



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERE VERİLEN ÖZ-BAKIM EĞİTİMİNİN
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE ETKİSİ

HATİCE GÜLSOY
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Doç. Dr. LEMAN ŞENTURAN

İstanbul – 2017



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERE VERİLEN ÖZ-BAKIM EĞİTİMİNİN
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE ETKİSİ

HATİCE GÜLSOY
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Doç. Dr. LEMAN ŞENTURAN

İstanbul - 2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Doktora Öğrencisi Hatice GÜLSOY tarafından hazırlanan "*Yaşlı Bireylerde Verilen Öz-Bakım Eğitiminin Sağlıkta Geliştirilmesine Etkisi*" konulu çalışması jürilerce Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :14.07.2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmza

Jüri Üyesi Doç. Dr. Levent ŞENTURAN (Danışman)
(Bıram Üniversitesi Sağlık Bil. Fak.)



Jüri Üyesi Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
(Gölküme Hızişgirdik Yüksekokulu)



Jüri Üyesi Prof.Dr. Necatiye SABUNCU
(Haliç Üniversitesi İHYO)



Jüri Üyesi Doç. Dr. Ökke KARABACAK
(Acibadem Üniversitesi Sağlık Bil. Fak.)



Jüri Üyesi Yrd.Doç.Dr. Ayşe YILDIZ
(Bıram Üniversitesi Sağlık Bil. Fak.)

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülüp ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Melek Güneş YAVUZER
Sağ. Bilim. Enst. Müdür V.



İNTİHAL RAPORU

Tumit'in Orjinalik Raporu

YAŞLI BİREYLERE VERİLEN ÖZ-BAKIM EĞİTİMİNİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE
ETKİSİ Hatice Gülsöy tarafından



YAŞLI BİREYLERE VERİLEN ÖZ-BAKIM EĞİTİMİNİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE ETKİSİ (LEMAN
ŞENTURAN) den

- 12-Haz-2017 09:03 EEST' de işleme kondu
- NUMARA: 824238278
- Keeme Sayısı: 23380

Benzerlik Endeksi

%10

Kaynağa göre Benzerlik

İnternet Sources:

%8

Yayıncı:

%9

Öğrenci Ödevleri:

%5

TEŞEKKÜR

Her zaman gurur duyduğum ve severek icra ettiğim hemşirelik mesleğime başlangıcımın çok öncelerine dayanan yaşlı bireyler ve sağlığın korunması, geliştirilmesine olan ilgim doktora tezimde nihayet hayat buldu. Bu araştırmayı; kıymetli Hocam Doç. Dr. Leman Şenturan' ın bilgi, beceri ve yol göstericiliğinde, büyük emek ve vaktini ayırarak, bilime yenilik ve katkı sağlayacağına inandığım ve desteğiyle gerçekleştirebildiğimiz değerli hocama teşekkür ederim. Tabii bu araştırma benim tek başıma tamamladığım bir çalışma olmadı. Araştırmanın merkezinde, bana gönüllerini açan, Darülaceze Müessesesi Sakinleri ve buna olanak sağlayan Darülaceze'nin Kıymetli Başkanı, Başhekimi, Başhemşiresi, Hemşireleri ve personelleri olmasaydı elbette bu sonuçları elde etmek mümkün olmayacaktı; destekleriyle beni aydınlattıkları için şükran borçluyum. Akademik kariyerimde beni her zaman yönlendiren, asistanı olduğum için kendimi şanslı saydığım Değerli Hocam Prof. Dr. Necmiye Sabuncu ve tez izleme komitesindeki değerli hocalarım Prof. Dr. Merdiye Şendir, Doç. Dr. Ükke Karabacak, Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız ile birlikte akademik kariyerimin başlamasına ön ayak olan, bana bu mesleği yakıştıran Öğretim Görevlisi Fatma Özhan, Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz, Öğretim Görevlisi Sevim Dursun ve Yrd. Doç. Dr. Nesrin İlhan' a en derin saygılarımı sunarım, sevgili arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Meltem Yıldırım' a ve Doç. Dr. Hatice Yorulmaz' a empatik yaklaşımları ve sonsuz destekleri için minnettarım. Sevgili Pınar Akdeniz hakkını ödeyemem... Çalışmamda değerli hocalarım ve arkadaşlarımla yanı sıra ailemin sonsuz desteği, her meslektaşım için dilediğim bir imkandır. Karşılaştığım her zorlukta ve zaman zaman yaşadığım başarısızlıklarda, kayıtsız şartsız yanımda olan canım annem, Zeyniye Özbağrıaçık'a ve biricik kardeşim Ahmet Özbağrıaçık'a teşekkür etmem duygularımı tam olarak anlatmaya yetmeyecektir. Akademisyenliğin çok yakışacağı, değerli eşim Mert Gülsoy'a mükemmel desteği, sonsuz sabrı ve asla vazgeçmediği için teşekkür etmenin yanı sıra, akademik kariyerinin başlayacağı günleri de heyecanla beklemekteyim. Dualarını esirgemeyen canım annem Güler Gülsoy ve değerli babam Metin Gülsoy'a sonsuz teşekkürler. Son söz olarak; bu araştırma süresince, farkında olmadan en büyük fedakarlığı yapan, bana en çok ihtiyaç duyduğu zamanda benden mahrum kalarak sabreden, desteğini esirgemeyen kızım, sevgili İpeğime ve biricik babam Şehit Öğretmen A. Nafiz Özbağrıaçık'a bu çalışmayı ithaf ve armağan ediyorum.

Saygılarımla Hatice Gülsoy...

İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	VII
IV. ŞEKİLLER, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ	VIII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
Giriş	3
Amaç	5
Araştırmanın Hipotezleri ve Soruları	5
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Yaşlılığa Genel Bakış	6
4.1.1. Yaşlanma İle İlgili Kavramlar	7
4.1.2. Yaşlılık Dönemleri	8
4.1.3. Yaşlılık Teorileri	8
a. Rol Teorisi	8
b. Aktivite Teorisi	9
c. Ayrılma Teorisi	9
d. Devamlılık Teorisi	9
e. Yaş-Tabakalaşma Teorisi	10
f. Sosyal Değişim Teorisi	10
g. Modernizasyon Teorisi	10
4.2. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişimler	11
4.2.1. Fiziksel Değişimler	11
a. Nörolojik Değişimler	11
b. İşitme Duyusundaki Değişimler	12
c. Görme Duyusundaki Değişimler	12
d. Saç ve Tırnaklardaki Değişimler	12
e. Dolaşım Sistemindeki Değişimler	13
f. Bağışıklık Sistemindeki Değişimler	14

g. Üriner Sistemdeki Değişimler	14
h. Solunum Sistemindeki Değişimler	15
i. Metabolizmadaki Değişimler	16
j. Kas-İskelet Sistemindeki Değişimler	16
k. Gastrointestinal Sistemdeki Değişimler	16
l. Ciltteki Değişimler	17
4.2.2. Ruhsal Değişimler	18
4.2.3. Zihinsel Değişimler	18
4.2.4. Sosyo-Kültürel Değişimler	18
4.3. Yaşlı Bireylerin Gereksinimleri	18
4.3.1. Biyolojik Gereksinimler	19
4.3.2. Sosyal Gereksinimler	19
4.3.3. Psikolojik Gereksinimler	20
4.4. Öz-Bakım	21
4.4.1. Öz Bakım Kavramı	21
4.4.2. Öz-Bakımla İlgili Kavramlar	23
Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi	23
Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri	23
Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri	23
Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri	23
Öz-Bakım Gücü	23
Hemşirelik Gücü	24
Hemşirelik Sistemleri	24
a. Tam Kompansasyon	24
b. Kısmi Kompansasyon	24
c. Destekleyici ve Eğitsel	24
4.4.3. Öz-Bakım Kuramı	24
4.4.4. Yaşlı Bireylerde Öz-Bakım	25
4.4.5. Yaşlı Bireylerde Öz-Bakıma İlişkin Hemşirenin Rolü	26
4.5. Yaşlı Bireylerde Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirenin Rolü	27
4.6. Yaşlı Bireylerde Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi	28

5. GEREÇ VE YÖNTEM	30
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	30
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
5.3.1. Araştırmanın Metodolojik Aşaması İçin Örneklem Seçimi	30
5.3.2. Araştırmanın Tanımlayıcı Aşaması İçin Örneklem Seçimi	31
5.3.3. Araştırmanın Deneysel Aşaması İçin Örneklem Seçimi	31
5.4. Araştırmanın Değişkenleri	31
Bağımlı Değişkenler	31
Bağımsız Değişkenler	32
5.5. Veri Toplama Araçları	32
5.5.1. Bilgi Formu (Ek1)	32
5.5.2. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği (Ek2)	32
5.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek3)	33
5.5.4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek4)	34
5.5.5. Barthel İndeksi (Ek5)	35
5.5.6. Eğitim Materyalleri (Ek13)	35
5.6. Araştırma Tasarımı	36
5.7. Araştırmanın Uygulanması	37
5.7.1. Metodolojik Aşama	37
5.7.2. Tanımlayıcı Aşama	37
5.7.3. Deneysel Aşama	37
5.8. Ölçek Uyarlama Çalışması	38
5.8.1. Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması	38
5.8.2. Kapsam Geçerliğinin Sağlanması	39
5.8.3. Ölçeğin Yapı Geçerliği: Faktör Analizi	42
Açımlayıcı Faktör Analizi	42
Doğrulayıcı Faktör Analizi	48
5.8.4. Güvenirlik Analizi	50
5.8.4.1. Zamana Göre Değişim (Test Tekrar Test)	50
5.8.4.2. Paralel Form Güvenirliği	51
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	51

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	52
6. BULGULAR	53
6.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlığı Geliştirici Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular	54
6.1.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	54
6.1.2. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puanlarının Dağılımı ve Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	57
6.1.3. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	73
6.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitimine Yönelik Bulgular	74
6.2.1. Eğitim Verilen Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	74
6.2.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitimine Yönelik Bulgular	77
6.2.3. Eğitim Verilen Yaşlı Bireylerin Öz-Bakım Gücü Ölçek (ÖBGÖ) Puanlarının Dağılımı	85
7. TARTIŞMA	87
7.1. Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirici Davranışları ve Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	89
7.2. Öz-Bakım Uygulamaları Eğitimi Sonrasında, Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirici Davranışlarındaki Değişime Yönelik Bulguların Tartışılması	94
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	97
9. KAYNAKLAR	99
10. EKLER	107
Ek-1: Bilgi Formu	107
Ek-2: Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği	108
Ek-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	109
Ek-4: Öz-Bakım Gücü Ölçeği	111
Ek-5: Barthel İndeksi	113

Ek-6: Ölçek Sahibi İzni	114
Ek-7: Etik Kurul Onayı	115
Ek-8: Kurum İzni	117
Ek-9: Uzman Görüşler	118
Ek-10: ONAM Formu	122
Ek-11: Orijinal Ölçek	123
Ek-12: Yaşlı Sağlığı Geliştirilmesi Sunumu	125
Ek-13: Yaşlı Sağlığı Geliştirilmesi Broşürü	139
Ek-14: Özgeçmiş	140



KISALTMALAR

YSGÖ: Yaşlı Sağlığı Geliştirme Ölçeği

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ÖBGÖ: Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Bİ: Barthel İndeksi

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	54
Tablo 6.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri	55
Tablo 6.3. Yaşlı Bireylerin Sağlığına Dikkat Etmek İçin Uyguladığı Davranışların Dağılımı	56
Tablo 6.4. Yaşlı Bireylerin Sosyalleşme ve Zamani Değerlendirme Durumu	56
Tablo 6.5. Yaş Gruplarına Göre Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 6.6. Cinsiyete Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 6.7. Eğitim Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 6.8. Medeni Duruma Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 6.9. Çocuk Sayısına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 6.10. Sosyal Güvenceye Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 6.11. Diş Protezi Varlığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 6.12. Diş Fırçalama / Protez Bakım Sıklığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 6.13. Banyo Yapma Sıklığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	65

Tablo 6.14. Ara Ara Nükseden / Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 6.15. Uyku Problemi Varlığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	67
Tablo 6.16. Gündüz Uyuma Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
Tablo 6.17. Sağlığını Bozacak/Tehlikeye Sokacak Faktörleri Bilme Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	69
Tablo 6.18. Yakını Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 6.19. Sohbet Ettiği Yakın Arkadaşı Olma Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 6.20. El İşi vb. Sosyal Aktivitelere Katılma Durumuna Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı	72
Tablo 6.21. Yaşlı Sağlığının Geliştirmesi Ölçeği Puan Ortalamaları	73
Tablo 6.22. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	74
Tablo 6.23. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri	75
Tablo 6.24. Yaşlı Bireylerin Sağlığına Dikkat Etmek İçin Uyguladığı Davranışların Dağılımı	76
Tablo 6.25. Yaşlı Bireylerin Sosyalleşme ve Zamanı Değerlendirme Durumu	76
Tablo 6.26. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasındaki Değişimi	77

Tablo 6.27. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Cinsiyete Göre Değişimi	78
Tablo 6.28. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Yaş Gruplarına Göre Değişimi	80
Tablo 6.29. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Eğitim Durumuna Göre Değişimi	82
Tablo 6.30. Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden (ÖBGÖ) Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasındaki Değişimi	85
Tablo 6.31. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden (ÖBGÖ) Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	86

1. ÖZET

Araştırma, Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin (*Geriatric Health Promotion Scale*) Türk toplumu için uygunluğunun değerlendirilmesi; yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının belirlenmesi ve yaşlı popülasyona verilen öz-bakım uygulamaları eğitiminin sağlığın geliştirilmesine etkisini incelemek amacıyla metodolojik, tanımlayıcı ve deneysel olarak gerçekleştirildi. İstanbul'da Darülaceze Başkanlığı'nın bir yerleşkesinde gerçekleştirilen araştırmanın verileri Bilgi Formu, Yaşlı Sağlığı Geliştirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ile toplandı. Metodolojik ve tanımlayıcı aşamada örneklem kriterlerine uyan 328 yaşlı ile çalışıldı. Metodolojik aşamada Sağlığı Geliştirme Ölçeği'nin (YSGÖ) geçerlik güvenilirlik analizi yapıldı. Tanımlayıcı aşamada yaşlı bireylere Bilgi Formu ve YSGÖ uygulandı. Deneysel aşamada ise 73 yaşlı ile ön-test / son-test düzende çalışıldı. Yaşlı bireylere sağlığı geliştirici davranışlar konusunda eğitim verildi. Birinci ve üçüncü ayda sağlığı geliştirici davranışlar ve öz-bakım gücü üzerindeki etkisi incelendi. Verilerin analizinde; ortalama, standart sapma ve yüzdeler dağılım gibi tanımlayıcı yöntemler, bağımlı örneklem t-testi, bağımsız örneklem t-testi, One-way ANOVA, Pearson Korelasyon Analizi uygulandı. Araştırma sonucunda, YSGÖ'nün güvenilirlik katsayısı 0,85 bulundu. Yaş ortalaması 72,09 olan yaşlı bireylerin YSGÖ puan ortalamasının 58,52±11,94 olduğu belirlendi. Deney grubunun ön-testteki YSGÖ puan ortalaması 56,10±11,00; ÖBGÖ puan ortalaması 57,19±28,24; 3. ayda ise YSGÖ puan ortalaması 67,10±6,38 iken; ÖBGÖ puan ortalaması 88,41±21,15 bulundu. Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının ortalamanın üstünde olduğu; ve öz-bakım eğitiminin, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları ve öz-bakım gücü üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Birey, Ölçek Geliştirme, Öz-bakım, Yaşlı Eğitimi, Sağlığın Geliştirilmesi

2. SUMMARY

The Effect of Self-Care Education on Health Promotion of Elderly

This methodologic, descriptive and experimental study was conducted to evaluate the reliability analysis of Geriatric Health Promotion Scale for Turkish population, determine self-care behaviors of elderly people, and to investigate the effect of self-care education on health promotion among an elderly population. The study was conducted in one of the elderly care centers of Darülaceze, Turkey by using the Information Form, Geriatric Health Promotion Scale (GHPS), Healthy Life Style Behaviors Scale (HLSBS) Self-Care Agency Scale (SCAS). In the methodologic and descriptive stage of the study, the sample consisted of 328 elderly people who met the sampling criteria. Validity and reliability analysis of GHPS was done during the methodologic stage. During the descriptive stage, Information Form and GHPS were applied. The experimental stage was conducted on pre-test / post-test design with 73 elderly people. Education program about the health promotion behaviors was applied to this sample, and its effects on health promoting behaviors and self-care agency were evaluated on the 1st and 3rd months. Data analysis was done by descriptive statistics such as mean, standard deviation, and frequency; related sample t-test, independent sample t-test, One-way ANOVA, and Pearson Correlation Analysis. Cronbach's alpha efficient of GHPS was found 0.85 at the end of the study. Among the sample who were 72.09 years old in average, the mean score obtained from GHPS was found 58.52 ± 11.94 . While the mean GHPS score of the experimental group was 56.10 ± 11.00 and the mean SCAS score was 57.19 ± 28.24 before the education; on the 3rd month, they were found increased to 67.10 ± 6.38 in GHPS and 88.41 ± 21.15 in SCAS. Health promoting behaviors of the sample were found more ($58,52 \pm 11,94$) than the average, and self-care education, had a positive effect on health promoting behaviors and self-care agencies of elderly.

Keywords: Elderly, Scale Development, Self-Care, Elderly Education, Health Promotion

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılında yaşlı sayısının 1,2 milyar olacağını öngörmekte, bu oranın 2050 yılında ise 2 milyara çıkacağını tahmin etmektedir (Arpacı ve ark., 2015). Türkiye ise diğer Avrupa ülkelerinden çok daha hızlı yaşlanmaktadır (National Research Council, 2001). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (2014) verilerine göre 2023 yılında Türkiye'deki yaşlı nüfus oranının %10,2'ye yükseleceği ve ülkemizin çok yaşlı nüfuslu ülkeler arasında yer alınacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2014). Buna paralel olarak, yaşlanan nüfusa sunulan sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim de artmaktadır (Huang et al., 2002; Arpacı ve ark., 2015). Yaşlanmakta olan nüfusun sağlığının korunmasının yanı sıra, yaşlı nüfusun sağlığının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi de sağlık hizmetlerinin önceliklerinden biri halini almaktadır (Takahashi et al., 2004).

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi, genç erişkinlerde olduğu gibi yaşlılık döneminde de önemli bir sağlık hizmetidir. Bilindiği gibi, yaş arttıkça kronik hastalık oranı artmaktadır. Yaşlıların %80'inde en az bir ek hastalık, %50'sinde ise en az iki ek hastalık bulunmaktadır. Yaşlılarda, kronik sağlık sorunlarının yüksek prevalansı göz önüne alındığında, problemler oluşmadan, yaşam kalitesini maksimum artırmaya çalışmak da önemli hale gelmektedir. Unutulmamalıdır ki, fonksiyonelliğin kaybı ve bağımlılık, yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Tüm yaşlı bireyler için sağlığın geliştirilmesinden bahsetmek mümkündür (Huang et al., 2002).

Yaşlı bireylerde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ve etkinliği büyük öneme sahiptir. Etkin bir şekilde sunulan koruyucu hizmetler ile yaşlı bireylerde olası hastalıkların ortaya çıkması engellenebilir veya geciktirilebilir, erken tanı konularak hastalıkların ilerlemesi ve komplikasyon oluşturması engellenebilir. Erken dönemde olası hastalıkların saptanması ve kontrol altına alınmasında ise tarama uygulamaları büyük öneme sahiptir. Yaşlı bireye değerlendirme yapılırken bireyin fonksiyonel yeterliliği, genel sağlık durumu, eşlik eden hastalık varlığı, bireyin beklentileri ve var olan sağlık sisteminin sunduğu olanaklar bir arada değerlendirilmelidir (Öztürk, 2016). Sağlığın korunması kavramı içerisinde ruh sağlığının da önemli bir yer kapladığı unutulmamalıdır. Yaşlı bireyler sosyal izolasyon,

aktivite kısıtlılıkları, kronik hastalıkları yönetmede yetersizlik, yakın çevrede yaşanan kayıplar gibi çok çeşitli faktörler nedeniyle depresif duygular yaşamaya eğilimlidirler. Yaşanan bu gibi depresif duyguların, yaşlıların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinde kronik hastalıklar kadar önemli bir rolü vardır (Akyol ve ark., 2010).

Bireylerin bütünüyle iyi olma halini sürdürebilmeleri için gerekli sorumluluklardan birisi öz-bakımdır ve bireyler öz-bakım yoluyla çeşitli yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilmektedir. Ancak yaş ilerledikçe öz-bakım gereksinimleri artmakla birlikte yaşlı bireylerin öz-bakımı sürdürebilme yetenekleri de ters orantılı olarak azalmaktadır. Bununla beraber öz-bakımını gerçekleştirmede kendi kendine yeterli olamayan yaşlı bireyin yaşamdan aldığı doyum da aynı oranda azalacaktır (Altay ve Aydın-Avcı, 2009).

Yaşlı bireylerin aktif bir yaşam sürebilmeleri, öz bakımlarını gerçekleştirmede bağımsız olabilmeleri ve böylelikle yaşamdan daha fazla doyum sağlayabilmeleri için eğitime dayalı uygulamalar sıklıkla kullanılmaktadır (Sin et al., 2015). Bu anlamda, yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumunu arttırma amacıyla öz bakım aktivitelerini kendi kendine gerçekleştirme becerilerinin desteklenmesi ve arttırılması için hemşirelere büyük görev düşmekte, yaşlıların topluma kazandırılması ve mutlu bir yaşlılık süreci geçirmelerinin sağlanması için uygulanacak eğitim planlarında öz-bakım eğitimlerine özellikle yer verilmesi gerekmektedir (Altay ve Aydın-Avcı, 2009).

Nitelikli ve sağlıklı bir yaşamın sağlanabilmesi birey, aile ve toplumun farkındalığını arttırarak, kendi sağlık/hastalıklarına ilişkin sorumluluk almaları ile mümkündür (Şendir ve Acaroğlu, 2002). Giderek yaşlanan ülkemizde yaşlı bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönünde uygulamalara yer verecek yaşlı sağlığı politikalarının geliştirilmesi önemlidir (Arun, 2008). Diğer yandan sağlık profesyonellerinin yaşlı popülasyonda sağlığı geliştirici uygulamaların uygulanabilirliğini takip etmesi de, sonuçların değerlendirilebilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından önemlidir.

Ulusal literatürde sağlığın değerlendirilmesi ve öz-bakım uygulamalarını değerlendiren farklı ölçekler bulunmaktadır. Ancak doğrudan yaşlı sağlığının geliştirilmesini değerlendiren bir ölçeğe rastlanılmamıştır. Bu bağlamda bu araştırma,

Wang et al. (2015) tarafından geliştirilen Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nin (*Geriatric Health Promotion Scale*) Türk toplumu için uygunluğunun değerlendirilmesi, yaşlanmakta olan Türk popülasyonunun sağlığının geliştirilmesinde sağlık profesyonellerine kaynak olarak sunulması ve yaşlı popülasyona verilen öz-bakım uygulamaları eğitiminin sağlığın geliştirilmesine etkisini incelemek amacıyla metodolojik, tanımlayıcı ve deneysel olarak yapıldı. Bu nedenle araştırma tasarımı doğrultusunda hipotezler oluşturuldu ve araştırma soruları soruldu.

I. Araştırma Hipotezi;

- **H₁:** YSGÖ, Türk toplumundaki yaşlı bireyler için geçerli ve güvenilir bir araçtır.
- **H₁₋₀:** YSGÖ, Türk toplumundaki yaşlı bireyler için geçerli ve güvenilir olmayan bir araçtır.

II. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı:

- Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları nasıldır?
- Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının düzeyi nedir?
- Demografik ve sağlık özellikleri, sağlığı geliştirici davranışlarını nasıl etkiler?

