3. Düzenli olarak kaç ilaç kullanıyorsunuz ?
3.4. Sağlık güvenceniz var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
3.5. Gününüzü çoğunlukla nasıl geçirirsiniz?	<input type="checkbox"/> Hep evdeyim. <input type="checkbox"/> Çoğunlukla evdeyim, nadiren dışarı çıkarım. <input type="checkbox"/> Yarı evde yarı dışarıda vakit geçiririm. <input type="checkbox"/> Çoğunlukla dışarıdayım, nadiren evde kalırım.
3.6. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Birden fazla seçenek seçilebilir)	<input type="checkbox"/> El işi <input type="checkbox"/> Kitap/ Gazete okuma <input type="checkbox"/> Radyo dinleyerek/ televizyon izleyerek <input type="checkbox"/> İbadet <input type="checkbox"/> Bahçe/ tarla işleri <input type="checkbox"/> Kahvehane/ Kafe/Lokal tarzı yerlere giderek <input type="checkbox"/> Yürüyüş <input type="checkbox"/> Arkadaş/ akraba Ziyareti <input type="checkbox"/> Diğer:

EK 3

2. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

EK 4

3. SOSYAL AĞ LİSTESİ

Aşağıdaki numaraların karşısına yaşamınızda önemli yeri olan insanların baş harflerini ve aranızdaki ilişkinin niteliğini (es, anne, komşu, amca, doktor gibi) yazınız. Aralarında 18 yaşından küçükler varsa yanına yasını da belirtin. Listeyi dilediğiniz yerde kesebilirsiniz.

Örnek: 1. O.U. (eşim)

2. F.U. (kızım) 7 yaşında

3. H.Y. (babam)

4. S.I. (arkadaşım)

5. F.Z. (arkadaşım) gibi.

1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Güç bir durumda kalıp, yardıma ihtiyacınız olduğunda bu insanlardan hangilerine güvenebilirsiniz? Bu kişileri yukarıdaki sıra numarası ile belirtiniz:

.....

EK 5

4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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

1. Sabahları kahvaltı yaparım	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendimi rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolestrol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde geliştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak 3 öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap dergi okurum.				

16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için çalışırım.				
20. Doktorum önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorum görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün, rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzaman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün, 4 besin grubu (protein, karbonhidrat,				

yağ ve vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarım kasıp-gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarımı önemserim.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/09/2016-E.37548



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-030.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 08.09.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Nefi KİYİLOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 2

Protokol No : 2016/973
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Hamşirelik Fak. Öğretim Üyesi

Hamşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'ın "Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlık yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp, izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.


Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde talep edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalanmasını sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez
Mevki: 09010 Üskeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulteler/med/


İlişki İçin: Tülay Şahin
Ünvan: Sağlık Teknisyeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Görevli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBESİ
03122221007 - 03122221009




0004470814



İSLAM DÖNÜŞÜMLERİ ARAŞTIRMA MERKEZİ
KONYA

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 86104336/799
Konu : Zahide YUVAKGİL'in Araştırma İzni

ILGIN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksekisans öğrencisi Zahide YUVAKGİL "Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu araştırmayı Ilgın 1,2,3 nolu, Arıhanı, Aşağıçiftil, Yukarıçiftil aile sağlığı merkezlerinde yapabilmesi için alınan Valilik Oluru ekte gönderilmiştir.

İlgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Dr. Abdullah ÖZÜDOĞRU
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EKLER:
Zahide YUVAKGİL'in Araştırma İzin Talebi

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi Faks No:03122210075 e-Posta:hanice.afsakar@saglik.gov.tr İnt. Adresi: konya.ktsm sagligi@saglik.gov.tr	Bilgi için: Hanice AFŞAR KES Unvan:EBE Telefon No:03122210006/1227
---	--

Evrakın elektronik imzası,uzunlme <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 91e035b-213a-4455-9e9a-e10582a10665 kodu ile onaylanmıştır.
Bu belge 5078 sayılı elektronik imza kanunu göre geçerli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞİRKETİ
0612 2018 FOSK. ANKARA - 799 - 01995



00014706274



Sayı : 86104336/799
Konu : Zahide YUVAKGİL'in Araştırma
İzin Talebi

VALİLİK MAKAMINA

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksekisans öğrencisi Zahide YUVAKGİL "Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu araştırmaya İlgın 1,2,3 nolu, Argıthanı, Aşığıçığıl, Yukarıçığıl aile sağlığı merkezlerine gelen 65 yaş ve üstü bireylere yapmak istemektedir. Araştırmanın yapılabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Dr. Hasan ÖZNAVRUZ
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../.../2016
Mehmet ÜNAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi

Faks No:03322230075

e-Posta:haticce.afsarkes@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: konya.konysağligi@sağlık.gov.tr

Bilgi için:Haticce AFŞAR KES

Ursan EBE

Telefon No:03322230000/1227

Evrakta elektronik imza karşılığı [çevrimiçi http://e-belge.saglik.gov.tr](http://e-belge.saglik.gov.tr) adresinden 93e035fa-211a-4495-9c9c-e105b2a3965 kodu ile onaylanmıştır.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr> 31.10.2016 ☆ ↩ ▾
Alıcı: bana ▾

Sayın Zahide Yuvakgil,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Oya Sorias <oya.sorias@ege.edu.tr> 21.08.2016 ☆ ↩ ▾
Alıcı: bana ▾

Merhaba,
Sosyal ağ listesini yüksek lisans tezinde kullanabilirsin.
İyi günler dilerim.
Prof. Dr.Oya Sorias

MELEK NİHAL ESİN <mnesin@istanbul.edu.tr> 13.12.2016 ☆ ↩ ▾
Alıcı: bana ▾

Sayın zahide Yuvakgil

Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasını yaptığım "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" ni çalışmanızda kullanacağınız için teşekkür ederim. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kaynak gösterirken lütfen aşağıdaki gibi gösteriniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Esin, M.N. (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni*, (12):45: 87-96

30 Ekim 2016 22:03 tarihinde ZAHİDE YUVAKGİL <zahideyuvakgil05@gmail.com> yazdı:

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Yuvakgil, Zahide
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Ilgın/ 1993
Telefon : 0539 404 7763
E-mail : zahideyuvakgil05@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2015

AKADEMİK YAYINLAR

BİLDİRİLER

Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Poster Bildirisi

Yuvakgil, Z, Arun, Ö. “Ana Akım Medyada Ageism (Yaş Ayrımcılığı), Türkiye Televizyon Reklamlarında Ageism”, Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu 2015, 26-27 Kasım, Bursa.

Sözlü Bildiri

Yuvakgil, Z, Çevik Akyıl, R. “Türk Hukukunda Yaşlılar”, Ulusal Yaşlılık Kongresi 2017, 4-6 Mayıs, Kırşehir.