III. Araştırma Hipotezi

- **H₂:** Öz-bakım eğitimi, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını olumlu etkiler.
- **H₂₋₀:** Öz-bakım eğitimi, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını etkilemez.
- **H₃:** Öz-bakım Eğitimi, yaşlı bireylerin öz bakım gücünü olumlu etkiler.
- **H₃₋₀:** Öz-bakım Eğitimi, yaşlı bireylerin öz bakım gücünü etkilemez.
- **H₄:** Sağlığı geliştirici davranışlarla öz-bakım davranışları arasında pozitif yönde ilişki vardır.
- **H₄₋₀:** Sağlığı geliştirici davranışlarla öz-bakım davranışları arasında pozitif yönde ilişki yoktur.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlılığa Genel Bakış

Yaşlanma her canlının yaşadığı, devamlılığı olan biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik özellikleri içerisinde barındıran karmaşık bir süreçtir ve insanoğlu için 21. yüzyılın en önemli olgularından biri olarak öne çıkmaktadır (Nazlı, 2016; Nalbant, 2006; Bulduk, 2014). Öte yandan yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde de, yaşlılık ve eşlik eden kronik hastalıklar, toplum sağlığının sürdürülmesi ve korunması adına önemli bir tehdit oluşturmaktadır (National Research Council, 2001; Arun, 2008; Devlet Planlama Teşkilatı, 2007). Türkiye’de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun, 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken, son beş yılda %17,1 oranında artış görüldüğü bildirilmiştir. Beklenen yaşam süresinin de uzadığı, Türkiye genelinde 78 yıl olan bu oranda erkekler için 75,3 kadınlar için se 80,7 yıla ulaştığı saptanmıştır (TÜİK, 2017). Yaşlı nüfusun artması ile birlikte kronik hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin artacak olması yönündeki endişeler bir arada değerlendirildiğinde, ülkemizde yaşlı sağlığı politikalarının hızla geliştirilmesi ve uygulamaya konması önemli bir gereklilik halini almıştır (Arun, 2008).

Öte yandan yaşlılığın sadece kronolojik yaş ile ilişkili olmadığı; sosyal, psikolojik ve kültürel boyutları ile de ele alınması gerektiği unutulmamalıdır (Aközer ve ark., 2011; Touhy, 2014). Yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere biyolojik yaşlılık, buna bağlı olarak organlarda meydana gelen değişimlere fizyolojik yaşlılık, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesine duygusal yaşlılık, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonların devam ettirilmemesine ise fonksiyonel yaşlılık denir (Dörter, 2014). Bireyin organizmasındaki fonksiyonlarının azalması ve hücrel kayıplar yaşaması biyolojik olarak yaşlanması anlamını taşıırken, kişinin psikolojik yaşı, yani diğer bir deyişle hissettiği yaş biyolojik yaşından farklı olabilir (Aközer ve ark., 2011). Psikolojik yaşın dikkate alınmasında aynı zamanda bireyin bilişsel fonksiyonları da belirleyici olmaktadır (Dziechciaz and Filip, 2014). Diğer yandan emeklilik, eşini kaybetme, engellilik gibi çeşitli statü ve rol kayıpları ile birlikte sosyal yaşamdan geri çekilme de sosyal yaşlanma olarak dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla

yaşlanma kavramının çok boyutlu olduğu her zaman göz önünde bulundurulmalı ve özellikle yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesinde tüm boyutlarıyla ele alınmalıdır (Aközer ve ark., 2011; Dziechciaz and Filip, 2014). Sağlık profesyonelleri, yaşlı bireylerin fiziksel olarak sağlıklı bir yaşlılık süreci geçirmelerinin yanı sıra bilişsel, sosyal ve spiritüel açıdan sağlıklı bir yaşlanma deneyimi yaşamalarını sağlanmalıdır (Touhy, 2014).

4.1.1. Yaşlanma ile İlgili Kavramlar

Yaşlanma kavramı gerontoloji (*yaşlılık bilimi*) ve geriatri (*yaşlılıkla ilişkili engellilik ve hastalıkların önlenmesi ve tedavisi*) dalları içerisinde incelenirken, yaşlanma, ileri yaş ve ihtiyarlık gibi konuyla ilgili çeşitli kavramlar sıkça kullanılmaktadır. Sıklıkla karşılaşılan diğer kavramlar ise yaşam süresi, ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam süresi ve aktif yaşam beklentisi olarak sıralanabilir (Timiras, 2007).

Tablo 4.1 - Yaşlanma ile İlgili Kavramlar ve Tanımları

Kavram	Tanımı
Yaşlanma <i>Aging</i>	Latince “aetas” sözcüğünden köken alan yaşlanma kavramı, hayat boyunca hücre, organ, ve tüm beden seviyelerinde gerçekleşen büyüme sürecidir.
Geriatri <i>Geriatrics</i>	Yunanca yaşlı adam anlamına gelen “geron” ve iyileştirici anlamına gelen “iatros” kelimelerinden türeyen geriatri kavramı, ileri yaşa bağlı sağlık ve hastalık konularında uzmanlığı ve uygun bakım ve hizmetleri kapsayan bir tıp dalıdır.
Gerontoloji <i>Gerontology</i>	Yunanca yaşlı adam anlamına gelen “geron” ve bilgi anlamına gelen “logos” kelimelerinden türeyen gerontoloji, sağlık, biyoloji, sosyoloji, psikoloji, ekonomi, davranış ve çevresel faktörler gibi yaşlanmayı birçok boyutta inceleyen disiplinler arası bir bilim dalıdır.
İhtiyarlık <i>Senescence</i>	Latince yaşlı adam anlamına gelen “senex” sözcüğünden türeyen ihtiyarlık kavramı, bireyin ileri yıllarını kapsayan büyüme durumunu ifade etmektedir.
Yaşam Süresi <i>Life Span</i>	Bireyin/organizmanın belirli bir çevrede ve/veya spesifik bir durumdaki yaşam süresidir.
Ortalama Yaşam Süresi <i>Average Life Span</i>	Aynı doğum tarihine sahip (kohort) bir grubun üyelerinin bireysel yaşam sürelerinin ortalamasıdır.

Yaşam Beklentisi
Life Expectancy

Üyelerinin her biri aynı doğum tarihine sahip bir popülasyon için yaşa bağlı ölüm hızları dikkate alınarak, kalan ortalama yaşam süresidir.

Aktif Yaşam Beklentisi
Active Life Expectancy

Yaşam beklentisi içerisinde, belirli seviyede engellilik yaşanmadan geçirilen yılların süresidir.

Timiras P.S. (2007) *Old Age as a Stage of Life: Common Terms Related to Aging and Methods Used to Study Aging*. In: *Physiological Basis of Aging and Geriatrics*. 5th ed., Ed: Paola S. Timiras. Informa Healthcare, USA, p:3-10.

4.1.2. Yaşlılık Dönemleri

Birey, 18 yaşını aştıktan sonra birçok açıdan yetişkin birey sınıfında değerlendirilmeye başlar ancak 21 yaşındaki bir birey ile 45 yaşındaki bir birey arasında biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok farklılık vardır. Bu nedenle yetişkin bireyleri “genç yetişkin” ve “orta yaşlı yetişkin” olarak sınıflandırma ihtiyacı doğmuştur. Aynı ihtiyaç yaşlı bireyler için de geçerlidir. Genel yaklaşım 65 yaş üzerindeki olan bireyleri “yaşlı” olarak değerlendirme yönünde olsa da, 65 yaşındaki bir birey ile 90 yaşındaki bir birey arasında da birçok farklılık söz konusudur. Bu nedenle yaşlı bireyler de, sahip oldukları yaşa göre belirli yaşlılık dönemleri içerisinde değerlendirilmektedir. Örneğin; 65-74 yaş arasındaki bireyler “genç yaşlı - geç yetişkin” olarak, 75-84 yaş arasındaki bireyler “orta yaşlı” olarak ve 85 yaş üzerindeki bireyler de “ileri yaşlı” olarak gruplandırılmaktadır (Saraç ve Yılmaz, 2015; Timiras, 2007; Little, 2014).

4.1.3. Yaşlılık Teorileri

Birey, biyolojik bir varlık olmasının yanı sıra aynı zamanda çok boyutlu bir bütündür. Yaşlılığın ve yaşlanmanın doğru bir şekilde anlaşılması da bu bütünün doğru bir şekilde yorumlanmasına bağlıdır. Yaşlanmayı açıklayan birçok psikososyal teori bulunmakla beraber bu teoriler arasında öne çıkanları sıralandığı gibidir (Touhy, 2014):

a. Rol Teorisi (Role Theory): 1942 yılında Cottrell tarafından ortaya konan bu teoriye göre bireyin yaşlanmaya nasıl uyum sağladığı ele alınmaktadır. Teorinin üzerinde durduğu temel kavramlardan biri olan öz-kimlik, bireyin toplum içerisindeki rolü olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; hemşire, öğretmen, bankacı gibi meslekler bireyin sosyal toplum içerisindeki kimliğini ifade etmektedir. Bu teoriye göre sağlıklı bir yaşlanma bireyin sosyal kimliğinin sona ermesi ve bu kimliği bir başka kişinin edinmesi ile

gerçekleşmektedir (Touhy, 2014). Örneğin, işçi olarak çalışan bireyin emeklilik sonrasında gönüllülük işlerine başlaması, temel olarak ebeveyn kimliğini taşıyan bireyin torun sahibi olduğunda büyükanne/büyükbaba kimliğini üzerine alması gibi değişimler yaşlanma sürecinde yeni roller edinildiğini ortaya koymaktadır (Touhy, 2014; Warburton and Winterton, 2010). Birey, hayatındaki bu değişimlere uyum sağladığında yaşlanma sürecine de uyum sağlıyor olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Touhy, 2014). Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler, sahip olduğu rollerini kaybeden yaşlı bireylerin (*örneğin, emeklilik*) yeni kimlikleri ile aktif olmalarının nasıl sağlanabileceği konusuna yoğunlaşmaktadır (Warburton and Winterton, 2010).

b. Aktivite Teorisi (Activity Theory): 1953 yılında Havighurst ve Albrecht, başarılı bir yaşlanmanın bireyin aktif bir yaşam biçimi sürdürebilmesine bağlı olduğunu öne sürmüştür. Bu bağlamda orta yaşlardaki üretkenlik faaliyetlerinin yaşlılık döneminde de eşit derecede ilgi çekici arayışlarla değiştirilmesi beklenmektedir (Touhy, 2014). Yaşla beraber aktivitede belirli düzeyde gerilemenin olması normal karşılanmakla beraber, bireyin aktivite düzeyinin olası en üst düzeyde olması öngörülmektedir (Watts, 1992). Bu teorinin temelinde pasif olmaktansa aktif (*ve genç*) olmak daha iyidir varsayımı yer almaktadır (Touhy, 2014). Aynı zamanda bireyin aktivite düzeyi ile yaşam doyumu arasında da pozitif yönde bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Dowd, 1975). Teori kapsamının, Batı toplumunun sıklıkla üzerinde durduğu çalışma, zenginlik ve üretkenlik kavramları ile paralellik göstermekte olduğu da dikkati çekmektedir (Touhy, 2014).

c. Ayrılma Teorisi (Disengagement Theory): Rol Teorisi ve Aktivite Teorisi ile zıt görüşlere sahip olan bu teori 1961 yılında Cumming ve Henry tarafından açıklanmış ve doğal yaşlanma sürecinde yaşlı bireylerin toplumdan yavaşça geri çekilerek genç bireylerin güçlerini kullanabilmelerine olanak tanınmasını öngörmektedir (Touhy, 2014; Watts, 1992). Yaşlı ve genç bireyler arasındaki bu transfer sosyal dengenin sağlanması için bir gereklilik olarak görülmektedir. Bu teoriye temel hazırlayan inancın ise yıllar boyu yaşlı bireylerin yerine genç bireylerin işe alınması tutumu olduğu söylenebilir. Günümüzde eskisi kadar sık olmasa da halen bu tutumu uygulamaya devam eden kurum ve kuruluşların olduğu da unutulmamalıdır (Touhy, 2014). Öte yandan yaşlı bireylerin toplumdan uzaklaşması sadece toplumda var olan kural ve koşullar nedeniyle

olmamaktadır. Kimi zaman toplumdaki uzaklaşma davranışı yaşlı bireyin tercihi olarak da gözlemlenebilir (Dowd, 1975).

d. Devamlılık Teorisi (*Continuity Theory*): Rol teorisine zıt ancak aktivite teorisine benzer bir tutum içeren bu teori 1968 yılında Havighurt ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (Touhy, 2014). Bu teoriye göre bireyler yaşamları boyunca edindiği bilgilere, becerilere ve stratejilere dayanarak tutarlı bir davranış paterni geliştirir ve uygulamaya koyarlar (Touhy, 2014; Diggs, 2008). Yaşlanma, erken yaşamın uzadığı ve genişlediği, dolayısıyla bu davranış biçimlerinin, sorumlulukların ve aktivitelerin yaşamla birlikte devam ettiği bir süreç olarak tanımlanır. Başarılı yaşlanma ise bu bağlamda, bireyin eski davranış biçimlerini ve rollerini sürdürdüğü durumda geçerlidir (Touhy, 2014). Devamlılık teorisinin temelindeki en önemli sınırlılık ise, kimi yaşlı bireylerin çeşitli hastalıklar nedeniyle patolojik yaşlanma süreci içerisinde girmeleri nedeniyle (örneğin; alzheimer) yaşamları boyunca edinilen bilgi ve tutumları uygulamayı sürdürmemeleridir (Diggs, 2008).

e. Yaş-Tabakalaşma Teorisi (*Age-Stratification Theory*): Yaş tabakalarına verilebilecek en temel örnek “genç yaşlı”, “orta yaşlı” ve “ileri yaşlı” olarak bireylerin gruplandırılmasıdır. Ancak bu teori, yaşlanma sürecini anlamamanın en iyi yolunun bireylerin benzerlik gösteren deneyimlerinin incelenmesi yoluyla mümkün olduğunu savunmaktadır. Teoriye göre bireylerin taşıdığı benzerliklerin önemi, farklılıklardan daha fazladır (Touhy, 2014).

f. Sosyal Değişim Teorisi (*Social Exchange Theory*): Bu teori yaşlanma sürecini ekonomik açıdan ele almaktadır. Birey yaşlandıkça topluma katkı sağlayabileceği ekonomik kaynakları da giderek azalmaktadır. Bu yetersizlik, bireyin sosyal konumu, özgüveni ve politik gücünde de azalmaya neden olur. Sağlıklı bir yaşlanma süreci, ancak finansal kaynaklarını kontrol edebilen bireylerin toplumun diğer üyeleri ile iletişimini sürdürmesi ile mümkündür (Touhy, 2014). Böylelikle finansal kaynaklar ile topluma katkı sağlamak da mümkün olacaktır. Sosyal Değişim Teorisi karşılıklı iletişimi içeren bir görüşü savunur. Finansal kaynakları ile topluma destek olan bireye, toplum da bireyi topluluğu içinde tutarak destek olmuş olacaktır (Dowd, 1975). Diğer yandan vatandaşları için stabil bir ekonomik ortam sunan gelişmiş ülkelerde başarılı bir yaşlanma süreci daha

kolay olabilirken, ekonomik olarak stabil olması kimi zaman güç olan gelişmekte olan ülkelerde yaşanan bireylerin yaşlanma süreci bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (Touhy, 2014).

g. Modernizasyon Teorisi (*Modernization Theory*): Bu teori, Sosyal Değişim Teorisi ile çok ilişkili olmamasına rağmen değişimin somut olmayan boyutunu değerlendirirken kullanılabilir. Modernizasyon teorisi, yaşlı bireylerin topluma katkı sağlayıcı birey olarak yaşadıkları sosyal değişimleri açıklamaya yönelik bir girişimdir. 1900'lü yıllardan önce Amerika Birleşik Devletleri'nde maddi ve politik kaynaklar toplumun yaşlı bireyleri tarafında kontrol edilirdi. Kaynakların kontrolünün yaşlı bireylerde olması onların bilgi, beceri, deneyim ve bilgeliklerinden faydalanmayı mümkün kılıyordu. Ziraatla geçinen kültür ve toplumlarda yaşlı bireyler varlıklarının üzerinde söz sahibi olarak gıda dağıtımını gibi önemli kararlarda güç sahibiydi. Aynı zamanda gençleri yönlendirmek ve kontrol etmek de yaşlı kadın ve erkeklerin dini ve kültürel açıdan taşıdıkları önemli rollerdi (Touhy, 2014). Günümüz modern toplumlarında da çekirdek aile yapısının gittikçe yaygınlaşması ile yaşlı bireyler aile kurumu içerisinde de uzaklaşmaktadır (Aboderin, 2004). Öte yandan modernizasyon ile birlikte artık yaşlı bireylerin sunabileceği hizmetlerin yerini farklı bilgi ve hizmet kaynakları almış, bu nedenle yaşlı bireylerin toplum içerisindeki görevleri kısıtlanmıştır (Touhy, 2014). Diğer bir deyişle yaşlı bireyin topluma sağlayacağı yararlar sosyal modernizasyon ile önemini kaybetmeye başlamıştır (Rhoads, 1984).

4.2. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişimler

4.2.1. Fiziksel Değişimler

a. Nörolojik Değişimler: Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşamın üçüncü çeyreğinde beyinde boyut ve fonksiyon görme bakımından çeşitli değişiklikler görülmeye başlar. Beyne giden kan akımında azalma ile birlikte bu değişikliklere uyum sağlamak için sinir sistemi form değiştirebilir. Nöronların ve nörotransmitterlerin sayısında azalma ile birlikte yüz, boyun ve omurgadaki kas kütlelerinde de azalma görülmektedir (Cash, 2016). Aynı zamanda nöron sayısındaki azalma ve beyni besleyen damarların yapısının bozulması ile birlikte yaşlılığa özgü zihinsel gerileme belirtilerinin gözlenmesi

mümkündür (Karakaş, 2012). Kas gücünde gözlenen azalma beraberinde motor koordinasyonun da bozulmasına neden olmaktadır (Cash, 2016).

Kas reflekslerinde ortaya çıkan gecikmenin yanı sıra pupiller reflekste de gerileme söz konusu olmaktadır. Beraberinde azalan refleksler, motor reaksiyon göstermedeki yavaşlama ve denge-koordinasyon bozuklukları yaşlı bireylerde düşme ve yaralanmaların temel fizyolojik hazırlayıcılarıdır. Aynı zamanda nörolojik ve fizyolojik boyutta yaşanan bu kayıplar dokunma ve ağrıya karşı gösterilen reaksiyon süresini de geciktirdiğinden, yaralanmalara zemin oluşturmaktadır (Cash, 2016; Karakaş, 2012).

Ellerdeki, baştaki ve çenedeki kas titremeleri, bahsedilen tüm bu nörolojik değişikliklerin bir sonucudur ve bireyin yeme, araba kullanma, giyinme gibi günlük aktivitelerini gerçekleştirmesini olumsuz etkilemektedir (Cash, 2016).

b. İşitme Duyusundaki Değişimler: Yüksek frekanslı sesleri duymak 55 yaşından sonra güçleşmeye başlamaktadır. Aynı zamanda ses tonlarındaki ve konuşmalardaki değişiklikleri fark etmek de güçleşmeye başlar. Tüm bu değişiklikler kokleadaki kıl hücrelerinin kaybı, akustik sinir hücrelerinin ölümü ve fibröz değişikliklerden kaynaklanmaktadır (Cash, 2016; Karakaş, 2012). Bu nedenle yaşlı bireyler, kalabalık ortamlarda ya da sokakta çevre gürültüsü ile birlikte yapılan uzun sohbetleri sürdürmekte güçlük çekerler (Cash, 2016). Yaşın ilerlemesiyle birlikte çocuk ve kadın sesi özelliğindeki yüksek perdeli sesler daha güç duyulmaktadır (Karakaş, 2012). Orta ve/veya dış kulak yolundaki değişikliklerden kaynaklanan kondüktif işitme kaybına rastlamanın yanı sıra dış kanalda serum birikimi olan yaşlılara da sıkça rastlamak mümkündür. Orta kulakta kemiğin yeniden şekillenmesi (*remodelling*) ile gerçekleşen otoskleroz, orta kulaktan iç kulağa ses iletimini etkiler (Cash, 2016).

c. Görme Duyusundaki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte görme fonksiyonlarına ilişkin yakınmaların başında göz kuruluğu ve görmede değişiklik yer almaktadır. Göz kuruluğu göz yaşı kanallarındaki değişiklik nedeniyle göz yaşı üretiminin azalması sonucu oluşur ve sıklıkla gözlerde yanma ve kuruluk hissi ile kendini gösterir (Cash, 2016). Yaşlanma ile birlikte göz lensinin esnekliği ve saydamlığında azalma meydana gelir. Lenste meydana gelen değişiklikler nedeniyle birey görmek için daha fazla ışığa gereksinim duyar (Karakaş, 2012). Bireyde görme değişikliklerinin başlaması 40

yaşından itibaren başlamaktadır. Bu değişimler özellikle yakını görme ve okuma için gözlük ihtiyacı şeklinde ortaya çıkar (Cash, 2016). En sık rastlanan bir diğer durum da derinlik algısının ve renklere karşı olan hassasiyetin azalmasıdır (Aydın, 2010; Cash, 2016). İlerleyen yaşlarda ortaya çıkan daha komplike durumlar arasında ise sıklıkla katarakt, glokoma ve makula dejenerasyonu yer almaktadır (Cash, 2016).

d. Saç ve Tırnaklardaki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte her iki cinsiyette de belirgin saç değişimleri gözlenmeye başlanır. Kafada, koltuk altında ve pubik bölgedeki saçlarda sıklıkla incelme meydana gelirken, melanosit fonksiyonlarındaki azalma ile saçın beyazlaması/grileşmesi şeklinde değişikliği görmek mümkündür. Kadınlarda östrojen düzeyinin azalması ve testosteron seviyesinin baskılanmamasına bağlı olarak yüzde kıllanma gözlenebilir. Tırnaklarda ise, daha yavaş uzama, parlaklığında azalma ve tırnak yatağında uzunlamasına çukurluklar görmek mümkündür (Cash, 2016).

e. Dolaşım Sistemindeki Değişimler: Yaşlılıkla beraber dinlemedeki kardiyak output ve kalp atım hızında belirgin bir değişim olmaz ancak stres ve efor sırasında nabızda azalma olması normaldir. Atriyoventriküler (AV) nodun iletim hızı sağlıklı yetişkinlerde artmıştır. Bu nedenle 65 yaşın üzerindeki bir yetişkine EKG uygulandığında PR aralığının 210-220 milisaniye arasında olduğu ancak QRS aralığının değişmediği gözlenir (Cash, 2016). Yaşlanma süreci kalbin ağırlığında ve kalınlığında da artışa neden olur. Örneğin 80 yaşındaki bir bireyin kalp kası kalınlığında yaklaşık %30 oranında artış gözlenir ve bu durum kalp kası hücrelerindeki azalmaya ek olarak kolajen artışı ve kalp kası gücünün azalması ile sonuçlanır (Karakaş, 2012).

Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu yaşlanma süreciyle birlikte azalmamaktadır ancak efor durumunda maksimum kalp atım hızındaki azalmaya ve beta adrenerjik blokaj yanıtına bağlı olarak kalbin kasılma gücündeki (strok hacim) azalmaya bağlı olarak kardiyak output azalır. Yaşlı hastalar bu nedenle efor sonrası nefes darlığı ve taşikardinin normale dönmesi için geçen zamanın uzaması gibi yakınmalar bildirirler (Cash, 2016). Arterlerde meydana gelen kıvrımlaşma, kalbin sistemik dolaşıma kan pompalamaya çalışırken sol ventriküle daha fazla yük binmesine neden olur ve bu durum kalp yetersizliği tablosu ile sonuçlanabilir (Karakaş, 2012).

Yaşlanmayla birlikte aort ve mitral kapakların kalsifikasyonu sık görülen bir durumdur ve kapakçığın fonksiyonu olumsuz etkilenmediği sürece normal kabul edilir. Ancak kalsifikasyonun ilerlemesi kapağın fonksiyonlarını olumsuz etkilediğinde müdahale edilmesi önemlidir (Cash, 2016; Folkov and Svanborg, 1993). Diğer yandan sistolik kan basıncında yaşlanma ile birlikte artış olması mümkündür. Diyastolik kan basıncının sıklıkla aynı seyretmesi ise nabız basıncının yaşlanma ile artmasına neden olmaktadır. Baroreseptörler de yaşlanma ile birlikte hassasiyet kaybı yaşarlar ve bu durum ortostatik hipotansiyona neden olmaktadır. Sistolik murmur ise yaşlı hastalar sıklıkla duyulan bir bulgudur (Cash, 2016).

f. Bağışıklık Sistemindeki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte vücudun antikor üretme yeteneğinde azalma olmasına bağlı olarak bağışıklık sisteminin hastalıklarla mücadele etme yeteneğinde de azalma söz konusudur. T-hücrelerinin aktivasyonunu sağlayan hormonları salgılayan timus bezi yaşlanma ile birlikte atrofiye uğramaktadır. Bu nedenle periferik dolaşımdaki T-hücreleri sayısı azalma göstermektedir. Bu faktörler, bireyde enfeksiyon gelişme riskini arttırmakta, enfeksiyon varlığında ise hastalığın yönetimi güç bir hal almaktadır. Diğer yandan bağışıklık sisteminin zayıflamasına paralel olarak yaşlı bireylerin iyileşme süreçleri de daha uzun olmaktadır. Bu nedenle pnomoni, influenza, herpes zoster, tetanoz ve hepatit gibi hastalıklara karşı önlem almak adına aşılamanın önemine dikkat edilmelidir (Cash, 2016).

g. Üriner Sistemdeki Değişimler: Kan damarlarında ve renal sistemde gözlenen yaşlanmaya bağlı değişikliklere paralel olarak yaşlı bireylerde böbreklere giden kan akımında azalma söz konusudur. Kan akışındaki azalma glomerüler filtrasyon hızında azalmaya neden olmaktadır (Aydın, 2010; Cash, 2010; Karakaş, 2012). Diğer yandan böbreğin boyutlarında da yaşlanma ile birlikte küçülme meydana gelmekte, yaklaşık 90 yaşındaki bir bireyin böbreğinin %20-30 oranında küçüldüğü bilinmektedir (Cash, 2010; Karakaş, 2012). Mesane, ureterler ve uretrada ise elastikiyet kaybı meydana gelmektedir. Mesane kapasitesi 500 ml'den 250 ml'ye kadar azalabilir ve bu durum, yaşlı bireyin sıkça tuvalete gitmesine veya üriner inkontinans yaşamasına neden olmaktadır. Böbreklerdeki kan akışının ve glomerüler filtrasyon hızının azalması ile birlikte yaşlı bireylerde sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi daha güç bir hal almaktadır (Cash, 2016).

Kreatinin atılımı değerlendirildiğinde ise, 80 yaşından sonra böbreklerin kreatinini temizle kapasitesinde yaklaşık %30 oranında azalma olduğu bilinmektedir ve diğer yandan yaşlanma ile birlikte kas hücrelerinin de azalmakta olduğu, bu nedenle serum kreatinin düzeyinin böbreklerden yeterince atılıp atılmadığı önem kazanan bir konu olmaktadır. Ayrıca böbreğin yaşlanma ile birlikte üre konsantrasyonunu sürdürmede daha etkisiz olduğu ve toksik atıkları uzaklaştırmak için daha fazla sıvıya ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerin akşam sıvı tüketmemiş olmalarına rağmen nokturi yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşanan bu yetersizlik aynı zamanda antibiyotikler, amfetaminler, dijitaler gibi önemli ilaç atıklarının vücuttan uzaklaştırılması ihtiyacı ile yakından ilişkilidir. Bu açıdan yaşlı bireylerde ilaç dozlarının ayarlanması dikkatle yapılmalı ve sonuçları izlenmelidir (Cash, 2016).

Miksiyon açısından değerlendirildiğinde ise kadınlarda üriner sfinkter yaşla birlikte elastikiyetini kaybetmeye başlamaktadır ve inkontinans ve idrar yapmada kontrolün kaybedilmesi gibi problemler sık yaşanmaktadır. Diğer yandan kadınlar üriner enfeksiyona daha yatkın hale gelmektedir. Erkekler ise prostat bezinin büyümesine paralel olarak idrar yapmada güçlük çekmekte ve sık sık idrar yapma ihtiyacı hissetmektedirler (Cash, 2016; Karakaş, 2012).

h. Solunum Sistemindeki Değişimler: 50 yaşından sonra solunum kaslarında güç kaybı ve akciğer dokusunun elastikiyetinde azalma ile birlikte akciğerlerin hava ile dolması yıllar geçtikçe güçleşmektedir (Cash, 2016; Karakaş, 2012). Solunum fonksiyonlarının sürdürülmesindeki en önemli solunum kası olan diyaframın elastikiyetinin azalması, diyafram kasının kolayca yorulması etkin solunumu güçleştirmektedir (Sharma and Goodwin, 2006). Bu durum akciğerlerin vital kapasitesinde azalmaya ve rezidüel volümde artışa neden olur (Cash, 2016; Sharma and Goodwin, 2006). Diğer yandan solunum sisteminde fonksiyon gören alveol sayısı da yaşla birlikte azalmaktadır ki bu değişim, yaşamsal fonksiyonu olan organların oksijenlenmesi bakımından yaşlı bireylerde değerlendirilmesi önemli bir değişimdir (Cash, 2016).

Aynı zamanda burunda, ağızda ve solunum sistemindeki aktif silia ve makrofajların da sayısı yaşlanma ile birlikte azalmakta ve ağız-burun kuruluşuna neden

olmaktadır. Öksürme refleksinin de azalmış olması ve etkin öksürmeyi de etkilediğinden solunum yollarındaki mukusun uzaklaştırılması da güçleşmektedir (Cash, 2016; Karakaş, 2012). Bu durum, yaşlı bireylerin solunum yolu enfeksiyonları, hava yolu tıkanıklıkları ve bronkospazm açısından risk altında olduklarını göstermektedir (Aydın, 2010; Cash, 2016). Akciğerlerdeki absorpsiyon kapasitesinin de azalması nedeniyle kana geçen oksijen miktarında da belirgin azalma görülmektedir (Karakaş, 2008). Ek olarak, solunum sisteminde yaşlanma ile birlikte gözlenen bu gerileme, kalp yetmezliği ya da pnömoni gibi solunum fonksiyonlarına duyulan ihtiyacın arttığı kronik hastalıklarda, prognozun olumsuz etkilenmesi üzerinde önemli rol oynamaktadır (Sharma and Goodwin, 2006).

i. Metabolizmadaki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte metabolizma hızında yavaşlama ve bedenin enerji gereksiniminde azalma söz konusudur. Hormonal değişiklikler vücudun yağı saklamasına ve kas kültasını kaybetmesine neden olur. Kas kültası azaldıkça metabolizma da yavaşlama görülür (Cash, 2016).

j. Kas-İskelet Sistemindeki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte boyun kısalması sık görülen bir durumdur. 80 yaşına ulaşmış bir bireyde zayıf postür ve eklemler ile omurgalarda süregelen baskı, yaklaşık 5 cm boy kısalması ile bulgu verebilir (Aydın, 2010; Cash, 2016). Kemik kaybı ve boy kısaltması menopoza bağlı olarak kadınlarda, erkeklerden daha erken görülmektedir (Karakaş, 2012). Diğer yandan kemik yoğunluğu da yaş ile birlikte azalmaktadır. Osteoporozla bağlı olarak kemiklerin kalsiyum ve mineral kaybetmesi ile birlikte zayıf ve ince kemik yapısı ile karşılaşmak mümkündür (Aydın, 2010; Cash, 2016). Buna bağlı olarak çok hafif travmalarda bile kırık olgusu ile karşılaşılabilir (Karakaş, 2012). Yaşlanma ile görülen kas kütle kayıpları yaşlı bireylerde sıkça görülen düşme olgusunun altında yatan nedenlerden biridir ve özellikle osteoporoz tablo ile bir arada değerlendirildiğinde yaşlı sağlığı için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (Rogers and Evan, 1993). Steroidler, nöbet önleyici ilaçlar gibi bazı ilaçların, yetersiz kalsiyum ve D vitamini alımının, aşırı alkol ve sigara tüketiminin de kemik yoğunluğunu etkilediği unutulmamalıdır (Aydın, 2010; Cash, 2016). Diğer yandan yaşlanma süreciyle birlikte kas hücrelerinin oksijenlenme kapasitesinde de azalma meydana gelmektedir ve yaşlı bireylerin kas gücü gerektirecek aktivitelerde kolayca yorulması ile sonuçlanmaktadır (Rogers and Evan, 1993).

k. Gastrointestinal Sistemdeki Değişimler: Yaşlanma ile birlikte çiğneme kaslarında güç kaybı, tükürük salgısında azalma, tat alma duyusunda ve susama duyusunda azalma en sık karşılaşılan gastrointestinal bulgulardır. Aynı zamanda mide hareketlerinin azalması ile midenin boşalma süresi de uzamaktadır (Aydın, 2010; Cash, 2016). Orofarenks çevresindeki elastik dokunun kaybı ile birlikte yutkunma refleksinde de azalma gözlenir (Karakaş, 2012).

Midenin elastikiyetinin de azalması ile birlikte midenin boşalma süresi yavaşlamaktadır. Buna ek olarak midedeki sfinkterlerin zayıflaması ile ilişkili olarak reflü tablosu ile sık karşılaşılmaktadır (Karakaş, 2012).

Konstipasyon yaşlılık döneminde sıkça karşılaşılan bir diğer problemidir. Yaşlı bireyde konstipasyonun temel nedenleri arasında aktivite azlığı, liften fakir beslenme ve yetersiz sıvı alımı sayılabilir. Analjezik kullanımına bağlı da konstipasyona da rastlamak mümkündür. Diğer yandan hipotroidizme bağlı olarak da konstipasyon görülebilir (Cash, 2016).

l. Ciltteki Değişimler: Vücudun koruyucu bariyeri olan ciltte yaşlanma ile gözlenen değişiklikler, epidermisin incilmesi, elastikiyetini kaybetmesi, ter ve yağ bezlerinin daha az çalışması ve cilt kuruluğu olarak sıralanabilir (Aydın, 2010; Cash, 2016; Karakaş, 2012). Aynı zamanda yaşlı bireylerde cilt altı yağ dokusunun azalması, cildin daha ince bir yapıya dönüşmesi ve kolajen dokunun azalması yaralanma, çizik, sıyrıklar açısından da risk oluşturmaktadır. Yaralanma söz konusu olduğunda ise iyileşme süreci genç bireylere göre daha yavaş gerçekleşmektedir (Aydın, 2010; Cash, 2016; Farage et al., 2008). Öte yandan yaşlı kadınlarda yara iyileşmesini olumsuz etkileyen bir diğer faktör ise menopoz sonrası östrojen kaybının ciltte neden olduğu kuruluk ve atrofi gibi değişimlerin şiddetidir (Karakaş, 2012).

Yaşlanma süreci ile birlikte cildin pH değerinde de artış olduğu bilinmektedir ve cilt pH'ındaki bu artış özellikle dolaşım fonksiyonlarının da gerilediği alt ekstremelerde görülmektedir. Ciltte yaşanan bu değişimler, diğer yandan cildin D vitamini üretebilme kapasitesini de olumsuz etkilemektedir (Farage et al., 2008).

4.2.2. Ruhsal Değişimler

Yaşlılık, sağlığın kaybı, kronik hastalıklar gibi fiziksel ve emeklilik, rollerin değişimi gibi sosyal anlamda birçok gerileme ve kayıpların yaşandığı bir dönem olmasından ötürü bireylerin öz saygısını ve yaşam doyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Yaşanan tüm bu değişikliklere çeşitli ruhsal değişimler de eşlik etmektedir (Aydın, 2010).

Kaygı, yaşlı bireylerde sıklıkla ortaya çıkan bir duygulanımdır ve sıklıkla nedeni açıklanamayan bir tehlike ya da felaket yaşanacağı, hastalıkların kötüye gideceğı gibi çok çeşitli endişeler yaşayabilirler. Bu endişeler dışarıya gerginlik ve öfke içeren davranışlar olarak yansıyabilir (Aydın, 2010).

4.2.3. Zihinsel Değişimler

Yaşlanma ile birlikte bilişsel fonksiyonlarda yaşanan yavaşlamaya karşın bireyin normal yaşamı sürdürebilmek için yeterli hafıza becerilerine sahip olması beklenmektedir. Olması beklenen hafıza değişiklikleri arasında isimlere ve detaylara ilişkin bilgileri geri çağırma sürecinde yavaşlama sayılabilir (Aydın, 2010; Cash, 2016). Bireyin yaşlanma süreci ile birlikte fonksiyonel durumu yakından izlenmeli, güvenlik önlemlerine dikkat edilmeli ve bireyin kendi kendine günlük öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilme durumu değerlendirilmelidir (Cash, 2016).

Ortaya çıkan birtakım akut hastalıklar mental durumda değişikliklere neden olarak konfüzyon ve deliryum gibi tablolara neden olabilir. Bu nedenle mental durumu etkileyen hastalıkların varlığında güvenlik önlemleri gözden geçirilmelidir çünkü konfüzyon ve deliryum tablosu içerisindeki hastalar kendilerini yaralama riski taşımalarının yanı sıra çevresindeki insanları da yaralayabilirler (Cash, 2016).

4.2.4. Sosyo-Kültürel Değişimler

Yaşlı bireylerin yaşadıkları değişimler sosyo-kültürel bir boyutta incelendiğinde, öne çıkan değişimin sosyal çevre ile olan iletişimin azalması olduğu görülmektedir. İletişimdeki azalma yaşlı bireyin çevresi tarafından kendisine gösterilen ilginin azaldığını

düşünmesi şeklinde soyut olabileceği gibi, eşin ölümü, çocukların evden ayrılması gibi somut bir değişim de olabilir (Aydın, 2010).

Yaşlılık ile birlikte yaşanan sosyo-kültürel değişimlerden bir diğeri ise emekliliktir. Bireye, üretken olma, statü sahibi olma, birçok kişiyle iletişim halinde olma gibi olanaklar sunan çalışma hayatı sona erdiğinde birey kendini boşlukta ve değersiz hissedebilir. Bu anlamda bireyin emeklilik sürecine hazırlanmış olması sağlıklı ve doyumu yüksek bir emeklilik dönemi geçirmesini kolaylaştıracaktır (Aydın, 2010).

4.3. Yaşlı Bireylerin Gereksinimleri

Yaşlı bireylerin sıkça yaşadıkları sorunların saptanması ve hatta mümkün olduğu durumlarda önlenmesi için, bireylerin bu dönemdeki çeşitli gereksinimlerinin neler olduğunun bilinmesi önemlidir. Her ülkenin sosyo-kültürel, ekonomik ve demografik özellikleri farklı olsa da yaşlı bireylerin temel gereksinimleri ve bu gereksinimlerle ilişkili sorunlar tüm coğrafyalarda ortaktır (Aydın, 2010). Diğer yandan toplumu oluşturan tüm bireylerin gereksinimleri açısından değerlendirildiğinde ise, yaşlılık dönemindeki bireylerin gereksinimlerinin yetişkinlik dönemindeki bireylerden farklılaştığı da dikkati çekmektedir (Dziechciaz et al., 2012). Ortaya çıkan farklılıklar da sıklıkla yaşlıların bireysel özelliklerinden gelmektedir. Bu noktada yaşlı bireylerin temel gereksinimlerinin bilinerek giderilmesi ile bireysel gereksinimlere ulaşmak ve bu gereksinimleri gidermek daha kolay bir hal alacaktır (Aydın, 2010).

4.3.1. Biyolojik Gereksinimler

Yaşlılıkla beraber vücutta meydana gelen çeşitli fizyolojik değişimler sonucu yaşlı bireylerin akut hastalıklara yakalanma riski arttığı gibi, aynı zamanda kronik hastalıklarının sayısı da artmaktadır. Buna paralel olarak yaşlı bireylerin biyolojik gereksinimleri artmakta ve bu gereksinimlerin yeterince karşılanabilmesi için etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti, sağlıklı sosyal ve fiziksel çevrenin sunulması oldukça önemlidir (Aydın, 2010).

Diğer yandan günümüz yaşam koşullarında erkeğin yanı sıra kadının da aktif olarak çalışıyor olması ile birlikte, evdeki yaşlı bireyin bakımını üstlenebilecek ve ona

yardımcı olabilecek kişi sayısı ve ilişkili tüm bakım imkanları da giderek azalmaktadır. Yaşam koşullarının bu derece değişmesi ile birlikte tek başına yaşamını sürdürmeye çalışan yaşlıların sayısında önemli bir artış olması kaçınılmazdır. Ancak tek başına yaşayan yaşlı bireyin biyolojik ve diğer tüm gereksinimlerini tek başına karşılayabilme düzeyi dikkatle gözden geçirilmelidir (Maripe, 2010).

4.3.2. Sosyal Gereksinimler

Emeklilik, eş ve arkadaşların kaybı, toplumsal değişime bağlı olarak aile yapısında meydana gelen değişimler ve geniş aile yapısından uzaklaşmaya başlanması gibi birçok değişim, yaşlı bireylerin sosyal gereksinimlerini arttıran faktörlerin başında gelmektedir. Diğer yandan emeklilik, yaşlı birey için ekonomik gelirinin azalması ve beraberinde sosyal gereksinimlerini karşılamada ekonomik engeller yaşamasına neden olabilir (Aydın, 2010). Bunlara ek olarak geniş ailede, aile bütçesine katkı yaparak yaşayan yaşlı bireylerin tek başına yaşama oranları artmakta ve bu durum ekonomik olarak kendine yetemeyen yaşlı bireylerin ekonomik olarak ciddi problemler yaşamasına neden olmaktadır (Maripe, 2010).

Yaşlı bireylerin sosyal gereksinimlerinin karşılanabilmesi için toplumun ve sosyal çevrenin de buna hazır olması gerekmektedir (Aydın, 2010). Yaşlı bireyin en temel gereksinimlerinin başında kendini güvende hissedebileceği, dinlenmesine olanak tanıyan ve sağlık hizmetlerine ulaşmasına kolaylık sağlayacak bir konaklama alanıdır (Dziechciaz et al., 2012). Bu temel gereksinimin yanı sıra sokakların yaşlıların yürüyüş yapmasına uygun şekilde tasarlanması, yaşlıların yaşam alanlarının (*ev, merdiven vb.*) yaşlıların hareketini mümkün olan en üst düzeyde destekleyecek şekilde tasarlanması, yaşlı bireylerin sosyal çevreye katılımını kolaylaştıracaktır (Aydın, 2010).

4.3.3. Psikolojik Gereksinimler

Yaşlı bireylerin temel psikolojik gereksinimleri arasında kabullenme, destek ve sevgi görme yer almaktadır ve bu önemli gereksinimlerin karşılanmasında aile bireyleri büyük öneme sahiptir (Aydın, 2010). Ancak günümüzde aile yapısında yaşanan çekirdek aile yapısına yönelme gibi değişimler, yaşlı bireyin bakım ve sorumluluğunun bakıcı gibi bireylere veya bakımevi gibi kurumlara yönlendirildiği dikkati çekmektedir ve modern

yaşamla birlikte gelen bu değişimler yaşı bireylerin gereksinimlerinin karşılanmasını güçleştirebilmektedir (Aydın, 2010; Maripe, 2010). Yaşı bireye bakım veren bir bireyin olması ya da bakım evinde yaşıyor olması, yaşı bireyin aile üyelerinden beklediği sosyal desteğin önemini ortadan kaldırmamaktadır. Yaşı birey nerede ve kiminle yaşarsa yaşasın, psikolojik destek boyutunda en çok aile üyelerine gereksinim duymaktadır (Aydın, 2010).

Bireyin ruh sağlığı boyutuyla değerlendirildiğinde ise, yaşı bireyin temel psikolojik gereksinimleri güvende hissetme, karar vermede kendini özgür hissetme, kendine güven ve saygı duyma, işe yaradığı hissi olarak sıralanabilir. Spiritüel boyutta ise dua etme ve istediğinde dinsel konuları paylaşabileceği bir çevreye ulaşabilir olması önemli gereksinimler arasındadır (Dziechciaz et al., 2012).

4.4. Öz-Bakım

4.4.1. Öz-Bakım Kavramı

Türk Dil Kurumu “bakım” kelimesini “*Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi*” olarak tanımlamıştır (TDK, 2017). Diğer yandan “öz bakım” kavramı ise hemşirelik kavram ve ilkelerine paralel olarak, yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirebilmek için birey tarafından başlatılan ve sürdürülen etkinlik olarak tanımlanır. Hemşirenin bu boyuttaki en önemli rolünü, bireyin öz bakım aktivitesini bağımsız olarak gerçekleştirmesini sağlamak, gerçekleştiremediği noktada ona destek olmak oluşturmaktadır (Aydın, 2010).

İlk defa 1956 yılında Dorothea E. Orem tarafından tanımlanan öz bakım kuramının, hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine olan katkısı düşünöldüğünde, kuram kavramının içeriği ve önemine değinmek gereklidir (Arda-Sürücü, 2013; Taylor and Renpenning, 2011; Denyes et al., 2001). TDK, kuram kavramını “*Sistemli bir biçimde düzenlenmiş birçok olayı açıklayan ve bir bilime temel olan kurallar, yasalar bütünü, nazariye, teori*” olarak tanımlamıştır (TDK, 2017). Bu bağlamda, sistemli bir teori olarak klinik uygulamalara yansıyan öz-bakım teorisinin hemşirelik uygulamalarında oldukça önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Özellikle yaşı ilerlemesi ile birlikte öz bakımını sürdürmekte güçlük çeken yaşı bireylerin hemşirelik bakımının

öz bakım kuramına temellendirilmesi, bakım planından elde edilecek başarıyı önemli ölçüde arttıracaktır (Aydın, 2010).

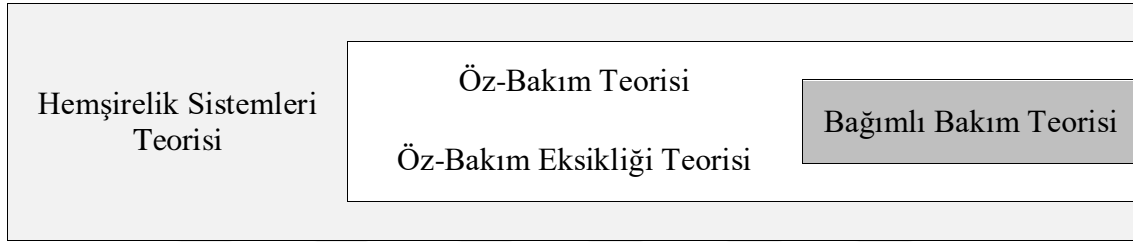
Orem'in hemşirelik uygulamalarındaki temel teorisi öz bakım eksikliği üzerinde yoğunlaşmıştır (Hartweg, 2015). Öz bakım kavramı, Orem tarafından "*Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler*" olarak tanımlanmıştır. Bireye odaklı bir başka tanımda ise öz bakımı "*olgunluğa ya da erişkinliğe ulaşmış bir bireyin kendisi için, kendisinin yaptığı, düzenli, kontrollü, etkili ve amacı olan bakım işlemleri*" olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda yeni doğanların, çocukların, yaşlıların ve işlevleri ileri derecede azalmış bireylerin öz bakım uygulamalarına gereksinim duyan grup olduğu anlaşılmaktadır (Kılıç, 2005; Öztürk ve Karataş, 2008).

Öz bakım kuramı sadece Orem tarafından ele alınmamış olup, Levine, Katz ve Holst tarafından da tanımlanan öz bakım kavramı "*kişinin kendi sağlığı yararına ve sağlığını korumak için hastalığın saptanması ve tedavisinde bireyin kendi fonksiyonlarını kullanma süreci*" olarak ifade edilmiştir. Görüldüğü gibi tüm tanımlardaki ortak nokta, bireyin kendi bakımını sürdürmesi, kendi sağlığını korumada ve iyilik halini sürdürmede kendi kendine yetmesi olgusu üzerine yoğunlaşmaktadır (Öztürk ve Karataş, 2008).

Bu kuramın temelleri, uygulanabilir bir hemşirelik müfredatı geliştirme ihtiyacından ortaya çıkmıştır (Arda-Sürücü, 2013; Taylor and Renpenning, 2011). Kuramın temellerinin atıldığı 1956'dan sonra yıllar içerisinde öz-bakım kuramını sürekli geliştirilmeye devam edilmiştir. 1971 yılında Orem'in yayınlanan ilk kitabı olan "*Hemşireliği Uygulama Kavramları*" isimli kitapta bu kuram hemşirelerle buluşmuş ve bu kitapta hemşirelik ve öz-bakım boyutlarına değinilmiştir. Kitabın ikinci baskısı 1980 yılında yayınlandığında öz-bakım eksikliği, öz-bakım ve hemşirelik sistemi konularını açıklığa kavuşturmuştur. Kitabın 1985, 1991, 1995 ve 2001 yılındaki tekrarlayan baskılarında ise öz-bakım kuramı genişletilmeye ve geliştirilmeye devam edilmiş ve kavramlar detaylıca açıklanmaya çalışılmıştır (Arda-Sürücü, 2013).

Orem'in 2007 yılındaki ölümünün ardından Uluslararası Orem Derneği tarafından oluşturulan çalışma grupları, Orem'in kuramını geliştirme çalışmalarını sürdürmüşlerdir ve 2001'de Taylor, Renpenning tarafından yazılan **Öz Bakım Bilimi, Hemşirelik Teorisi**

ve Kanıta Dayalı Hemşirelik (Self Care Science, Nursing Theory, and Evidence Based Practice) isimli kitapta öz-bakım kuramının bir kavramı olarak “bağımlı bakım” kavramı ve “bağımlı bakım teorisi” tanımlanmıştır (Arda-Sürücü, 2013). Bu bağlamda öz-bakım eksikliği kuramı; i) öz-bakım teorisi, ii) öz bakım eksikliği teorisi, iii) hemşirelik sistemleri teorisi ve iv) bağımlı bakım teorisi olmak üzere birbiri ile ilişkili dört teoriden oluşmaktadır (Arda-Sürücü, 2013; Hartweg, 2015). Orem, bu teorilerin birbiri ile olan ilişkisini aşağıdaki şema ile göstermiştir (Taylor and Renpenning, 2011).



Kaynak: Taylor and Renpenning (2011)

4.4.2. Öz-Bakımla İlgili Kavramlar

Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi: Zaman içerisinde bireyin karşılanması gereken tüm öz-bakım gereksinimlerini kapsar. Öz-bakım gereksinimi, bireyin yaşamsal fonksiyonlarını ve gelişimini sağlayabilmek için gerekli uygulama hedeflerini ifade eder. Öz bakım gereksinimleri, evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumunda olmak üzere 3 grup altında sınıflandırılmaktadır (Taylor and Renpenning, 2011).

- **Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri:** Bireyin temel yaşamsal gereksinimleri olan sağlıklı hava ve su gereksinimi, beslenme, boşaltım, aktivite, dinleme, yalnızlık ve sosyal etkileşim, tehlikelerden korunma ve çalışma olarak sıralanabilir. Bu gereksinimler karşılaştığında bireyin öz-bakım sağlığı ve iyilik hali desteklenir (Kılıç, 2005; Denyes et al., 2001; Öztürk ve Karataş, 2008).
- **Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri:** Bireyin yaşam sürecini devam ettirmek için gerekli koşulların sağlanması, gelişim sürecini olumsuz etkileyebilecek yaşantıların önlenmesi ve etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Öztürk ve Karataş, 2008). Bu grupta yer alan gereksinimlere örnek olarak; gebelik, doğum,

sevilen bir kişinin kaybı gibi insan yaşamının farklı gelişimsel düzeyleri örnek verilebilir (Kılıç, 2005; Denyes et al., 2001).

- **Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri:** Bireyin kendi gereksinimlerini karşılayamadığı zaman öz bakımının bir başkasının yardımı ile sürdürülmesini içermektedir (Kılıç, 2005; Denyes et al., 2001). Bireyin kendi bakımını sağlayamadığı, diğer bir deyişle sağlıktan sapmanın söz konusu olduğu durumlarda bireyin kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı dikkatle değerlendirilmelidir (Öztürk ve Karataş, 2008).

Öz-Bakım Gücü: Bireyin yaşam fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve geliştirebilmesi için sürekliliği olan öz-bakım gereksinimlerinin farkında olma ve bu gereksinimleri karşılama yeterliliğidir (Taylor and Renpenning, 2011; Denyes et al., 2001).

Hemşirelik Gücü: Hasta-hemşire ilişkisinde hastanın öz-bakımını destekleme ve geliştirme görevini benimseyen hemşirenin ve harekete geçme, öğrenme, bireyin terapötik öz-bakım gereksinimlerini karşılama ve öz-bakım gücünü artırmak için yardımcı olmasıdır (Taylor and Renpenning, 2011).

Hemşirelik Sistemleri: Hemşirenin planlı uygulamalarının hastanın uygulamaları ile koordine bir şekilde çalıştığı bir seri sistemdir (Taylor and Renpenning, 2011). Hastanın öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında üç temel hemşirelik sistemi tanımlanmaktadır (Öztürk ve Karataş, 2008; Arda-Sürücü, 2013):

a. Tam Kompansasyon: Bu aşamada öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hasta aktif bir rol oynamamaktadır. Burada hasta birey, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede tamamen bağımlıdır ve gereksinimlerinin karşılanması için hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Hastanın bu aşamadaki yetersizliği fiziksel olabileceği gibi, mental yetersizliklerden kaynaklı da olabilir (Öztürk ve Karataş, 2008; Arda-Sürücü, 2013).

b. Kısmi Kompansasyon: Hastanın gereksinimlerinin karşılanmasında hasta ve hemşire eşit düzeyde yer alır. Hastanın kendi kendine karşılamada yetersiz olduğu

gereksinimler, hemşire tarafından karşılanarak hastanın tüm ihtiyaçlarının giderilmesi sağlanır (Öztürk ve Karataş, 2008; Arda-Sürücü, 2013).

c. Destekleyici ve Eğitsel: Bu aşamada hasta kendi öz bakımı gerçekleştirmedi büyük ölçüde bağımsızdır ancak kimi durumlarda eğitim alması ya da desteklenmesi gerekebilir. Bu durumda desteğe ihtiyaç duyan hasta için hemşire rehberlik, çevresel düzenleme, eğitim verme gibi aktivitelerle yardımda bulunabilir (Öztürk ve Karataş, 2008).

4.4.3. Öz-Bakım Kuramı

Orem'e göre hemşirelik gibi uygulamalı bir bilimdeki genel model ve kuramlar sadece "Ne?" ve "Neden?" sorularını değil, aynı zamanda "Kim?" ve "Nasıl?" sorularına da cevap vermelidir. Bu açıdan bakıldığında, bu özelliklerdeki bir teorinin hemşire ve hastanın rollerini belirgin bir şekilde tanımlaması önemlidir. Bu bağlamda Orem'in kuramı birbiri ile ilişkili 3 teori üzerinde temellenir: öz-bakım teorisi, öz-bakım eksikliği teorisi, hemşirelik sistemleri teorisi (Hartweg, 2015). Zamanla birlikte sadece bakım ihtiyacı olan bireyin değil, bakım veren bireylerin de sahip oldukları belirli zorunlulukların ve yeterliliklerinin hemşirelik sistemini etkilediğine dikkati çekmek için dördüncü bir teori olarak "**Bağımlı Bakım Teorisi**" şekillenmeye başlamıştır (Arda-Sürücü, 2013; Hartweg, 2015; Taylor and Renpenning, 2011).

Öz-Bakım kuramının bileşenlerinden biri olan **Öz Bakım Teorisi**'ne göre, öz-bakım, yaşamak, yaşam fonksiyonlarını ve iyilik halini sürdürmek için öğrenilmesi ve tüm yaşam boyunca uygulanması gereken bir kavramdır. Orem, 2001 yılında yaşam, sağlık ve iyilik hali için gerekli ihtiyaçları sıralamış ve öz-bakım sisteminin karmaşıklığına değinmiştir. Orem'e göre öz-bakım uygulamasında birey öncelikle neyin yapılabileceği ve neyin yapılmasının gerekli olduğunu değerlendirmelidir (Hartweg, 2015). "**Öz-Bakım Eksikliği Teorisi**"ne göre ise, temel fikir "insanlar neden hemşireliğe ihtiyaç duyar?" cevap aramaktadır. Hemşirelik bakımı gereksinimi; bilgiye sahip olma, karar verme ve kendine bakım verebilme konusunda bireyin sağlığının yetersiz olması ile ortaya çıkmaktadır (Kılıç, 2005; Hartweg, 2015). "**Hemşirelik Sistemleri Teorisi**"nin temel odak noktası hemşirelik, hemşirelik uygulamaları ve aynı zamanda hemşirelik rolü için bir yapı ve içerik oluşturmaktır. "**Bağımlı Bakım Teorisi**" ise 2001 yılında Taylor ve

arkadaşları tarafından biçimlendirilmiştir ve öz-bakım teorisinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan bir teori olduğunu belirtmiştir. Bu teori kapsamında, öz-bakım ajanı (*hasta*), kendisine bakım sağlayan kişi ya da kişilere (*bağımlı bakım ajanı*) sosyal olarak bağımlı haldedir (Hartweg, 2015).

4.4.4. Yaşlı Bireylerde Öz-Bakım

Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılaması ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (Ertekin-Pınar ve Demirel, 2016; Altay ve Aydın-Avcı, 2009). Ancak yaşlı bireylerde, yaşlanma ile beraber ortaya çıkan biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik değişimler ve yanı sıra görme, duyma, hareket etme gibi önemli fonksiyonların gerilemesi, yaşlı bireylerin öz-bakımını sürdürmede yetersiz kalmalarına neden olmaktadır (Uğurlu ve ark., 2010; Ertekin-Pınar ve Demirel, 2016; Altay ve Aydın-Avcı, 2009). Bu durumda yaşlı bireyin kendi kendine yetemediğini düşünerek depresif bir duygu durum içerisine girmesi, kendisini değersiz görmesi olası bir durumdur. Bu değersizlik hissi bireyin yaşam doyumunu da olumsuz etkilemektedir (Altay ve Aydın-Avcı, 2009; Ertekin-Pınar ve Demirel, 2016). Bu bağlamda yaşlı bireylerin yaşamdan doyum alabilmelerinin kendi kendilerine yetebilmelerine, diğer bir deyişle öz-bakım gücünün yüksek olmasına bağlı olduğu söylenebilir (Altay ve Aydın-Avcı, 2009).

4.4.5. Yaşlı Bireylerde Öz-Bakıma İlişkin Hemşirenin Rolü

Yaşlı bireyin öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmede yeterli olmadığı düzeyde, hemşire öz-bakımını gerçekleştirmesinde bireye yardımcı olabilir ya da öz-bakım aktivitesini onun yerine karşılamaya çalışır. Ancak, öncesinde hemşirenin öz-bakım yetersizliği olduğunu tanımlayabilme becerisi önemlidir (Aydın, 2010).

Hemşire, yaşlı bireyi gözleyerek yeterli öz-bakım gücüne sahip olma düzeyini değerlendirmelidir. Bu bağlamda bireyin aşağıdaki özelliklere sahip olma durumu dikkatle gözlenmelidir (Özer, 2001; Aydın, 2010):

- Birey kendi sağlığına ve öz-bakımına dikkat ediyor mu?
- Birey, sahip olduğu enerjini kontrol edebiliyor mu?

- Birey, beden duruşunu kontrol edebiliyor mu?
- Birey, karar vermeden önce bilinmesi önemli şartları öz-bakım kavramı içerisinde değerlendiriyor mu?
- Bireyin öz-bakımı için motivasyonu var mı?
- Bireyin öz-bakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği ne düzeydedir?
- Bireyin, öz-bakım konusunda bilgi edinme, uzmana danışma ve uygulama eğitimi nasıl?
- Birey, öz-bakımını gerçekleştirebilmek için yeterli kişilerarası iletişime, algısal ve yönlendirici becerilere sahip mi?
- Birey, farklı öz-bakım gereksinimleri olduğunda, öncelikleri belirleyebilme yeteneğine sahip mi?
- Birey, öz-bakım uygulamalarının sürekliliğini sağlayabilir durumda mı?

Orem'e göre öz-bakımın hedeflenen noktaya ulaşabilmesi için iki basamaklı bir hemşirelik süreci uygulanmalıdır. Birinci basamak olarak bireyin öz-bakım gereksinimleri belirlenerek problemler tanılanır. Ardından ikinci basamakta bireyin öz-bakım eksikliğini gidermek veya bu eksiklikleri gidermesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelik sürecinin uygulamaya konması söz konusudur (Kılıç, 2005).

4.5. Yaşlı Bireylerde Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirenin Rolü

Bireylerin yaşlanma süreci içerisinde sağlıklarını koruması ve sürdürmesi, diğer bir deyişle sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirebilmeleri için kendi öz-bakımlarına dikkat etmeleri tek başına yeterli değildir. Aynı zamanda toplumun psikososyal ve ekonomik alt yapısının da, bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşlanabilmelerine ve yaşlılık dönemlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerine olanak tanımalıdır (Olgun ve ark., 2013).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı günümüz dünyasında gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Bunun temel nedenleri arasında dünya nüfusunun yaşlanması, buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması ve bu durumun sağlık ekonomisi için yapılan harcamaları arttırması sayılabilir. Bu bağlamda yaşlı nüfusun sağlığının geliştirilmesi ile kronik hastalıkların önlenmesi ve/veya daha etkin bir şekilde yönetilmesi, yaşlı bireylerin iyilik halinin yükseltilmesi mümkün olmaktadır (Sohng et al., 2002).

Bu hedefin gerçekleştirilmesinde hemşirelik öğrencileri de dahil olmak üzere toplum sağlığı hemşireleri ve yaşlı popülasyon ile sağlık kurumlarında karşılayan tüm hemşireler; hastanın savunucusu ve eğiticisi olarak önemli bir rol oynamaktadır (Ecevit-Alpar ve ark., 2008).

Sağlığın geliştirilmesi hedefine ulaşılabilmesi için hemşirenin doğru bilgiye ulaşması ve bu bilgiyi yaşlı bireyin anlayabileceği şekilde ona aktarması önemlidir. Sağlığı geliştirici alışkanlıkların oluşturulabilmesi için sunulacak bilginin kapsamı ve geçerliliği ve hemşirenin bilgiyi pratiğe yansıtma becerisi de önem kazanmaktadır (Ecevit-Alpar ve ark., 2008).

Diğer yandan toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kilit bir role sahip olan toplum sağlığı hemşirelerinin, bu hedefleri gerçekleştirmedeki rolü büyüktür. Kanıta dayalı hemşirelik çerçevesinde, yaşlı bireylerin ve yaşlanmakta olan toplumun sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesi mümkündür (Lee et al., 2006).

4.6. Yaşlı Bireylerde Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi

Yaşlı bireylerin sağlığının geliştirilmesi sürecinde görev alan sağlık çalışanları, önemli bir sorumluluk taşımaktadırlar. Bazı durumlarda yaşlıların, yaşları ve sahip oldukları çeşitli kısıtlılıkları gereği hiçbir zaman istenen sağlığı geliştirici aktiviteleri tam anlamıyla yapamayacağı görüşü ortaya çıksa da, iyilik halinin her yaş grubu için kendine özgü bir tanımı olduğu ve bu hedefe ulaşılmasının her yaş grubu için mümkün olduğu unutulmamalıdır (Keçeci and Bulduk, 2012).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı içerisinde sağlık eğitimi temel rollerden birine sahiptir. Sağlık eğitimi ile bireylerin sağlık, sağlık bakımı, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlık tercihlerini şekillendirme gibi birçok alanda sağlığını geliştirici bilgiye sahip olması hedeflenmektedir. Böylelikle sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olan bireyin öz-bakımı ve sağlığını geliştirmesi için atması gereken adımlara karar vermesi kolaylaşacaktır (Keçeci and Bulduk, 2012).

Yaşlı bireylerde sağlık eğitimi sadece bilgi düzeyini arttırmakla kalmamalı, aynı zamanda belirli alanlarda istenen değişiklikleri de sağlayabilmelidir. Örneğin eğitim

sonrasında yaşı birey, sağlığı için gereken fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel değişiklikleri yapabilecek duruma gelmelidir (Keçeci and Bulduk, 2012).

Bireylerin sağlığının geliştirilmesinde öz-bakım kavramı önemli bir yer kaplamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik halinin arttırılması ve bireyin kendini gerçekleştirmesini hedefler ve bu hedeflere ulaşmada bireyin öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi önemli bir kriterdir. Bireyin yaşam biçimini olumlu yönde etkileyen sürekli aktiviteler, sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda öz-bakım kavramı ile sağlığın geliştirilmesi kavramının birbiri ile yakından ilişkili iki faktör olduğu dikkati çekmektedir (Özer, 2001; Aydın, 2010).

Orem, öz bakım kuramı kapsamında tanımladığı yardım etme yöntemleri arasında bireye öğrenim yapmak, rehberlik etmek, fiziksel ve psikolojik olarak desteklemek yer almaktadır. Öğretim ve rehberlik uygulamaları kapsamında örneğin kronik hastalığı olan yaşı bireyin hastalık izleminde belirli periyotlarla rehberlik hizmeti alması, bilgi verilmesi, daha önceden verilen bilgilerin pekiştirilmesi gibi uygulamalar yer alır. Fiziksel ve psikolojik destek kapsamında ise kronik hastalığı kabullenme ve hastalığın belirtileri ile başa çıkma konusunda hastanın desteklenmesi örnek olarak verilebilir (Kılıç, 2005; Hartweg, 2015).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Wang ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nin (*Geriatric Health Promotion Scale*) Türk toplumu için uygunluğunun değerlendirilmesi ve yaşlı bireylere verilen öz-bakım uygulamaları eğitiminin, sağlığın geliştirilmesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla; metodolojik, tanımlayıcı ve deneysel (*ön-test, son-test*) desende gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Darülaceze Başkanlığı'nın bir yerleşkesinde 05.02.2015–02.06.2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Darülaceze Başkanlığı'nın Okmeydanı yerleşkesinde yaşamakta olan yaşlı bireyler (N=470) oluşturdu.

Araştırmanın tüm örneklemin belirlenmesinde bireylerin 65 yaş ve üzerinde olması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine engel bir durumunun olmaması ve Barthel İndeksi'nden (Ek5) en az 62 puan alma, tanı konmuş psikiyatrik bir bozukluğunun olmaması, okuryazar olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olması kriterleri dikkate alındı. Araştırmanın örneklemi için iki ayrı hesaplama yapıldı ve iki örneklem grubu ile çalışıldı. Metodolojik ve tanımlayıcı aşama ile deneysel aşama için iki ayrı örneklem grubu belirlendi.

5.3.1. Araştırmanın Metodolojik Aşamaları İçin Örneklem Seçimi: Literatürde, ölçek uyarlaması için örneklem hesaplaması yapılırken, araştırma kapsamına alınması planlanan katılımcı sayısının, ölçeğin madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (Erdoğan, 2014). Bu çalışmada, 22 maddeden oluşan Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması için (22x10), örnekleme toplam 220 yaşlı bireyin dahil edilmesi planlandı. Öte yandan, örneklemin evreni temsil etme niteliğini güçlendirmek

için evren içinden, örneklem seçim kriterlerine uyan tüm yaşlı bireyler (n=328) çalışmanın metodolojik aşamasının örneklemini oluşturdu.

5.3.2. Araştırmanın Tanımlayıcı Aşaması İçin Örneklem Seçimi: Çalışmanın tanımlayıcı aşaması için örneklem seçimine gidilmedi ve metodolojik aşama için belirlenen örneklem grubu, çalışmanın tanımlayıcı aşamasının da örneklemini oluşturdu.

Tablo 5.1 - Araştırmanın Metodolojik ve Tanımlayıcı Aşamaları İçin Örneklem Seçim Sürecine Ait Detaylar

Çalışma Evreni	N=470
Örneklem Dışı Bırakılan Yaşlı Bireyler	n=142 (Barthel İndeksi <62) <ul style="list-style-type: none">• Spinal Kord Yaralanması (n=14)• Hemipleji (n=40)• Alt Ekstremitte Ampütasyonu (n=12)• Multiple Skleroz/Tekerlekli Sandalye (n=4)• Psikiyatrik Tanılı (n=50)• Alzheimer/Demens (n=22)
Örnekleme Dahil Edilen Yaşlı Birey	n=328

5.3.3. Araştırmanın Deneysel Aşaması İçin Örneklem Seçimi: Yaşlı bireylere verilen öz-bakım uygulamaları eğitiminin sağlığın geliştirilmesi üzerine etkisinin incelendiği deneysel süreçte, evreni (n=470) temsil edecek örneklemin, %95 güven aralığında 0,05 hata payı ile en az 50 yaşlı bireyden oluşması gerektiği hesaplandı. Örneklem seçimi yapıldı. Uygulama süreci boyunca kayıp olabileceği düşünülerek, yukarıda sıralanan örneklem seçim kriterlerinin tümünü karşılayan ve eğitim programını dinlemesini engelleyecek düzeyde işitme engeli bulunmayan ve eğitim programına katılmaya ve çalışmayı sürdürmeye istekli 73 yaşlı birey çalışmanın deneysel aşamasının örneklemini oluşturdu. Çalışmanın yürütülmesinde, 73 yaşlı birey gruplara ayrıldı ve grupların belirlenmesinde kura yöntemi kullanıldı.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri:

- **Bağımlı Değişkenler:** Araştırmanın bağımlı değişkeni, örneklemin Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Öz-Bakım

Gücü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarıdır.

- **Bağımsız Değişkenler:** Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise örneklemin yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalık varlığı ve kurum içi faaliyetleridir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen Bilgi Formu, Türkçe dil geçerliliği yapılacak olan Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Barthel İndeksi kullanıldı.

5.5.1. Bilgi Formu (Ek-1): Örnekleme oluşturacak yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerini ve sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyebilecek faktörleri (*hijyenik uygulamaları, beslenme, egzersiz, kronik hastalıkları, sosyal çevresi, uyku bozukluğu, aktiviteleri vb.*) sorgulayan ve araştırmacılar tarafından oluşturulan 18 maddelik bir formdur.

5.5.2. Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği (Geriatric Health Promotion Scale) (Ek-2): Araştırmanın metodolojik aşamasında Türkçe dil geçerliliği test edilen ölçek, Wang ve ark. (Taiwan, 2015) tarafından, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde sağlığı geliştirici davranışların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 22 madde içeren ölçek, dördümlü likert tipindedir. Yaşlı bireyin sağlığı geliştirici anlamda uyguladığı davranışların sıklığı 1=Hiçbir Zaman, 2=Bazen, 3=Sık Sık, 4=Düzenli Olarak kategorileri ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 88'dir. Ölçekte Sağlık Alışkanlıkları, Topluma Katılım, Sağlık Sorumluluğu, Sağlıklı Beslenme, Düzenli Egzersiz ve Ağız Sağlığı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutları oluşturan madde numaraları ve alt boyuttan alınan puanın ifade ettiği anlamlar aşağıdaki gibidir (Wang et al., 2015):

- **Sağlık Alışkanlıkları (1, 2, 3, 4, 5):** Yaşlı bireylerin gündelik yaşamlarında düzenli olarak sürdürdükleri sağlık alışkanlıklarının düzeyini göstermektedir.
- **Topluma Katılım (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12):** Yaşlı bireylerin topluma katılımında bulunma, topluma dahil olma düzeyini göstermektedir.

- **Sağlık Sorumluluğu (13, 14, 15):** Yaşlı bireylerin, kendi sağlıklarına ilişkin kontroller yaparak ve bilgi sahibi olarak aldıkları sorumluluk düzeyini göstermektedir.
- **Sağlıklı Beslenme (16, 17, 18):** Yaşlı bireylerin sağlıklı bir beslenme düzenine sahip olma düzeyini göstermektedir.
- **Düzenli Egzersiz (19, 20):** Yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma alışkanlığına sahip olma düzeyini göstermektedir.
- **Ağız Sağlığı (21, 22):** Yaşlı bireylerin ağız sağlığını koruma ve sürdürme alışkanlıklarına sahip olma düzeyini göstermektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesi; her alt boyuta ait sorulardan elde edilen puanların toplanması ile yapılmaktadır. Elde edilen puanın yüksekliği, bireyin ilgili alt boyuta ait sağlığı geliştirici davranışları uygulama sıklığının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Orijinal ölçekteki alt boyutların cronbach alfa katsayıları ise 0,64 ile 0,94 arasında değişmektedir. Toplam ölçek cronbach alfa değeri ise 0,87'dir.

5.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek-3): Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Esin, N. (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Sağlığı geliştirici 48 davranış sorgulayan ölçek 4'lü likert tipinde olup, değerlendirme "1=hiçbir zaman", "2=bazen", "3=sık sık" ve "4=düzenli olarak" puanlaması ile yapılmaktadır. Toplam 6 alt boyuttan oluşan ölçeğin değerlendirilmesi her alt boyuta ait sorulardan elde edilen puanların toplanması ve her alt boyuta ait bir toplam puanın elde edilmesi yolu ile yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Elde edilen toplam puan yükselmesi, bireyin ilgili alt boyuta ait sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanma sıklığının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa 0,91 olarak saptanırken, *Kendini Gerçekleştirme* 0,77; *Sağlık Sorumluluğu* 0,74; *Egzersiz* 0,71; *Beslenme* 0,57; *Kişilerarası Destek* 0,65 ve *Stres Yönetimi* 0,63 olarak bulunmuştur. Ölçeğe ait alt boyutlar ve bu boyutlara karşılık gelen sorular aşağıdaki gibidir (Esin, 1999):

- **Kendini Gerçekleştirme:** 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 48

- **Sağlık Sorumluluğu:** 7, 22, 32, 33, 36, 38, 42, 43, 46
- **Egzersiz:** 4, 6, 13, 15, 30
- **Beslenme:** 1, 14
- **Kişilerarası Destek:** 2, 3, 5, 24, 28, 29, 47
- **Stres Yönetimi:** 27, 31, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 44, 45

Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,96 bulundu.

5.5.4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (The Exercise of Self-Care Agency Scale) (Ek-4):

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında insanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini ya da güçlerini ölçmek amacıyla 43 madde olarak geliştirilen ölçek, Nahçıvan tarafından 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir (Nahçıvan, 1993).

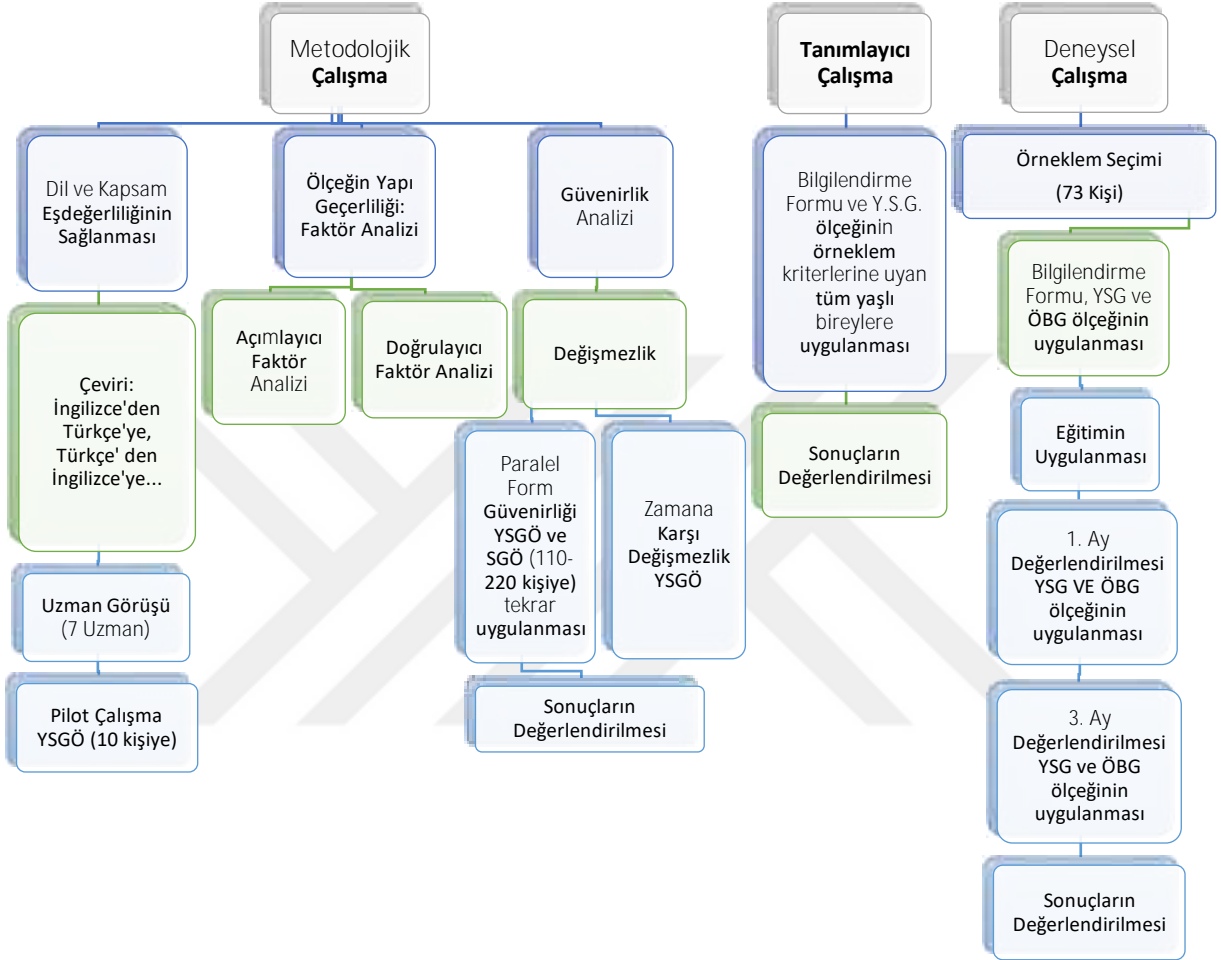
Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin orijinalinde; 11 ifade (3, 6, 10, 16, 19, 22, 25, 28, 32, 34 ve 39. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Öz-bakım eylemlerinin en yüksek değerini gösteren maksimum puan 172'dir. Amerikan toplumunda, ölçeğin test-tekrar test korelasyonları iki farklı grupta 0,60 ile 0,83 arasında saptanırken, Kuder-Richardson güvenilirliği ise 0,65 ile 0,76 olarak bulunmuştur (Nahçıvan, 1993).

Nahçıvan'ın (1993) Türkçe'ye uyarladığı ölçek, 5'li likert tipinde olup puanlama "0=Beni Hiç Tanımlamıyor", "1=Beni Pek Tanımlamıyor", "2=Fikrim Yok", "3=Beni Biraz Tanımlıyor", "4=Beni Çok Tanımlıyor" şeklinde yapılmaktadır. İfadelerden 8'i (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140'tır. Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bu özellikler durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır. Türkçe ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur (Nahçıvan, 1993). Bu çalışmanın deneysel aşamasında kullanılan Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ön testte 0,95; eğitim sonrası 1. ayda 0,95 ve eğitim sonrası 3. ayda 0,92 olarak saptandı.

5.5.5. Barthel İndeksi (Ek-5): Bireylerin beslenme, yıkanma, öz bakım, giyinme, dışkılama ve idrar kontrolü, tualete gitme, yataktan tekerlekli sandalyeye geçebilme, yürüme/tekerlekli sandalyeye bağımlı olma ve merdiven çıkma gibi eylemleri herhangi bir fiziksel, sözel destek almaksızın bağımsız olarak, hangi düzeyde yapabildiğini belirleyebilmek amacıyla 1965 yılında Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilen indeks, Shah ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yeniden düzenlenmiştir. İndeksin Türkçe'ye uyarlaması Küçükdeveci ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. İndeks, 10 maddeden oluşmakta ve toplam puanı 0-100 arasında değerlendirilmektedir. Toplam puanın artmasıyla bağımsızlık düzeyi artmaktadır. İndeksten alınan 0-20 puan bireyin tam bağımlı olduğunu, 21-61 puan ileri derece bağımlı olduğunu, 62-90 puan orta derecede bağımlı olduğunu, 91-99 puan hafif derece bağımlı olduğunu ve 100 puan tam bağımsız olduğunu göstermektedir (Küçükdeveci ve Ark., 2000).

5.5.6. Eğitim Materyalleri (Ek-13): Yaşlı sağlığı geliştirilmesi ve öz bakım eğitimi broşürü, literatür bilgileri doğrultusunda oluşturularak eğitim programı uygulandıktan sonra dağıtılmıştır.

5.6. Araştırma Tasarımı



5.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı kurumdan alınan çalışma izninin alınmasının ardından araştırma Metodolojik, Tanımlayıcı ve Deneysel olmak üzere 3 aşamada yürütüldü.

5.7.1. Metodolojik Aşama: Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapıldığı bu aşama ölçek uyarlama çalışması başlığı altında açıklandı.

5.7.2. Tanımlayıcı Aşama: Araştırmanın metodolojik aşaması sona erdikten sonra Türk toplumuna uygulanması uygun bulunan Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden, metodolojik süreçte herhangi bir madde çıkarılmadığı için metodolojik kısımda toplanan veriler çalışmanın tanımlayıcı boyutunu değerlendirmek için kullanıldı.

5.7.3. Deneysel Aşama: Yaşlı bireylere uygulanan öz-bakım uygulamaları eğitiminin, sağlığı geliştirici davranışlar ve öz-bakım gücü üzerindeki etkisinin ön-test ve son-test deseninde incelendiği bu aşamada, eğitim programını dinlemesini engelleyecek düzeyde işitme engeli bulunmayan ve eğitim programına katılmaya ve çalışmayı sürdürmeye istekli 73 yaşlı birey gruplara ayrılarak çalışıldı.

Öz-bakım eğitim programı için her grupta ortalama 15 yaşlı bireyin olması hedeflendi ve son grupta 13 kişi ve diğerleri 15'er kişi olmak üzere toplam 5 eğitim oturumu düzenlendi. Eğitim oturumunda olası farklılıkların önlenmesi için Tablo 5.2' de sunulan eğitim planına birebir uyuldu. Eğitim oturumları aynı gün içerisinde yapıldı. Eğitimler 60 dakikadan oluştu. Eğitim programının içeriği (Tablo 5.2) literatür doğrultusunda (Lynn, 2011) araştırmacı tarafından hazırlandı ve alanında uzman üç akademisyen ile Darülaceze kurumu yöneticisinden görüş alındı.

Tablo 5.2 - Öz Bakım Uygulamaları Eğitim Planı

Hedef	İçerik	Yöntem	Süre
Giriş	Öz-Bakım Tanımı	Soru-Cevap	10 dakika
Hedef 1	El Yıkama	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 2	Ağız, Diş, Protez Bakımı	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 3	Deri Bakımı	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 4	Saç Bakımı	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 5	Boşaltım ve Bakımı	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 6	Ayak Bakımı	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 7	Uyku ve Dinleme	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 8	Giyinme, Vücut Isısı Kontrolü	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 9	Kazalar	Düz Anlatım	5 dakika
Hedef 10	İletişim-Duyusal Değişiklikler	Soru-Cevap	5 dakika

Öz-Bakım Uygulamaları eğitimi öncesinde yaşlı bireylere araştırmanın amacı ve içeriği açıklanarak, çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden Onam Formu' nu (Ek-10) doldurmaları istendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere, eğitimin planlandığı gün Bilgi Formu (Ek-1), Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği (Ek-2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-4) uygulandı ve elde edilen veriler deneysel aşamanın “Ön-Test” bulgularını oluşturdu. Eğitim programından 1 ay ve 3 ay sonra Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği (Ek-2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-4) tekrar uygulandı. Ek olarak yaşlı bireylerin öz-bakımlarına yönelik motivasyonlarını yüksek tutmak ve olası sorularını yanıtlamak için 2. ayda motivasyon görüşmeleri gerçekleştirildi.

5.8. Ölçek Uyarlama Çalışması

5.8.1. Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması: Literatürde yer alan ölçek uyarlama çalışmalarında dil eşdeğerliğinin sağlanmasında önerilen yöntemlerden biri geri çeviri uygulamasıdır (Çakmak, 2012; Aksayan ve Gözüm, 2002). Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin dil eşdeğerliğinin sağlanması için önce iki dili (*İngilizce ve Türkçe*) bilen uzman tarafından ölçeğin Türkçe'ye çevirisinin yapılması; sonra her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir çevirmen tarafından geri çevirisinin yapılması önerilir. Orijinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçeklerdeki maddeler karşılaştırıldıktan sonra anlam bütünlüğüne bakılır (Çakmak, 2012; Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçeklerin dil eşdeğerliliğinin sağlanması için iki dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçek formu, danışman öğretim üyesi ve Türk Dili ve Edebiyatı alanında bir uzman ile incelenerek her madde için en uygun çeviriye karar verildi ve ölçek tek bir form haline getirildi. Uyarlanan çevirinin, her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir çevirmen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Geri çevirisi yapılan orijinal ölçekteki maddeler karşılaştırıldı ve anlam bütünlüğü açısından incelenerek uygun hale getirildi.

5.8.2. Kapsam Geçerliliğinin Sağlanması: Ölçek geliştirme çalışmalarında deneme uygulamasının olmadığı durumlarda; kapsam geçerlilik oranları ve kapsam indeksleri yardımı ile uzman görüşlerine dayalı olarak yapılan nitel çalışmaları istatistiksel olarak nicel çalışmalara dönüştürmek için uygulanır. Kapsam geçerlik oranları, Lawshe (1975) tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşım 6 adımdan oluşmaktadır (Yurdugül, 2005):

- a) Alan uzmanlar grubunu oluşturmak
- b) Aday ölçek formlarını hazırlamak
- c) Uzman görüşlerinin elde edilmesi
- d) Maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi
- e) Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi
- f) Kapsam geçerlik oranları indeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması

Araştırma da kapsam geçerliliği için, aşağıda isimleri belirtilen, konusunda uzman yedi kişiden görüş alındı.

Tablo 5.3 - Kapsam Geçerliliği İçin Görüşü Alınan Uzmanlar

Ünvanı, Adı, Soyadı	Kurumu
Prof. Dr. Necmiye Sabuncu	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Merdiye Şendir	Sağlık Üniversitesi
Doç. Dr. Leman Şenturan	Biruni Üniversitesi
Doç. Dr. Ükke Karabacak	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız	Biruni Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Azime Kumbasar	Biruni Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Hatice Kara	İstanbul Üniversitesi

Tablo 5.4 - Uzmanların Kapsam Geçerliliği Değerlendirme Sonuçları (N=7)

Soru No	Uygun Değil (d)	Biraz Uygun (c)	Oldukça Uygun (b)	Çok Uygun (a)
1	0	0	0	7
2	0	0	1	6
3	0	0	0	7
4	0	0	1	6
5	0	0	3	4
6	0	0	2	5
7	0	0	1	6
8	0	0	1	6
9	0	0	1	6
10	0	0	1	5
11	0	0	2	4
12	0	0	1	6
13	0	0	1	6
14	0	0	2	5
15	0	0	1	6
16	0	0	0	7
17	0	0	0	6
18	0	0	0	7
19	0	0	0	7
20	0	0	0	7
21	0	0	0	7
22	0	0	0	7

Tablo 5.4'te uzmanlardan her maddenin uygunluğu için alınan yanıtlar gösterilmiştir. Uzmanlar her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan “*uygun değil*”, 2 puan “*biraz uygun, maddenin uygun şekle getirilmesi gerek*”, 3 puan “*oldukça uygun*”, 4 puan “*çok uygun*” olarak işaretleme yapmışlardır. Uzmanların hiç biri ölçek madde soruları için uygun değil veya biraz uygun yanıtını vermemiştir. Bu sonuçlara göre Kapsam Geçerliliği Oranı (KGO) hesaplandı. KGO hesaplanırken “çok uygun” ve “oldukça uygun” yorumları birleştirildi ve maddenin uygun olduğu sonucu göz önünde bulunduruldu ($NG=a+b$).

Tablo 5.5 - Kapsam (İçerik) Geçerliliği Oranı Hesaplama Tablosu

Soru No	NG (a+b)	N/2	KGO = (NG-N/2) / N/2	KGO	Karar
1	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
2	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
3	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
4	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
5	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
6	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
7	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
8	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
9	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
10	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
11	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
12	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
13	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
14	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
15	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
16	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
17	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
18	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
19	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
20	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
21	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul
22	7	3,5	(7-3,5) / 3,5	+ 1,00	Kabul

Toplam yedi uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden eşitlik ile verilen ifade yardımı ile -1 ile +1 arasında değer alması gereken kapsam geçerlilik oranları (KGO) elde edildi. Araştırmaya katılan tüm uzmanlar ilgili maddeye “*oldukça ve çok uygun*” şeklinde görüş bildirirse KGO=+1 ya da tüm uzmanlar ilgili maddeye “*uygun değil veya biraz uygun*” şeklinde görüş bildirirse KGO=-1 değerini almaktadır. KGO’ünün pozitif ara değerleri için 0,05 anlamlılık düzeyindeki kritik değerler Tablo 5.6’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde 7 uzman için minimum KGO ortalamasının 0,99 olduğu görülmektedir. Yapılan analiz sonucu tüm maddeler için KGO’nun +1 bulunduğu dikkate alındığında her madde için kapsam geçerliliğinin sağlandığı belirlendi.

Tablo 5.6 - Lawshe Minimum İçerik Geçerliliği Oranları

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40+	0,29

5.8.3. Ölçeğin Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi

Yapı geçerliğinde, doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan ancak kuramsal olarak açıklanan bir soyut kavramı, davranışı, boyutu ölçmeyi hedefleyen bir ölçü aracının, amacına ne kadar ulaştığı, ölçülmek istenen soyut kavramı ya da boyutu, davranışı ne derece doğru ölçebildiği değerlendirilir (Erdoğan, 2014; Alpar, 2010). Yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Toplam puanı dışında alt boyutları olan ölçekler için kullanılmaktadır. Her alt boyut faktör olarak adlandırılır. Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi hem ölçeğin bütünlüğünü test eder hem de ölçülecek konunun ilişkisiz değişkenlerden arındırılmasına yardımcı olur. Burada amaç, çok sayıdaki maddelerin daha az sayıda “faktör”lerle ifade edilmesidir (Yüksel ve ark., 2007). Faktör analizleri “*Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)*” ve “*Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)*” olmak üzere iki farklı yöntem ile yapılabilir:

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA):

AFA ile belirli bir hipotez sınınamaz. Burada ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinmeye çalışılır. Ana amaç verilerin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmaktır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2007; Erdoğan, 2014). Bunun için şu yollar izlenir:

1. Veri setinin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilir. Bu amaçla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerini anlamak için Barlett Testi uygulanır. KMO değerinin 0,50'nin altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlik analizleri için yeterli olmadığını gösterir.

2. Faktörler elde edilir. Bunun için Öz-değer istatistiği ve Scree-plot grafiği çıkarılır.
3. Faktörlerin rotasyonu yapılır. Bunun için Varimax rotasyon işlemi yapılır.
4. Faktörler isimlendirilir (Aksayan ve ark., 2004).

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri kapsamında öncelikle açıklayıcı (*explanatory*) faktör analizi ve madde analizi çalışmalarına yer verildi; son olarak da doğrulayıcı (*confirmatory*) faktör analizi çalışmaları gerçekleştirildi. Araştırmanın açıklayıcı faktör analizi ve madde analizi çalışmaları SPSS 20.0 paket programıyla, doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları ise AMOS-16 yazılımı ile gerçekleştirildi. Araştırma kapsamında kullanılan tüm istatistiksel işlemlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi. Faktör analizi, elde edilen verilere Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett Testi uygulandıktan sonra gerçekleştirildi. Ölçeğin güvenirlik analizi için de Zamana karşı değişmezlik için test-tekrar test, paralel form ve maddelerin içi tutarlılıkları incelendi.

Analiz işlemlerinin son basamağında, doğrulayıcı faktör analizi işlemleri gerçekleştirilerek ölçek için kurulan modelde Ki-Kare (X^2) iyilik uyumu, X^2/sd oranı SRMR ve RMSA değerleri ile NFI, CFI, RFI, GFI, AGFI uyum indeksleri incelendi ve yorumlandı.

Tablo 5.7 - KMO ve Bartlett's Testi'nden Elde Edilen Sonuçlar

Kaiser-Meyer-Olkin Ölçümü		: 0,755
Barlett's Test	<i>Yaklaşık Ki-Kare X^2</i>	: 4342,196
	<i>df</i>	: 231
	<i>Anlamlılık</i>	: 0,000

Tablo 5.7'de Yaşlı Sağlığının Geliştirmesi Ölçeği'nin (YSGÖ) maddelerine yönelik yapılan faktör analizi sonucunda Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,755 bulundu. KMO, dağılımın faktörlü analiz için yeterli olup olmadığını test etmektedir. Bu bağlamda, KMO test sonucu için 0,700–0,900 aralığının orta ve ideal olduğu belirtilmektedir (Erdoğan, 2014). Barlett testi ise temelde; “*değişkenlere ilişkin korelasyon matrisinin, (değişkenler arasında ilişki yoktur varsayımına dayanan) birim*

matrise karşı test edilme ilkesi”ne dayanmaktadır. Bu nedenle küresellik testi olarak da adlandırılan Barlett Testi korelasyon matrisinin anlamlılığını test etmektedir (Alpar, 2010; Erdoğan, 2014). Barlett testi sonucu 4342,196 ($p < 0,001$) olarak tespit edildi. Barlett testi “*korelasyon matrisi birim matrise eşittir*” hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1’den farklı olduğunu ifade etmekte ve ölçüm yapılan değişkenin evren parametresinde çok değişkenli olduğunu kanıtlamaktadır. Bu iki bulgu faktör analizi yapılabilmesi adına araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermekte ve verilerin uygun olduğunu kanıtlamaktadır.

Bu araştırmada, faktör sayısına sınırlama getirilmedi. Ancak öz değeri (*eigen value*) 1’den büyük olan boyutlar hazırlanan ölçeğin boyutları olarak düşünüldü. Öz-değer; “*hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hem de önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır.*” Genel olarak faktör analizi yapıldıktan sonra öz değeri 1 veya 1’den daha büyük olan faktörlerin dikkate değer olduğu kabul edilmektedir. Faktör elde etme metodu olarak Temel Bileşenler Analizi (*Principal Component Analysis*) seçilirken, rotasyon işlemi için Varimax tercih edildi (Yüksel ve ark., 2007). Bu araştırmada faktör elde etme metodu için PCA, rotasyon döndürme işlemi için Varimax ve özdeğeri 1 ve üzeri olarak alındı, böylelikle toplam 6 faktörlü bir yapının varlığı kabul edildi.

Tablo 5.8 - Alt Boyutlar Tarafından Açıklanan Varyans Oranları

<i>Boyutlar</i>	<i>Öz değer</i>	<i>Varyans (%)</i>	<i>Yığılmış Varyans (%)</i>
1. Boyut	5,722	26,008	26,008
2. Boyut	2,800	12,726	38,735
3. Boyut	2,777	12,623	51,357
4. Boyut	1,789	8,133	59,491
5. Boyut	1,602	7,281	66,771
6. Boyut	1,311	5,958	72,729

Extraction Method: *Principal Component Analysis*

Tablo 5.8’de ölçeğin altı boyutunun öz değeri, varyans oranları ve yığılmalı varyans yüzdeleri görülmektedir. Öz değeri 5,722 olan birinci faktörün açıkladığı varyans oranı %26,008; öz değeri 2,800 olan ikinci faktörün açıkladığı varyans oranı ise 12,726; öz değeri 2,777 olan üçüncü faktörün açıkladığı varyans oranı ise %12,623; öz değeri 1,789 olan dördüncü faktörün açıkladığı varyans oranı %8,133; öz değeri 1,602 olan beşinci faktörün açıkladığı varyans 7,281 ve öz değeri 1,311 olan altıncı faktörün açıkladığı varyans oranı %5,958’dir. Yığılmalı varyans bölümünde görülen ve altı faktörün toplam varyans yüzdesi ise 72,729’dur. Faktör analizi sonucunda elde edilen varyans oranları ne denli yüksek olursa, bir ölçeğin faktör yapısı o denli güçlü olmaktadır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2007). %40–60 aralığında değişen varyans oranlarının sosyal bilimlerde ideal kabul edildiği (Yurdugül, 2012) düşünüldüğünde, bu araştırma sonucunda elde edilen %72,729’luk varyans oranının yeterli olduğu söylenebilir. Aşağıda yer alan Tablo 5.9’da ise YGSÖ’nün bütün maddelerine ait faktör yükleri görülmektedir. Çizelgedeki gösterim faktör sıralı olup faktörlerdeki maddeler faktör yük değerlerine göre büyükten küçüğe doğru sıralandı.

Tablo 5.9 - Alt Boyutların Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri

	Faktör Yükleri					
	1. Boyut	2. Boyut	3. Boyut	4. Boyut	5. Boyut	6. Boyut
11. Yerel (kasaba, köy, kurum) etkinliklere katılımım.	,856					
12. Kültürel veya dini etkinliklere katılımım.	,793					
9. Toplu halde yapılan programlara katılımım	,776					
10. Sağlık eğitimi programlarına katılımım.	,760					
8. Sağlık eğitimi programlarına katılımım.	,737					
7. Arkadaşlarım ile her zaman iletişim kurarım.	,609					
6. Mahalle muhtarını bilirim	,590					
4. Rahat ayakkabılar kullanırım.		,828				
2. Günde 3 öğün yerim.		,823				
1. Her gün kahvaltı yaparım.		,821				
5. Kaymayan ayakkabılar kullanırım		,786				
3. Yeterince uyurum.		,729				
13. Düzenli olarak kolesterolümü kontrol ettiririm.			,934			
15. Düzenli olarak kan şekeri kontrol ettiririm.			,889			
14. Düzenli olarak kan basıncımı kontrol ettiririm			,867			
18. Her gün 2 yumruk büyüklüğünde meyve tüketirim				,869		
17. Her gün 1,5 porsiyon/tabak sebze tüketirim				,809		
16. Altı besin grubunu içerecek biçimde dengeli beslenirim				,759		
19. Günde 30 dakikalık egzersiz yaparım.					,914	
20. Haftada 3 kere en az 30 dakikalık egzersizler yaparım					,889	
21. Yatmadan önce dişlerimi fırçalarım.						,895
22. Dişlerimi günde 3 defa fırçalarım.						,882

Extraction Method: Principal Component Analysis

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Faktör yük değeri maddelerin alt boyutlarla olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Konuyla ilgili örnek çalışmalarda; faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0,30–0,40 aralığında değişen faktör yüklerinin, alt kesme noktası olarak alınabileceği ifade edilmektedir (Alpar, 2010; Erdoğan, 2014). Bu araştırmada alt kesme noktası olarak 0,30 kabul edildi. Görüldüğü üzere hiçbir maddenin alt boyut puanı 0,30 altında saptanmadı. Araştırmada yer alan en düşük faktör yükü 0,590 ve en yüksek 0,934 olarak bulundu.

Maddelere yönelik analiz işlemlerine başlanmadan önce madde içerikleri göz önünde bulundurulmuş ve boyutlara isim verilmeye çalışılmıştır.

İlk boyutta yer alan maddelerin hepsi yaşlıların sosyal aktivitelere ve topluma katılımını göstermektedir. Orijinal ölçekte olduğu gibi, birinci boyutta yer alan maddelerden yola çıkarak “*Topluma Katılım*” (TK) adı verildi. İkinci boyutta yer alan maddelerin hepsi yaşlıların alışkanlıklarına yönelik soruları göstermektedir. Orijinal ölçekte örtüşen ikinci boyutta yer alan maddelere “*Sağlık Alışkanlıkları*” (SA) adı verildi. Üçüncü boyutta yer alan maddelerin hepsi yaşlıların sağlıklarını ne kadar önemstediklerini göstermektedir. Üçüncü boyutta yer alan maddelerden yola çıkarak “*Sağlık Sorumluluğu*” (SS) adı verildi. Dördüncü boyutta yer alan maddelerin hepsi yaşlıların beslenmesine yönelik soruları göstermektedir. Buna göre dördüncü boyutta yer alan maddelerden yola çıkarak “*Sağlıklı Beslenme*” (SB) adı verildi. Beşinci boyutta yer alan maddelerin hepsi yaşlıların egzersiz alışkanlıklarını göstermektedir. Buna göre beşinci boyutta yer alan maddelerden yola çıkarak “*Düzenli Egzersiz*” (DE) adı verildi. Altıncı ve son boyutta yer alan maddelerin hepsi ağız sağlığına yönelik soruları göstermektedir. Buna göre altıncı boyutta yer alan maddelerden yola çıkarak “*Ağız Sağlığı*” (AS) adı verildi. Ölçekte belirtilen alt boyutlar ve anlamları, orijinal ölçekte örtüştü.

Tablo 5.10 - YSGÖ'nün Madde İç Tutarlılık Analizleri

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
1. Boyut (TK)	7	0,86
2. Boyut (SA)	5	0,87
3. Boyut (SS)	3	0,91
4. Boyut (SB)	3	0,80
5. Boyut (DE)	2	0,89
6. Boyut (AS)	2	0,81

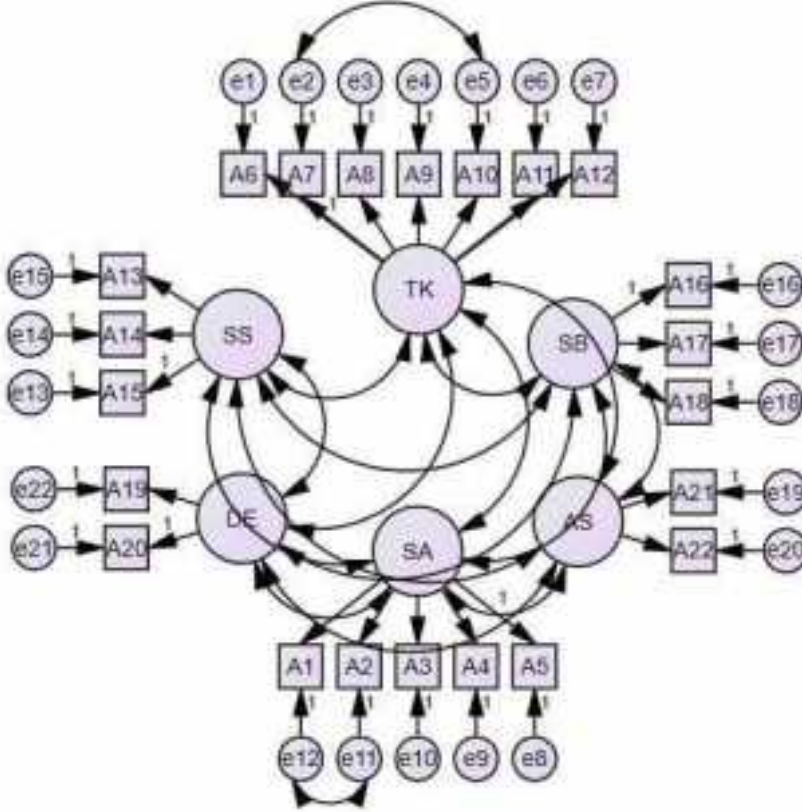
Tablo 5.10’da sunulan iç tutarlılık analizine göre cronbach alfa katsayısının TK alt boyutu için 0,867; SA alt boyutu için 0,873; SS alt boyutu için 0,913; SB alt boyutu için 0,803; DE alt boyutu 0,898 ve AS alt boyu için 0,819 olduğu saptandı. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,858 olarak bulundu. Bu sonuçlar ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının yüksek seviyede güvenilir olduğunu gösterdi.

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA):

Çalışmanın ikinci aşamasında AFA ile belirlenen faktörlerin, hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek amacıyla DFA'dan yararlanıldı. DFA analizi yapmak için her maddenin kayıp veri bulundurmaması gerekmektedir. Bu çerçevede yapılan istatistiksel yöntemlere göre kayıp değişkenler yerine seride en çok tekrar eden seçenek atandı.

Yapılan *Açımlayıcı Faktör Analizi* sonucu ortaya çıkan 6 faktörlü yapının örneklem verisine iyi uyum gösterip göstermediğini anlamak amacıyla AMOS 16.0 paket programı kullanılarak DFA yapıldı ve ilgili path diyagramı Şekil 5.1'de verildi. Diğer bir ifadeyle bu öge, klasik faktör analizindeki faktör yüklerine denk düşmektedir. Bu oklar, her bir maddenin kendi örtük değişkeninin ne kadar iyi bir temsilcisi olduğuna ilişkin bilgi verir (Yüksel ve ark., 2007; Erdoğan, 2014). Yapılan analize göre yol katsayıları 0,61 ile 0,86 arasında değişmekte olup hepsinin kabul edilebilir uyum gösterdiği sonucuna varıldı.

Şekil 5.1 - Path Diyagramı ve Faktör Yükleri



Tablo 5.11 - Standart Uyum İyiliği Ölçütleri ile Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Araştırmadan Elde Edilen Uyum Değerleri
χ^2	$0 \leq c^2 \leq 2df$	$2df \leq c^2 \leq 5df$	680,593
P Değeri	$0.05 \leq p \leq 1$	$0.01 \leq p \leq 0.05$	0,000
χ^2/df	$0 \leq c^2/df \leq 2$	$2 \leq c^2/df \leq 3$	3,54
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,08
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,049
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,900
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0,905
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,850
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,802
RFI	$0.90 < RFI < 1.00$	$0.85 < RFI < 0.90$	0,850

Schermelleh-Engel-Moosbrugger (2003)

Yapılan analiz sonucunda 22 maddeden oluşan altı faktörlü ölçeğin yapısına ilişkin olarak $\chi^2 = 680,593$ ($df=192$, $p<.001$) değeri elde edildi. Elde edilen sonuçlara göre Ki-Kare değerinin anlamlı olması beklenmektedir ancak bu değer örneklem büyüklüğüne oldukça duyarlıdır ve büyük örneklem gruplarında çoğunlukla anlamlı düzeyde çıkabilmektedir. Bu açıdan alternatif olarak elde edilen Ki-Kare oranının serbestlik derecesine bölümünden elde edilen bir hesaplama önerilmektedir (Byrne, 1989; Kline, 1994). Yapılan çalışmada bu oran ($\chi^2/df=3,54$) olarak bulundu. Bu oranın iki veya altında olması, modelin iyi bir model olduğu, beş veya daha altında bir değer olması ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Şimşek, 2007). Bu bakımdan elde edilen değer, modelin kabul edilebilir bir model olduğuna önemli bir kanıttır.

Buna ek olarak GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), CFI (*Comperative Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) ve SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) uyum indeksleri de hesaplandı. Belirtilen uyum indekslerinin kabul edilebilirlik düzeyleri farklı yazarlara göre değişiklik gösterse de, genel olarak GFI, AGFI ve CFI'nin 0.90 ve üzeri olması, RMSEA'nın 0.08'in ve SRMR'nin 0.10 altında olması kabul edilebilir bir uyum iyiliğini ifade etmektedir (Kline, 1998; Şimşek, 2007). Tablo 5.11'de yapılan analiz sonucu

RMSEA=0.08; SRMR=0.049; GFI=0,850; AGFI=0.802; NFI=0.900; CFI=0.905; RFI=0.850 olarak belirlendi. Bazı uyum indekslerinin yeterliliği sağlanırken bazılarının sağlanamamıştır fakat sonuç olarak, yaşlı sağlığının geliştirilmesi ölçeği 22 madde ve altı faktörden oluştuğu doğrulayıcı faktör analizinin uyum belirteçleri ile belirlenmiş ve bu model kuramsal ve istatistiksel açıdan uygun bulundu.

5.8.4. Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik; değişmezliğin, yeterliliğin, eşdeğerliliğin , tutarlılığın , doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasını anlatır. Güvenilir olmayan bir ölçüm aracının ya da güvenirliliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2007; Erdoğan, 2014).

5.8.4.1. Zamana Göre Değişim (Test Tekrar Test): YSG ölçeğinin güvenirliliğini saptamak için yapılan uygulamalardan ilki testin tekrarı yöntemidir. Ölçeğin zaman içindeki kararlılığını belirlemek amacıyla, ölçek 100 kişilik bir gruba farklı zamanlarda iki kez uygulandı.

Tablo 5.12 - Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği Test Tekrar Test Güvenirlilik Katsayıları (N=100)

Faktör	Uygulama	Ortalama	Standart Sapma	r	p
Sağlık Alışkanlıkları	İlk Uygulama	3,60	0,58	0,560	0,000
	İkinci Uygulama	3,64	0,47		
Topluma Katılım	İlk Uygulama	2,22	0,86	0,791	0,000
	İkinci Uygulama	2,31	0,69		
Sağlık Sorumluluğu	İlk Uygulama	2,76	1,00	0,792	0,000
	İkinci Uygulama	2,73	0,89		
Sağlıklı Beslenme	İlk Uygulama	2,96	0,77	0,536	0,000
	İkinci Uygulama	3,15	0,74		
Düzenli Egzersiz	İlk Uygulama	2,18	1,04	0,875	0,000
	İkinci Uygulama	2,05	1,00		
Ağız Sağlığı	İlk Uygulama	2,30	1,02	0,799	0,000
	İkinci Uygulama	2,27	1,01		
Toplam	İlk Uygulama	2,67	0,51	0,793	0,000
	İkinci Uygulama	2,69	0,50		

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları Tablo 5.12’de görülmektedir. Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, tüm alt boyutlarda ve toplamda ilk ve ikinci uygulama arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki belirlendi ($p<0,001$). Bu sonuçlar ölçeğin orijinali ile paralellik gösterdiğini, ölçeğin Türkçe çevirisinin de oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.8.4.2. Paralel Form Güvenirliği: Alternatif ya da eşdeğer form güvenirligi olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasında elde edilen puanları arası korelasyonla pearson momentler çarpımı formülüyle hesaplanır (Erdoğan, 2014) Ölçek uyarlamasında bu yöntem; ancak daha önce aynı amaçlar için geliştirilmiş bir ölçeğin varlığında kullanılabilir ve bu iki ölçek arasındaki korelasyon düzeyine bakılır. Yapılan değerlendirme sonucunda Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği’nden (YSGÖ) elde edilen toplam puan ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’nden (SYBDÖ) elde edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,521$; $p<0,001$) (Tablo 5.13).

Tablo 5.13 - YSGÖ ile SYBDÖ Arası Paralellik Analizi

	n	Ortalama	Standart Sapma	r	p
Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği	328	2,66	0,54	0,521	0,000
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	328	2,50	0,65		

Yapılan uyarlama çalışmasında 35 madde ve 6 faktörden oluşan ölçeğin, kapsam yönünden uygun, güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlanmasında etik ilkeler göz önünde bulunduruldu.

- Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacak ölçek için, ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan Chen’ den yazılı izin alındı (Ek-6).
- Çalışmanın uygulanabilmesi için ilgili kurumdan etik kurul onayı (Ek-7) alındı.

- Çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-8).
- Örnekleme oluşturacak yaşlı bireylerin uygulama aşamasında gönüllü katılımları dikkate alınarak, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alındı (Ek-10).
- Örnekleme oluşturan katılımcıların tüm kimlik bilgileri araştırmacı tarafından gizli tutuldu.

5. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kurumda yapılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır, kurum dışında yaşayan bireylerde de uygulanması önerilir.

6. BULGULAR

Yaşlı bireylere verilen öz-bakım eğitiminin sağlığın geliştirilmesine etkisinin incelendiği araştırmanın tanımlayıcı ve deneysel boyutlarının verileri bu bölümde sunuldu.

6.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlığı Geliştirici Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular

6.1.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

6.1.2. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı ve Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

6.1.3. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

6.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitimine Yönelik Bulgular

6.2.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

6.2.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitimine Yönelik Bulgular

6.2.3. Eğitim Verilen Yaşlı Bireylerin Öz-Bakım Gücü Ölçek (ÖBGÖ) Puanlarının Dağılımı

6.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlığı Geliştirici Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular

6.1.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 6.1 - Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=328)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	
Yaş <i>min: 65; mak: 96; ort: 72,09</i>	65-74 yaş	221	67,4
	75-84 yaş	71	21,6
	85 yaş ve üzeri	36	11,0
Cinsiyet	Kadın	124	37,8
	Erkek	204	62,2
Eğitim Durumu	İlkokul	254	77,4
	Ortaokul	40	12,2
	Lise	34	10,4
Medeni Durum	Bekar	124	37,8
	Dul	135	41,2
	Boşanmış	69	21,0
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	273	83,2
	Bir çocuğu var	55	16,8

Yaşlıların %67,4'ünün (n=221) 65-74 yaş arasında olduğu ve %62,2'sinin (n=204) erkek olduğu saptandı. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 72,09 bulundu. Yaşlı bireylerin %77,4'ünün (n=254) eğitim durumu ilkokul düzeyinde saptanırken, %41,2'sinin (n=135) ise medeni durumunun dul olduğu görüldü. Yaşlı bireylerin %83,2'si (n=273) çocuk sahibi olmadığı, %16,8'inin (n=55) bir çocuğunun olduğu belirlendi (Tablo 6.1).

Tablo 6.2 - Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri (n=328)

Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler		n	%
Sosyal Güvence	Yok	111	33,8
	Emekli Sandığı	66	20,1
	Bağ-Kur	39	11,9
	SGK	102	31,1
	Özel Sigorta	10	3,0
Diş Protezi Varlığı	Var	203	61,9
	Yok	125	38,1
Diş Fırçalama / Protez Bakımı Sıklığı	Yemeklerden sonra	98	29,9
	Gerekli gördüğünde	230	70,1
Banyo Yapma Sıklığı	Her gün	18	5,5
	İki günde bir	115	35,1
	Haftada bir gün	187	57,0
	15 günde bir	8	2,4
Ara Ara Nükseden / Kronik Hastalık Varlığı	Var	213	64,9
	Yok	115	35,1
Uyku Problemi Varlığı	Var	100	30,5
	Yok	228	69,5
Gündüz Uyuma Durumu	Evet	137	41,8
	Hayır	191	58,2
Sağlığını Bozacak/Tehlikeye Sokacak Faktörleri Bilme Durumu	Farkında değil	102	31,1
	Farkında ve dikkat ediyor	226	68,9

Tablo 6.2 incelendiğinde; yaşlı bireylerin %33,8'inin (n=111) sosyal güvencesinin olmadığı, %31,1'inin (n=102) SGK' sı olduğu belirlendi. %61,9'unun (n=203) diş protezi olduğu, diş fırçalama/protez bakımı sıklığı incelendiğinde örneklemin %70,1'inin (n=230) ağız bakımını gerekli gördüğünde yaptığı saptandı. Yaşlı bireylerin %57'sinin (n=187) banyo yapma sıklığının haftada bir gün olduğu; %64,9'unun (n=213) ara ara nükseden veya kronik özellikli bir hastalığının olduğu; %30,5'inin (n=100) uyku problemi yaşadığını belirttiği ve %41,8'inin (n=137) gündüz uyuduğu saptandı. Yaşlıların %68,9'unun (n=226) sağlığını bozacak veya tehlikeye sokacak faktörleri bildiği ve dikkat gösterdiği belirlendi.

Tablo 6.3 - Yaşlı Bireylerin Sağlığına Dikkat Etmek İçin Uyguladığı Davranışların Dağılımı (n=328)

Sağlığa Dikkat Etmek İçin Uygulanan Davranışlar *	n	%
Diyet ve Egzersiz	115	50,9
Sağlığı Koruyucu Tutum ^a	75	33,2
Stresten Uzak Durma	30	13,3
Diğer Davranışlar ^b	6	2,7

^a İlaçlarını zamanında almak, hijyenik olmak; ^b Kendine bakma, kazalardan korunma, yeterli uyuma
* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Yaşlı bireylerin %50,9'unun (n=115) sağlığına dikkat etmek için diyet ve egzersiz yaptığı; %33,2'sinin (n=75) sağlığını koruyucu bir tutum içerisinde olduğu ve %13,3'ünün (n=30) stresten uzak durmaya çalıştığı saptandı (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Yaşlı Bireylerin Sosyalleşme ve Zamanı Değerlendirme Durumu (N=328)

Sosyalleşme ve Zamanı Değerlendirme Durumu	n	%	
Yakını Tarafından Ziyaret Edilme	Evet	243	74,1
	Hayır	85	25,9
Ziyarete Gelen Kişiler (N=243) *	Çocukları	52	10,2
	Torunları	43	8,5
	Akrabaları	193	38,1
	Yeğenleri	90	17,8
	Arkadaşları	103	21,0
	Diğer	21	4,4
Sohbet Ettiği Yakın Arkadaşı	Var	254	77,4
	Yok	74	22,6
El İşi vb. Sosyal Aktivitelere Katılma	Evet	139	42,4
	Hayır	189	57,6
Boş Zamanda Yapılan Aktiviteler *	Arkadaş ziyaretine gitmek	104	21,3
	Kitap-gazete okumak	92	18,9
	TV seyretmek, radyo dinlemek	76	15,6
	Kahveye gitmek	36	7,4
	İbadet etmek	80	16,4
	Tamirat yapmak	35	7,2
	El sanatlarıyla uğraşmak	50	10,2
Diğer	15	3,1	

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Yaşlı bireylerin %74,1'inin (n=243) yakını tarafından ziyaret edildiği, ziyarete gelen kişilerin %38,1'inin (n=193) akrabaları ve %21'inin (n=103) arkadaşları olduğu saptandı.

Yaşlı bireylerin %77,4'ünün (n=254) sohbet ettiği yakın arkadaşının olduğu ve %42,4'ünün (n=139) ise el işi gibi sosyal aktivitelere katıldığı belirlendi. Boş zamanlarını değerlendirmek için %21,3'ünün (n=104) arkadaş ziyaretine gittiği, %18,9'unun (n=92) kitap-gazete okuduğu, %16,4'ünün (n=80) ibadet ettiği ve %15,6'sının (n=76) televizyon seyrettiği veya radyo dinlediği saptandı (Tablo 6.4).

6.1.2. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) Aldıkları Puanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 6.5 - Yaş Gruplarına Göre Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Yaş Grupları	n	Ort.	SS	F	p
Sağlık Alışkanlıkları	65-74 yaş	221	3,49	0,74	2,191	0,113
	75-84 yaş	71	3,33	0,73		
	85 yaş ve üzeri	36	3,27	0,77		
Topluma Katılım	65-74 yaş	221	2,29	0,86	3,317	0,045*
	75-84 yaş	71	2,05	0,90		
	85 yaş ve üzeri	36	2,00	0,81		
Sağlık Sorumluluğu	65-74 yaş	221	2,71	1,10	0,380	0,684
	75-84 yaş	71	2,72	1,03		
	85 yaş ve üzeri	36	2,55	0,80		
Sağlıklı Beslenme	65-74 yaş	221	2,85	0,84	1,025	0,360
	75-84 yaş	71	2,96	0,84		
	85 yaş ve üzeri	36	2,72	0,90		
Düzenli Egzersiz	65-74 yaş	221	2,52	1,09	19,667	0,000***
	75-84 yaş	71	1,80	0,87		
	85 yaş ve üzeri	36	1,70	0,81		
Ağız Sağlığı	65-74 yaş	221	2,34	1,04	1,317	0,269
	75-84 yaş	71	2,30	1,08		
	85 yaş ve üzeri	36	2,04	0,95		
Toplam	65-74 yaş	221	2,72	0,53	5,906	0,003**
	75-84 yaş	71	2,56	0,58		
	85 yaş ve üzeri	36	2,44	0,41		

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

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) | LSD Testi

Yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p < 0,05$), *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,001$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* aldıkları puanların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın *Topluma Katılım* alt boyutunda 65-74 yaş arasındaki bireyler ile 75-84 yaş arasındaki bireylerin puan ortalamaları farkından; *Düzenli Egzersiz* alt boyutunda ve *Ölçek Toplam*

Puanında ise 65-74 yaş arasındaki bireyler ile diğer yaş gruplarındaki bireylerin puan ortalamaları farkından kaynaklandığı saptandı (Tablo 6.5).

Tablo 6.6 - Cinsiyete Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Kadın	124	3,47	0,67	0,691	0,490
	Erkek	204	3,41	0,79		
Topluma Katılım	Kadın	124	2,09	0,89	-1,877	0,061
	Erkek	204	2,28	0,85		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	124	2,75	0,99	0,700	0,485
	Erkek	204	2,66	1,09		
Sağlıklı Beslenme	Kadın	124	3,05	0,81	3,085	0,002*
	Erkek	204	2,75	0,85		
Düzenli Egzersiz	Kadın	124	2,00	0,95	-3,724	0,000**
	Erkek	204	2,45	1,11		
Ağız Sağlığı	Kadın	124	2,32	0,95	0,314	0,754
	Erkek	204	2,28	1,09		
Toplam	Kadın	124	2,61	0,54	-0,440	0,660
	Erkek	204	2,64	0,52		

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

t=Bağımsız Örneklem *t*-Testi

Tablo 6.6 incelendiğinde; kadınların YSGÖ'nün *Sağlıklı Beslenme* alt boyutu puan ortalamasının, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,01$). Diğer yandan erkek yaşlıların *Düzenli Egzersiz* alt boyutu puan ortalamasının, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,001$).

Tablo 6.7 - Eğitim Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ort.	SS	F	p
Sağlık Alışkanlıkları	İlkokul	254	3,40	0,78	2,719	0,067*
	Ortaokul	40	3,40	0,63		
	Lise	34	3,71	0,45		
Topluma Katılım	İlkokul	254	2,22	0,87	0,248	0,781
	Ortaokul	40	2,11	0,83		
	Lise	34	2,21	0,98		
Sağlık Sorumluluğu	İlkokul	254	2,68	1,05	0,883	0,414
	Ortaokul	40	2,90	1,08		
	Lise	34	2,60	1,08		
Sağlıklı Beslenme	İlkokul	254	2,87	0,83	0,116	0,891
	Ortaokul	40	2,89	0,91		
	Lise	34	2,80	0,89		
Düzenli Egzersiz	İlkokul	254	2,25	1,06	0,410	0,664
	Ortaokul	40	2,41	1,07		
	Lise	34	2,33	1,21		
Ağız Sağlığı	İlkokul	254	2,18	0,99	11,154	0,000**
	Ortaokul	40	3,00	1,01		
	Lise	34	2,35	1,11		
Toplam	İlkokul	254	2,64	0,55	0,643	0,526
	Ortaokul	40	2,72	0,52		
	Lise	34	2,71	0,50		

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

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) | LSD Testi

Yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlıklı Alışkanlıkları* ($p < 0,01$) ve *Ağız Sağlığı* ($p < 0,001$) alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın, *Sağlık Alışkanlıkları* alt boyutunda lise mezunu bireyler ile ilkokul mezunu bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından, *Ağız Sağlığı* alt boyutunda ise ortaokul mezunu bireyler ile ilkokul ve lise mezunu bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı saptandı (Tablo 6.7).

Tablo 6.8 - Medeni Duruma Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort.	SS	F	p
Sağlık Alışkanlıkları	Bekar	124	3,29	0,86	8,608	0,000***
	Dul	135	3,40	0,74		
	Boşanmış	69	3,74	0,33		
Topluma Katılım	Bekar	124	2,04	0,81	3,646	0,027*
	Dul	135	2,32	0,95		
	Boşanmış	69	2,27	0,78		
Sağlık Sorumluluğu	Bekar	124	2,40	0,99	8,118	0,000***
	Dul	135	2,85	1,05		
	Boşanmış	69	2,91	1,06		
Sağlıklı Beslenme	Bekar	124	2,67	0,78	6,509	0,002**
	Dul	135	3,04	0,85		
	Boşanmış	69	2,86	0,89		
Düzenli Egzersiz	Bekar	124	2,22	1,14	4,497	0,012*
	Dul	135	2,16	0,96		
	Boşanmış	69	2,62	1,12		
Ağız Sağlığı	Bekar	124	2,02	1,06	7,422	0,001**
	Dul	135	2,48	1,00		
	Boşanmış	69	2,44	0,98		
Toplam	Bekar	124	2,47	0,47	12,624	0,000***
	Dul	135	2,74	0,60		
	Boşanmış	69	2,82	0,43		

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

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) | LSD Testi

Yaşlı bireylerin medeni duruma göre YSGÖ'nün tüm altı boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan ileri analizde; boşanmış bireylerin bekar ve dul yaşlılara göre *Sağlık Alışkanlıkları* ($p < 0,001$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, dul yaşlıların bekarlara göre *Topluma Katılım* ($p < 0,05$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, bekar yaşlıların dul ve boşanmışlara göre *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,001$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, dul yaşlıların bekarlara göre *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,01$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, boşanmış yaşlıların bekar ve dullara göre *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,01$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, bekar yaşlıların dul ve boşanmışlara göre *Ağız Sağlığı* ($p < 0,01$) alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve *Ölçek Toplam Puanında* ise bekar yaşlıların, boşanmış ve dul yaşlılara göre daha düşük puan aldıkları görüldü (Tablo 6.8).

Tablo 6.9 - Çocuk Sayısına Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Çocuk Sayısı	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Çocuğu yok	273	3,39	0,78	-3,435	0,001*
	Bir çocuğu var	55	3,65	0,44		
Topluma Katılım	Çocuğu yok	273	2,23	0,86	1,075	0,283
	Bir çocuğu var	55	2,09	0,91		
Sağlık Sorumluluğu	Çocuğu yok	273	2,74	1,04	1,612	0,108
	Bir çocuğu var	55	2,49	1,10		
Sağlıklı Beslenme	Çocuğu yok	273	2,88	0,84	0,707	0,480
	Bir çocuğu var	55	2,79	0,86		
Düzenli Egzersiz	Çocuğu yok	273	2,29	1,08	0,354	0,723
	Bir çocuğu var	55	2,23	1,04		
Ağız Sağlığı	Çocuğu yok	273	2,23	1,04	-2,614	0,009*
	Bir çocuğu var	55	2,63	1,01		
Toplam	Çocuğu yok	273	2,66	0,55	-0,002	0,998
	Bir çocuğu var	55	2,66	0,46		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Tablo 6.9 incelendiğinde; çocuğu olan yaşlıların YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ve *Ağız Sağlığı* alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, çocuğu olmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,01$).

Tablo 6.10 - Sosyal Güvenceye Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Sosyal Güvence	n	Ort.	SS	F	p
Sağlık Alışkanlıkları	Yok	111	3,33	0,77	1,539	0,191
	Emekli Sandığı	66	3,45	0,69		
	Bağ-Kur	39	3,67	0,60		
	SGK	102	3,44	0,78		
	Özel Sigorta	10	3,42	0,74		
Topluma Katılım	Yok	111	2,26	0,91	0,970	0,424
	Emekli Sandığı	66	2,25	0,88		
	Bağ-Kur	39	2,32	0,94		
	SGK	102	2,07	0,80		
	Özel Sigorta	10	2,11	0,88		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	111	2,53	1,08	4,563	0,001**
	Emekli Sandığı	66	2,83	0,87		
	Bağ-Kur	39	3,16	1,01		
	SGK	102	2,69	1,05		
	Özel Sigorta	10	1,86	1,25		
Sağlıklı Beslenme	Yok	111	2,65	0,78	7,144	0,000***
	Emekli Sandığı	66	2,85	0,78		
	Bağ-Kur	39	3,42	0,65		
	SGK	102	2,93	0,90		
	Özel Sigorta	10	2,50	1,04		
Düzenli Egzersiz	Yok	111	2,26	1,10	2,821	0,025*
	Emekli Sandığı	66	2,43	1,04		
	Bağ-Kur	39	2,65	1,04		
	SGK	102	2,12	1,05		
	Özel Sigorta	10	1,70	0,94		
Ağız Sağlığı	Yok	111	2,14	1,12	1,936	0,104
	Emekli Sandığı	66	2,37	0,94		
	Bağ-Kur	39	2,66	1,13		
	SGK	102	2,27	1,10		
	Özel Sigorta	10	2,40	1,04		
Toplam	Yok	111	2,58	0,05	4,523	0,001**
	Emekli Sandığı	66	2,71	0,05		
	Bağ-Kur	39	2,95	0,08		
	SGK	102	2,61	0,05		
	Özel Sigorta	10	2,41	0,22		

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

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) | LSD Testi

Yaşlı bireylerin YSGÖ'nün Sağlık Sorumluluğu ($p < 0,01$), Sağlıklı Beslenme ($p < 0,001$) ve Düzenli Egzersiz ($p < 0,05$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın, Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda özel sigorta ile diğer sigortalar arasındaki puan ortalamaları farkından, Sağlıklı Beslenme alt boyutunda sağlık sigortası Bağ-Kur olanlar

ile diğer sigortalara sahip olan ve sigortası olmayanlar arasındaki puan ortalamaları farkından, *Düzenli Egzersiz* alt boyutunda ise özel sigortası olanlar ile sigortası emekli sandığı ve Bağ-Kur'lu olanlar ve *Ölçek Toplam Puanında* ise Bağ-Kur'lu bireyler ile diğer sağlık güvencelerine sahip olan ve sağlık güvencesi olmayan bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı saptandı (Tablo 6.10).

Tablo 6.11 - Diş Protezi Varlığına Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Diş Protezi Varlığı	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Var	203	3,40	0,79	-1,163	0,246
	Yok	122	3,50	0,67		
Topluma Katılım	Var	203	2,07	0,83	-3,459	0,001**
	Yok	122	2,41	0,89		
Sağlık Sorumluluğu	Var	203	2,64	1,06	-1,383	0,168
	Yok	122	2,81	1,05		
Sağlıklı Beslenme	Var	203	2,75	0,85	-3,028	0,003**
	Yok	122	3,04	0,82		
Düzenli Egzersiz	Var	203	2,19	1,10	-1,733	0,084
	Yok	122	2,41	1,03		
Ağız Sağlığı	Var	203	2,53	0,99	5,776	0,000***
	Yok	122	1,88	0,98		
Toplam	Var	203	2,59	0,52	-2,485	0,013*
	Yok	122	2,75	0,56		

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

t=Bağımsız Örneklem *t*-Testi

Diş protezi olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p < 0,01$), *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,01$) ve *Ağız Sağlığı* ($p < 0,001$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* aldıkları puanların, diş protezi olmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (Tablo 6.11).

Tablo 6.12 - Diş Fırçalama / Protez Bakım Sıklığına Göre Sağlığın Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Diş Fırçalama / Protez Bakım Sıklığı	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Yemeklerden sonra	98	3,54	0,65	1,891	0,060
	Gerekli gördüğünde	230	3,38	0,78		
Topluma Katılım	Yemeklerden sonra	98	2,26	0,88	0,712	0,477
	Gerekli gördüğünde	230	2,18	0,87		
Sağlık Sorumluluğu	Yemeklerden sonra	98	2,82	0,97	1,413	0,158
	Gerekli gördüğünde	230	2,64	1,08		
Sağlıklı Beslenme	Yemeklerden sonra	98	2,77	0,78	-1,287	0,199
	Gerekli gördüğünde	230	2,90	0,87		
Düzenli Egzersiz	Yemeklerden sonra	98	2,47	1,05	2,157	0,032*
	Gerekli gördüğünde	230	2,20	1,08		
Ağız Sağlığı	Yemeklerden sonra	98	2,96	0,95	8,200	0,000***
	Gerekli gördüğünde	230	2,02	0,95		
Toplam	Yemeklerden sonra	98	2,78	0,47	2,739	0,007**
	Gerekli gördüğünde	230	2,60	0,56		

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

t=Bağımsız Örneklem *t*-Testi

Yemeklerden sonra dişini fırçalayan / protez bakımı yapan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,05$) ve *Ağız Sağlığı* ($p < 0,001$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* aldıkları puanların, ağız / protez bakımını gerekli gördüğünde yapan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.12).

Tablo 6.13 - Banyo Yapma Sıklığına Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Banyo Yapma Sıklığı	n	Ort.	SS	F	p
Sağlık Alışkanlıkları	Her gün	18	3,57	0,34	1,565	0,198
	İki günde bir	115	3,53	0,71		
	Haftada bir gün	187	3,36	0,77		
	15 günde bir	8	3,42	1,06		
Topluma Katılım	Her gün	18	2,45	0,82	2,278	0,079
	İki günde bir	115	2,32	0,83		
	Haftada bir gün	187	2,13	0,90		
	15 günde bir	8	1,78	0,80		
Sağlık Sorumluluğu	Her gün	18	2,96	1,11	3,527	0,015*
	İki günde bir	115	2,91	0,99		
	Haftada bir gün	187	2,56	1,06		
	15 günde bir	8	2,25	1,28		
Sağlıklı Beslenme	Her gün	18	3,46	0,65	10,333	0,000***
	İki günde bir	115	3,09	0,84		
	Haftada bir gün	187	2,69	0,81		
	15 günde bir	8	2,25	0,79		
Düzenli Egzersiz	Her gün	18	2,75	1,06	4,912	0,002**
	İki günde bir	115	2,44	1,05		
	Haftada bir gün	187	2,17	1,07		
	15 günde bir	8	1,31	0,59		
Ağız Sağlığı	Her gün	18	2,27	1,07	1,419	0,237
	İki günde bir	115	2,45	0,99		
	Haftada bir gün	187	2,20	1,06		
	15 günde bir	8	2,43	1,01		
Toplam	Her gün	18	2,92	0,44	8,194	0,000***
	İki günde bir	115	2,80	0,51		
	Haftada bir gün	187	2,55	0,53		
	15 günde bir	8	2,30	0,65		

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

$F = \text{Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)} \mid \text{LSD Testi}$

Tablo 6.13 incelendiğinde; yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,05$), *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,001$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,01$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın, *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutunda haftada bir gün banyo yapanlar ile iki günde bir banyo yapanlar arasındaki puan ortalamaları farkından, *Sağlıklı Beslenme* alt boyutunda her gün ve iki günde bir banyo yapanlar ile haftada bir gün banyo yapanlar, ek olarak 15 günde bir banyo yapanlar ile her gün ve iki günde bir banyo yapanlar arasındaki puan ortalamaları farkından, *Düzenli Egzersiz* alt boyutunda ise

haftada bir gün banyo yapanlar ile her gün, iki günde bir ve 15 günde bir banyo yapanlar, ek olarak 15 günde bir banyo yapanlar ile her gün ve iki günde bir banyo yapanlar ve *Ölçek Toplamında* ise her gün banyo yapanlar ile haftada bir gün ve 15 günde bir banyo yapanlar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı saptandı.

Tablo 6.14 - Ara Ara Nükseden / Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Ara Ara Nükseden / Kronik Hastalık Varlığı	n	Ort.	SS	t	p																																																															
Sağlık Alışkanlıkları	Var	213	3,40	0,77	-0,969	0,333																																																															
	Yok	115	3,49	0,68			Topluma Katılım	Var	213	2,25	0,87	1,314	0,190	Yok	115	2,12	0,88	Sağlık Sorumluluğu	Var	213	2,91	1,03	5,211	0,000**	Yok	115	2,30	0,98	Sağlıklı Beslenme	Var	213	2,93	0,85	1,843	0,066	Yok	115	2,75	0,83	Düzenli Egzersiz	Var	213	2,27	1,08	-0,309	0,757	Yok	115	2,30	1,06	Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251	Yok	115	2,21	1,01	Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok
Topluma Katılım	Var	213	2,25	0,87	1,314	0,190																																																															
	Yok	115	2,12	0,88			Sağlık Sorumluluğu	Var	213	2,91	1,03	5,211	0,000**	Yok	115	2,30	0,98	Sağlıklı Beslenme	Var	213	2,93	0,85	1,843	0,066	Yok	115	2,75	0,83	Düzenli Egzersiz	Var	213	2,27	1,08	-0,309	0,757	Yok	115	2,30	1,06	Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251	Yok	115	2,21	1,01	Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok	115	2,56	0,54								
Sağlık Sorumluluğu	Var	213	2,91	1,03	5,211	0,000**																																																															
	Yok	115	2,30	0,98			Sağlıklı Beslenme	Var	213	2,93	0,85	1,843	0,066	Yok	115	2,75	0,83	Düzenli Egzersiz	Var	213	2,27	1,08	-0,309	0,757	Yok	115	2,30	1,06	Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251	Yok	115	2,21	1,01	Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok	115	2,56	0,54																			
Sağlıklı Beslenme	Var	213	2,93	0,85	1,843	0,066																																																															
	Yok	115	2,75	0,83			Düzenli Egzersiz	Var	213	2,27	1,08	-0,309	0,757	Yok	115	2,30	1,06	Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251	Yok	115	2,21	1,01	Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok	115	2,56	0,54																														
Düzenli Egzersiz	Var	213	2,27	1,08	-0,309	0,757																																																															
	Yok	115	2,30	1,06			Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251	Yok	115	2,21	1,01	Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok	115	2,56	0,54																																									
Ağız Sağlığı	Var	213	2,35	1,05	1,151	0,251																																																															
	Yok	115	2,21	1,01			Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*	Yok	115	2,56	0,54																																																				
Toplam	Var	213	2,70	0,53	2,254	0,025*																																																															
	Yok	115	2,56	0,54																																																																	

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Tablo 6.14 incelendiğinde; ara ara nükseden veya kronik özellikli bir hastalığı olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,001$) alt boyutundan ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,05$) aldıkları puanların, ara ara nükseden veya kronik özellikli herhangi bir hastalığı olmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.15 - Uyku Problemi Varlığına Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Uyku Problemi Varlığı	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Var	100	3,11	0,91	-5,343	0,000**
	Yok	228	3,57	0,60		
Topluma Katılım	Var	100	2,06	0,88	-1,995	0,047*
	Yok	228	2,27	0,86		
Sağlık Sorumluluğu	Var	100	2,79	1,04	1,056	2,292
	Yok	228	2,65	1,06		
Sağlıklı Beslenme	Var	100	2,87	0,84	0,124	0,902
	Yok	228	2,86	0,85		
Düzenli Egzersiz	Var	100	2,20	1,08	-0,872	0,384
	Yok	228	2,31	1,07		
Ağız Sağlığı	Var	100	2,44	1,08	1,630	0,104
	Yok	228	2,24	1,02		
Toplam	Var	100	2,56	0,63	-2,001	0,047*
	Yok	228	2,70	0,49		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Uyku problemi olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p < 0,001$) ve *Topluma Katılım* ($p < 0,05$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,05$) aldıkları puanların, uyku problemi olmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (Tablo 6.15).

Tablo 6.16 - Gündüz Uyuma Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Gündüz Uyuma	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Evet	137	3,55	0,61	2,474	0,014*
	Hayır	191	3,35	0,82		
Topluma Katılım	Evet	137	2,22	0,87	0,257	0,798
	Hayır	191	2,19	0,87		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	137	2,88	1,04	2,714	0,007**
	Hayır	191	2,56	1,05		
Sağlıklı Beslenme	Evet	137	3,01	0,86	2,765	0,006**
	Hayır	191	2,75	0,82		
Düzenli Egzersiz	Evet	137	2,45	1,08	2,524	0,012*
	Hayır	191	2,15	1,06		
Ağız Sağlığı	Evet	137	2,56	0,99	3,935	0,000***
	Hayır	191	2,11	1,04		
Toplam	Evet	137	2,77	0,54	3,342	0,001**
	Hayır	191	2,57	0,52		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Gündüz uyuyan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p < 0,05$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,01$), *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,05$) ve *Ağız Sağlığı* ($p < 0,001$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,01$) aldıkları puanların, gündüz uyumayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.16).

Tablo 6.17 - Sağlığını Bozacak/Tehlikeye Sokacak Faktörleri Bilme Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Sağlığını Bozacak / Tehlikeye Sokacak Faktörleri Bilme	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Evet	102	3,30	0,88	-1,895	0,060
	Hayır	226	3,49	0,67		
Topluma Katılım	Evet	102	2,10	0,87	-1,510	0,132
	Hayır	226	2,25	0,87		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	102	2,37	1,05	-3,846	0,000**
	Hayır	226	2,84	1,02		
Sağlıklı Beslenme	Evet	102	2,59	0,82	-4,052	0,000**
	Hayır	226	2,99	0,83		
Düzenli Egzersiz	Evet	102	2,09	1,03	-2,100	0,036*
	Hayır	226	2,36	1,09		
Ağız Sağlığı	Evet	102	2,25	1,12	-0,506	0,613
	Hayır	226	2,32	1,01		
Toplam	Evet	102	2,49	0,53	-3,816	0,000**
	Hayır	226	2,73	0,53		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Sağlığını bozacak / tehlikeye sokacak faktörleri bilmediği ifade eden yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,001$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,05$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,001$) aldıkları puanların, sağlığını bozacak / tehlikeye sokacak faktörleri bildiğini belirten yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.17).

Tablo 6.18 - Yakını Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Yakını Tarafından Ziyaret Edilme	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Evet	243	3,49	0,69	2,593	0,010*
	Hayır	85	3,25	0,84		
Topluma Katılım	Evet	243	2,22	0,89	0,608	0,544
	Hayır	85	2,15	0,82		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	243	2,83	0,99	4,086	0,000***
	Hayır	85	2,30	1,12		
Sağlıklı Beslenme	Evet	243	2,92	0,85	2,003	0,046*
	Hayır	85	2,70	0,82		
Düzenli Egzersiz	Evet	243	2,36	1,10	2,421	0,016*
	Hayır	85	2,04	0,96		
Ağız Sağlığı	Evet	243	2,33	1,04	0,936	0,349
	Hayır	85	2,21	1,03		
Toplam	Evet	243	2,71	0,52	3,248	0,001**
	Hayır	85	2,49	0,57		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Yakını tarafından ziyaret edilen yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p < 0,05$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,05$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,05$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,01$) aldıkları puanların, yakını tarafından ziyaret edilmeyen yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.18).

Tablo 6.19 - Sohbet Ettiği Yakın Arkadaşı Olma Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	Sohbet Ettiği Yakın Arkadaşı Olma	n	Ort.	SS	t	p
Sağlık Alışkanlıkları	Var	254	3,49	0,68	2,137	0,035*
	Yok	74	3,24	0,89		
Topluma Katılım	Var	254	2,24	0,83	1,101	0,273
	Yok	74	2,10	1,00		
Sağlık Sorumluluğu	Var	254	2,80	1,05	3,270	0,001**
	Yok	74	2,35	0,99		
Sağlıklı Beslenme	Var	254	2,88	0,85	0,812	0,417
	Yok	74	2,79	0,82		
Düzenli Egzersiz	Var	254	2,37	1,08	2,967	0,003**
	Yok	74	1,95	0,99		
Ağız Sağlığı	Var	254	2,26	1,06	-1,151	0,252
	Yok	74	2,41	0,95		
Toplam	Var	254	2,70	0,49	2,391	0,019*
	Yok	74	2,50	0,66		

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

Tablo 6.19 incelendiğinde; sohbet ettiği yakın arkadaşı olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün Sağlık Alışkanlıkları ($p < 0,05$), Sağlık Sorumluluğu ($p < 0,01$), Düzenli Egzersiz ($p < 0,05$) alt boyutlarından ve Ölçek Toplamından ($p < 0,05$) aldıkları puanların, sohbet ettiği yakın arkadaşı olmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.20 - El İşi vb. Sosyal Aktivitelere Katılma Durumuna Göre Sağlık Geliştirilmesi Ölçek (YSGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=328)

YSGÖ Alt Boyutları	El İşi vb. Sosyal Aktivitelere Katılma	n	Ort.	SS	t	p																																																															
Sağlık Alışkanlıkları	Evet	139	3,50	0,71	1,406	0,161																																																															
	Hayır	189	3,38	0,77			Topluma Katılım	Evet	139	2,38	0,96	3,157	0,002*	Hayır	189	2,08	0,78	Sağlık Sorumluluğu	Evet	139	2,89	1,09	2,883	0,004*	Hayır	189	2,55	1,01	Sağlıklı Beslenme	Evet	139	2,90	0,91	0,705	0,481	Hayır	189	2,83	0,80	Düzenli Egzersiz	Evet	139	2,46	1,08	2,618	0,009*	Hayır	189	2,15	1,06	Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**	Hayır	189	2,12	0,98	Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır
Topluma Katılım	Evet	139	2,38	0,96	3,157	0,002*																																																															
	Hayır	189	2,08	0,78			Sağlık Sorumluluğu	Evet	139	2,89	1,09	2,883	0,004*	Hayır	189	2,55	1,01	Sağlıklı Beslenme	Evet	139	2,90	0,91	0,705	0,481	Hayır	189	2,83	0,80	Düzenli Egzersiz	Evet	139	2,46	1,08	2,618	0,009*	Hayır	189	2,15	1,06	Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**	Hayır	189	2,12	0,98	Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır	189	2,55	0,49								
Sağlık Sorumluluğu	Evet	139	2,89	1,09	2,883	0,004*																																																															
	Hayır	189	2,55	1,01			Sağlıklı Beslenme	Evet	139	2,90	0,91	0,705	0,481	Hayır	189	2,83	0,80	Düzenli Egzersiz	Evet	139	2,46	1,08	2,618	0,009*	Hayır	189	2,15	1,06	Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**	Hayır	189	2,12	0,98	Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır	189	2,55	0,49																			
Sağlıklı Beslenme	Evet	139	2,90	0,91	0,705	0,481																																																															
	Hayır	189	2,83	0,80			Düzenli Egzersiz	Evet	139	2,46	1,08	2,618	0,009*	Hayır	189	2,15	1,06	Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**	Hayır	189	2,12	0,98	Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır	189	2,55	0,49																														
Düzenli Egzersiz	Evet	139	2,46	1,08	2,618	0,009*																																																															
	Hayır	189	2,15	1,06			Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**	Hayır	189	2,12	0,98	Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır	189	2,55	0,49																																									
Ağız Sağlığı	Evet	139	2,54	1,08	3,630	0,000**																																																															
	Hayır	189	2,12	0,98			Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**	Hayır	189	2,55	0,49																																																				
Toplam	Evet	139	2,80	0,57	4,050	0,000**																																																															
	Hayır	189	2,55	0,49																																																																	

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

$t = \text{Bağımsız Örneklem } t\text{-Testi}$

El işi vb. sosyal aktivitelere katılan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p < 0,01$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,01$), *Ağız Sağlığı* ($p < 0,001$) alt boyutlarından ve *Ölçek Toplamından* ($p < 0,001$) aldıkları puanların, el işi vb. sosyal aktivitelere katılmayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.20).

6.1.3. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 6.21 - Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği Puan Ortalamaları (N=328)

YSGÖ	Madde Sayısı	Puan Ortalamaları			Madde Sayısına Göre Puan Ortalaması		
		Min.	Maks.	Ort±SS	Min.	Maks.	Ort±SS
Sağlık Alışkanlıkları	5	5	20	17,17±3,73	1	4	3,43±0,74
Topluma Katılım	7	7	28	15,46±6,13	1	4	2,20±0,87
Sağlık Sorumluluğu	3	3	12	8,10±3,17	1	4	2,70±1,05
Sağlıklı Beslenme	3	3	12	8,60±2,54	1	4	2,86±0,84
Düzenli Egzersiz	2	2	8	4,56±2,16	1	4	2,28±1,08
Ağız Sağlığı	2	2	8	4,60±2,08	1	4	2,30±1,04
Toplam	22	29	86	58,52±11,94	1,32	3,91	2,66±0,54

Öncelikle yapılan faktör analizine göre veya daha önce literatürde yapılmış faktör analizine göre alt boyutların hangi sorulardan oluştuğu belirlenir. Faktörlerin altında birleşen sorular daha sonra basit aritmetik işlem yapılarak her bir katılımcı için hesaplanır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, her faktörün aynı sayıda soruda oluşmadığıdır. Bazı faktörler 5 alt sorudan oluşurken bazı faktörler 7, bazıları 10 sorudan oluşabilir. Burada ilgili sorular toplanıp, toplam soru sayısına bölünerek her faktörün aynı tematik puana sahip olması amaçlanır. Böylelikle faktörler arası puanlar arasındaki anlam kargaşalığı ortadan kalkmış olur. Bu durumda her alt boyut için soruların toplamı, soru sayısına bölünerek ortalama alınır. Bu bilgiye paralel olarak, YSGÖ'nün alt boyutlarından elde edilen toplam puan ortalamaları ve madde sayısına göre puan ortalamaları Tablo 6.21'de yer almaktadır.

6.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitimine Yönelik Bulgular

6.2.1. Eğitim Verilen Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 6.22 - Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=73)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	
Yaş <i>min: 65; mak: 90; ort: 71,04</i>	65-74 yaş	53	72,6
	75-84 yaş	13	17,8
	85 yaş ve üzeri	7	9,6
Cinsiyet	Kadın	22	30,1
	Erkek	51	69,9
Eğitim Durumu	İlkokul	41	56,2
	Ortaokul	19	26,0
	Lise	13	17,8
Medeni Durum	Bekar	45	61,6
	Dul	15	20,5
	Boşanmış	13	17,8
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	58	79,5
	Bir çocuğu var	15	20,5

Tablo 6.22 incelendiğinde; örnekleme oluşturan yaşlıların %72,6'sının (n=53) 65-74 yaş arasında olduğu ve %69,9'unun (n=51) erkek olduğu saptandı. Örneklemin en genç üyesi 65 yaşındayken, en yaşlı üyesinin 90 yaşında olduğu bulundu ve örneklemin yaş ortalaması 71,04 yaş olarak hesaplandı. Katılımcıların %56,2'sinin (n=41) eğitim durumu ilkokul düzeyinde saptanırken, %61,6'sının (n=45) ise medeni durumunun bekar olduğu bulundu. Katılımcıların %79,5'inin (n=58) çocuk sahibi değilken, %20,5'inin (n=15) bir çocuğunun olduğu belirlendi.

Tablo 6.23 - Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri (N=73)

Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler	n	%	
Sosyal Güvence	Yok	32	43,8
	Emekli Sandığı	15	20,5
	Bağ-Kur	6	8,2
	SGK	17	23,3
	Özel Sigorta	3	4,1
Diş Protezi Varlığı	Var	47	64,4
	Yok	26	35,6
Diş Fırçalama / Protez Bakımı Sıklığı	Yemeklerden sonra	19	26,0
	Gerekli gördüğünde	54	74,0
Banyo Yapma Sıklığı	Her gün	3	4,1
	İki günde bir	17	23,3
	Haftada bir gün	51	69,9
	15 günde bir	2	2,7
Ara Ara Nükseden / Kronik Hastalık Varlığı	Var	43	58,9
	Yok	40	41,1
Uyku Problemi Varlığı	Var	27	37,0
	Yok	46	63,0
Gündüz Uyuma Durumu	Evet	30	41,1
	Hayır	43	58,9
Sağlığını Bozacak/Tehlikeye Sokacak Faktörleri Bilme Durumu	Farkında değil	27	37,0
	Farkında ve dikkat ediyor	46	63,0

Tablo 6.23 incelendiğinde; yaşlı bireylerin %43,8'inin (n=32) sosyal güvencesi yokken, en yaygın sosyal güvencenin %23,3 (n=17) ile SGK olduğu belirlendi. Örneklemin %64,4'ü (n=47) diş protezi kullanırken, diş fırçalama/protez bakımı sıklığı incelendiğinde örneklemin %74'ünün (n=54) ağız bakımını gerekli gördüğünde yaptığı saptandı. Yaşlı bireylerin %69,9'unun (n=51) banyo yapma sıklığının haftada bir gün olduğu belirlendi. Örneklemin %58,9'unun (n=43) ara ara nükseden veya kronik özellikli bir hastalığının olduğu saptandı. Yaşlı bireylerin %63'ü (n=46) uyku problemi olmadığını belirtirken, %41,1'inin (n=30) gündüz uyuduğu saptandı. Yaşlıların %63'ünün (n=46) sağlığını bozacak veya tehlikeye sokacak faktörleri bildiği ve dikkat gösterdiği belirlendi.

Tablo 6.24 - Yaşlı Bireylerin Sağlığına Dikkat Etmek İçin Uyguladığı Davranışların Dağılımı (N=27)

Sağlığa Dikkat Etmek İçin Uygulanan Davranışlar	n	%
Diyet ve Spor	10	37,0
Hijyene Dikkat Etmek	8	29,6
Kazalara Karşı Dikkatli Olmak	4	14,8
İlaçlarını Düzenli Kullanmak	2	7,4
Sağlığını Korumak ^a	3	11,1

^a Stresten uzak durma, sağlıklı beslenme

Yaşlı bireylerin %37'sinin (n=10) sağlığına dikkat etmek için diyet ve spor yaptığı; %29,6'sının (n=8) hijyenine dikkat ettiği ve %14,8'inin (n=4) kazalara karşı dikkatli olmaya çalıştığı saptandı (Tablo 6.24).

Tablo 6.25 - Yaşlı Bireylerin Sosyalleşme ve Zamanı Değerlendirme Durumu (N=73)

Sosyalleşme ve Zamanı Değerlendirme Durumu	n	%	
Yakını Tarafından Ziyaret Edilme	Evet	43	58,9
	Hayır	30	41,1
Ziyarete Gelen Kişiler (N=43)	Çocukları	4	6,9
	Torunları	5	8,6
	Akrabaları	21	36,2
	Yeğenleri	10	17,2
	Arkadaşları	18	31,0
Sohbet Ettiği Yakın Arkadaşı Olma	Var	58	79,5
	Yok	15	20,5
El İşi vb. Sosyal Aktivitelere Katılma	Evet	28	38,4
	Hayır	45	61,6
Boş Zamanda Yapılan Aktiviteler	Sinema, tiyatroya gitmek	2	2,2
	Egzersiz yapmak	6	6,5
	Enstrüman ile uğraşmak	2	2,2
	El sanatlarıyla uğraşmak	16	17,4
	Tamirat yapmak	2	2,2
	İbadet etmek	10	10,9
	Kahveye gitmek	9	9,8
	TV seyretmek, radyo dinlemek	21	22,8
	Kitap-gazete okumak	11	12
	Arkadaş ziyaretine gitmek	13	14,1

Yaşlı bireylerin %58,9'unun (n=43) yakını tarafından ziyaret edildiği, ziyarete gelen kişilerin %36,2'sinin (n=21) akrabaları ve %31'inin (n=18) arkadaşları olduğu saptandı. Örneklemin %79,5'inin (n=58) sohbet ettiği yakın arkadaşının olduğu ve %38,4'ünün

(n=28) ise el işi gibi sosyal aktivitelere katıldığı saptandı. Yaşlı bireylerin boş zamanlarını değerlendirmek için yaptığı aktiviteler incelendiğinde ise %22,8'inin (n=21) TV seyrettiği ve radyo dinlediği, %17,4'ünün (n=16) el sanatlarıyla uğraştığı, %14,1'inin (n=13) arkadaş ziyaretine gittiği ve %10,9'unun (n=10) ibadet ettiği saptandı (Tablo 6.25).

6.2.2. Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitime Yönelik Bulgular

Tablo 6.26- Yaşlı Sağlık Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasındaki Değişimi (N=73)

	<i>Eğitim Öncesi</i>		<i>Eğitim Sonrası</i>			
			<i>1. Ay</i>		<i>3. Ay</i>	
YSGÖ	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Sağlık Alışkanlıkları	3,32	0,68	3,59	0,43	3,55	0,47
	<i>On-Test * 1.Ay t = -4,918 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 2,499 p=0,015*</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -4,466 p=0,000***</i>	
Topluma Katılım	2,23	0,67	2,78	0,50	2,62	0,44
	<i>On-Test * 1.Ay t = -8,888 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 4,651 p=0,000***</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -7,117 p=0,000***</i>	
Sağlık Sorumluluğu	2,51	1,03	2,93	0,75	2,77	0,77
	<i>On-Test * 1.Ay t = -4,248 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 4,090 p=0,000***</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -2,855 p=0,006**</i>	
Sağlıklı Beslenme	2,68	0,74	3,17	0,58	3,03	0,64
	<i>On-Test * 1.Ay t = -5,594 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 4,227 p=0,000***</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -4,227 p=0,000***</i>	
Düzenli Egzersiz	2,12	1,11	2,96	0,56	2,89	0,58
	<i>On-Test * 1.Ay t = -7,631 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 3,381 p=0,001**</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -6,923 p=0,000***</i>	
Ağız Sağlığı	2,09	1,07	2,89	0,57	3,94	0,23
	<i>On-Test * 1.Ay t = -7,843 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = -13,738 p=0,000***</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -15,023 p=0,000***</i>	
Toplam	2,55	0,50	3,06	0,32	3,05	0,29
	<i>On-Test * 1.Ay t = -11,112 p=0,000***</i>		<i>1.Ay * 3.Ay t = 0,445 p=0,658</i>		<i>On-Test * 3.Ay t = -11,533 p=0,000***</i>	

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

$t = \text{Bağımlı Örneklem } t\text{-Testi}$

Yaşlı bireylerin YSGÖ'nün tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının eğitim sonrası 1. ayda ($p < 0,001$) ve 3. ayda ($p < 0,01$; $p < 0,001$), eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları* ($p < 0,05$); *Topluma Katılım* ($p < 0,001$); *Sağlık Sorumluluğu* ($p < 0,001$); *Sağlıklı Beslenme* ($p < 0,001$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,001$) alt boyutlarından alınan 1. aydaki puan ortalamasının ise 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir düşme olduğu saptandı.

Ağız Sağlığı alt boyutunda, 2. aydaki puan ortalamasının 3. ayda da istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$) (Tablo 6.26).

Tablo 6.27 - Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Cinsiyete Göre Değişimi (N=73)

YSGÖ	Cinsiyet	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
		Ort.	SS	1. Ay		3. Ay	
				Ort.	SS	Ort.	SS
Sağlık Alışkanlıkları	Kadın	3,30	0,69	3,56	0,46	3,55	0,46
	Erkek	3,34	0,68	3,60	0,43	3,55	0,48
Topluma Katılım	Kadın	2,13	0,71	2,65	0,56	2,55	0,52
	Erkek	2,27	0,66	2,84	0,47	2,65	0,41
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	2,63	1,07	2,86	0,76	2,77	0,77
	Erkek	2,45	1,03	2,96	0,73	2,77	0,78
Sağlıklı Beslenme	Kadın	2,81	0,67	3,20	0,65	3,15	0,65
	Erkek	2,62	0,76	3,16	0,57	2,98	0,65
Düzenli Egzersiz	Kadın	1,73	0,78	2,73	0,37	2,65	0,36
	Erkek	2,30	1,18	3,06	0,61	2,99	0,63
Ağız Sağlığı	Kadın	2,09	1,07	2,95	0,63	4,00	0,00
	Erkek	2,08	1,09	2,87	0,56	4,92	0,27
Toplam	Kadın	2,52	0,53	2,99	0,35	3,03	0,30
	Erkek	2,57	0,49	3,09	0,30	3,06	0,29

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

t =Bağımlı Örneklem t -Testi

Tablo 6.27 incelendiğinde; kadın yaşlıların eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$), *Topluma Katılım* ($p_{1.ay}<0,01$; $p_{3.ay}<0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,05$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,001$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak

anlamli düzeyde artiş gösterdiği saptandı. Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları*, *Topluma Katılım*, *Sağlık Sorumluluğu*, *Sağlıklı Beslenme*, *Düzenli Egzersiz* alt boyutlarından 1. ayda alınan puan ortalaması ile 3. ayda alınan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, eğitim öncesi döneme göre 1. aydaki puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) ve bu anlamlı yükselişin 3. ayda da devam ettiği saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

Erkek bireylerin ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artiş gösterdiği saptandı ($p<0,01$; $p<0,001$). Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$), *Topluma Katılım* ($p<0,001$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,001$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,01$) alt boyutlarından 1. ayda alınan puan ortalamasında ise 3. aya gelindiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir düşüşün olduğu bulundu. *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, eğitim öncesi döneme göre 1. aydaki puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) ve bu anlamlı yükselişin 3. ayda da devam ettiği saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

Tablo 6.28 - Yaşlı Sağlık Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Yaş Gruplarına Göre Değişimi (N=73)

YSGÖ	Yaş	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
		Ort.	SS	1. Ay		3. Ay	
				Ort.	SS	Ort.	SS
Sağlık Alışkanlıkları	65-74	3,39	0,65	3,64	0,40	3,60	0,43
		On-Test * 1.Ay $t = -3,827$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,934$ $p = 0,059$		On-Test * 3.Ay $t = -3,546$ $p = 0,001^{**}$	
	75-84	3,18	0,74	3,51	0,54	3,49	0,53
		On-Test * 1.Ay $t = -2,671$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,000$ $p = 0,337$		On-Test * 3.Ay $t = -2,497$ $p = 0,028^*$	
	≥85	3,14	0,82	3,40	0,46	3,28	0,65
		On-Test * 1.Ay $t = -1,652$ $p = 0,150$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,333$ $p = 0,231$		On-Test * 3.Ay $t = -1,179$ $p = 0,283$	
Topluma Katılım	65-74	2,32	0,69	2,81	0,48	2,66	0,43
		On-Test * 1.Ay $t = -7,056$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,974$ $p = 0,000^{***}$		On-Test * 3.Ay $t = -5,207$ $p = 0,000^{***}$	
	75-84	1,85	0,60	2,66	0,53	2,52	0,51
		On-Test * 1.Ay $t = -5,018$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,453$ $p = 0,172$		On-Test * 3.Ay $t = -6,910$ $p = 0,000^{***}$	
	≥85	2,27	0,46	2,80	0,64	2,53	0,53
		On-Test * 1.Ay $t = -2,574$ $p = 0,042^*$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,982$ $p = 0,095$		On-Test * 3.Ay $t = 1,430$ $p = 0,203$	
Sağlık Sorumluluğu	65-74	2,52	1,12	2,98	0,76	2,83	0,80
		On-Test * 1.Ay $t = -3,767$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,325$ $p = 0,002^{**}$		On-Test * 3.Ay $t = -2,649$ $p = 0,011^*$	
	75-84	2,56	0,84	2,87	0,78	2,74	0,80
		On-Test * 1.Ay $t = -1,431$ $p = 0,178$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,443$ $p = 0,175$		On-Test * 3.Ay $t = -1,102$ $p = 0,292$	
	≥85	2,29	0,71	2,71	0,52	2,42	0,42
		On-Test * 1.Ay $t = -1,210$ $p = 0,272$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,867$ $p = 0,111$		On-Test * 3.Ay $t = -0,441$ $p = 0,695$	
Sağlıklı Beslenme	65-74	2,66	0,74	3,14	0,59	3,01	0,65
		On-Test * 1.Ay $t = -4,533$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,690$ $p = 0,001^{**}$		On-Test * 3.Ay $t = -3,405$ $p = 0,001^{**}$	
	75-84	2,82	0,70	3,23	0,66	3,21	0,65
		On-Test * 1.Ay $t = -2,363$ $p = 0,036^*$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,000$ $p = 0,337$		On-Test * 3.Ay $t = -2,180$ $p = 0,050$	
	≥85	2,62	0,87	3,24	0,46	2,91	0,66
		On-Test * 1.Ay $t = -2,322$ $p = 0,059$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,049$ $p = 0,086$		On-Test * 3.Ay $t = -1,279$ $p = 0,248$	
Düzenli Egzersiz	65-74	2,23	1,17	3,05	0,62	2,98	0,64
		On-Test * 1.Ay $t = -5,888$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,813$ $p = 0,007^{**}$		On-Test * 3.Ay $t = -5,352$ $p = 0,000^{***}$	
	75-84	1,54	0,63	2,65	0,24	2,58	0,19
		On-Test * 1.Ay $t = -7,366$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,477$ $p = 0,165$		On-Test * 3.Ay $t = -6,715$ $p = 0,000^{***}$	
	≥85	2,43	1,02	2,86	0,38	2,78	0,39
		On-Test * 1.Ay $t = -1,441$ $p = 0,200$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,000$ $p = 0,356$		On-Test * 3.Ay $t = -1,179$ $p = 0,283$	
Ağız Sağlığı	65-74	2,15	1,07	2,89	0,57	3,94	0,23
		On-Test * 1.Ay $t = -5,647$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -12,302$ $p = 0,000^{***}$		On-Test * 3.Ay $t = -12,495$ $p = 0,000^{***}$	
	75-84	2,00	1,17	2,88	0,58	4,00	0,00
		On-Test * 1.Ay $t = -4,904$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -6,900$ $p = 0,000^{***}$		On-Test * 3.Ay $t = -6,150$ $p = 0,000^{***}$	
	≥85	1,79	0,91	3,00	0,71	3,85	0,37
		On-Test * 1.Ay $t = -5,050$ $p = 0,002^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = -2,295$ $p = 0,061$		On-Test * 3.Ay $t = -5,385$ $p = 0,002^{**}$	
Toplam	65-74	2,61	0,52	3,09	0,30	3,09	0,28
		On-Test * 1.Ay $t = -8,535$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 0,174$ $p = 0,863$		On-Test * 3.Ay $t = -8,783$ $p = 0,000^{***}$	
	75-84	2,36	0,44	2,97	0,38	3,00	0,32
		On-Test * 1.Ay $t = -5,925$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -0,472$ $p = 0,645$		On-Test * 3.Ay $t = -7,282$ $p = 0,000^{***}$	
	≥85	2,48	0,41	3,00	0,33	2,88	0,30
		On-Test * 1.Ay $t = -5,464$ $p = 0,002^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,459$ $p = 0,195$		On-Test * 3.Ay $t = -7,875$ $p = 0,000^{***}$	

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

$t = \text{Bağımlı Örneklem } t\text{-Testi}$

Tablo 6.28'e göre; yaşlı bireyler arasında 65-74 yaş arasında olanların YSGÖ'nün tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda, eğitim

öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$). *Topluma Katılım* ($p<0,001$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,01$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,01$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,01$) alt boyutlarından 3. ayda alınan puanın 1. aya göre *Sağlık Alışkanlıkları* alt boyutunda da 3. ayda, 1. aya göre düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, 3. aydaki puan ortalamasının 1. aya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

Yaşlı bireyler arasında 75-84 yaş arasında olanların eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p_{1.ay}<0,001$; $p_{3.ay}<0,05$), *Topluma Katılım* ($p<0,001$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,001$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı. *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutundan alınan puan ortalamasının eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda, eğitim öncesi döneme göre artış gösterdiği ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). *Sağlıklı Beslenme* alt boyutunda ise 1. aydaki puan ortalamasının eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği ($p<0,05$); 3. aydaki puan ortalamasının eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı ($p>0,05$). Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları*, *Topluma Katılım*, *Sağlık Sorumluluğu*, *Sağlıklı Beslenme* ve *Düzenli Egzersiz* alt boyutlarından 1. ayda alınan puan ortalaması ile 3. ay puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). *Ağız Sağlığı* alt boyutunda ise 1. ayda ve 3. ay puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

Yaşlı bireyler arasında 85 yaş ve üzerinde olanların YSGÖ'nün tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda, eğitim öncesi döneme göre bir artış gösterdiği; ancak bu artışlardan yalnızca *Ağız Sağlığı* alt boyutundaki artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0,01$) saptandı. *Topluma Katılım* alt boyutunda ise yalnızca eğitim öncesi döneme göre, 1. aydaki puan ortalamasının anlamlı

düzyeyde yüksek seyrettiği ($p<0,05$); ancak 3. ayda elde edilen artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları*, *Topluma Katılım*, *Sağlık Sorumluluğu*, *Sağlıklı Beslenme* ve *Düzenli Egzersiz* alt boyutlarında 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). *Ağız Sağlığı* alt boyutunda ise fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ($p<0,01$) ve 3. ayda ($p<0,001$) alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı.



Tablo 6.29 - Yaşlı Sağlık Geliştirilmesi Ölçeği'nden Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasında Eğitim Durumuna Göre Değişimi (N=73)

YSGÖ	Eğitim Durumu	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
		Ort.	SS	1. Ay		3. Ay	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Sağlık Alışkanlıkları	İlkokul	3,40	0,64	3,63	0,43	3,59	0,49
				On-Test * 1.Ay $t = -3,623$ $p = 0,001^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,939$ $p = 0,060$	
				On-Test * 3.Ay $t = -3,237$ $p = 0,002^{**}$			
Sağlık Alışkanlıkları	Ortaokul	3,15	0,74	3,54	0,39	3,50	0,41
				On-Test * 1.Ay $t = -2,931$ $p = 0,009^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,714$ $p = 0,104$	
				On-Test * 3.Ay $t = -2,643$ $p = 0,017^*$			
Sağlık Alışkanlıkları	Lise	3,35	0,68	3,51	0,52	3,50	0,52
				On-Test * 1.Ay $t = -1,640$ $p = 0,127$		1.Ay * 3.Ay $t = 0,001$ $p = 1,000$	
				On-Test * 3.Ay $t = -1,640$ $p = 0,127$			
Topluma Katılım	İlkokul	2,34	0,71	2,84	0,46	2,67	0,43
				On-Test * 1.Ay $t = -6,169$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,421$ $p = 0,001^{**}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -5,184$ $p = 0,000^{***}$			
Topluma Katılım	Ortaokul	2,07	0,64	2,69	0,51	2,53	0,41
				On-Test * 1.Ay $t = -4,485$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,416$ $p = 0,027^*$	
				On-Test * 3.Ay $t = -3,366$ $p = 0,003^{**}$			
Topluma Katılım	Lise	2,09	0,61	2,73	0,62	2,59	0,55
				On-Test * 1.Ay $t = -4,656$ $p = 0,001^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,883$ $p = 0,084$	
				On-Test * 3.Ay $t = -3,746$ $p = 0,003^{**}$			
Sağlık Sorumluluğu	İlkokul	2,60	1,12	3,01	0,74	2,85	0,79
				On-Test * 1.Ay $t = -2,830$ $p = 0,007^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,114$ $p = 0,003^{**}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -1,879$ $p = 0,068$			
Sağlık Sorumluluğu	Ortaokul	2,24	0,86	2,82	0,73	2,64	0,75
				On-Test * 1.Ay $t = -3,470$ $p = 0,003^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,137$ $p = 0,047^*$	
				On-Test * 3.Ay $t = -2,143$ $p = 0,046^*$			
Sağlık Sorumluluğu	Lise	2,56	1,03	2,87	0,78	2,74	0,79
				On-Test * 1.Ay $t = -1,159$ $p = 0,269$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,443$ $p = 0,175$	
				On-Test * 3.Ay $t = -0,775$ $p = 0,453$			
Sağlıklı Beslenme	İlkokul	2,74	0,76	3,18	0,53	3,00	0,62
				On-Test * 1.Ay $t = -3,679$ $p = 0,001^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 3,445$ $p = 0,001^{**}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -2,491$ $p = 0,017^*$			
Sağlıklı Beslenme	Ortaokul	2,43	0,59	3,05	0,64	2,94	0,69
				On-Test * 1.Ay $t = -4,115$ $p = 0,001^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,051$ $p = 0,055$	
				On-Test * 3.Ay $t = -3,222$ $p = 0,005^{**}$			
Sağlıklı Beslenme	Lise	2,84	0,81	3,30	0,69	3,23	0,72
				On-Test * 1.Ay $t = -1,921$ $p = 0,079$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,389$ $p = 0,190$	
				On-Test * 3.Ay $t = -1,679$ $p = 0,119$			
Düzenli Egzersiz	İlkokul	2,25	1,06	3,03	0,60	2,95	0,63
				On-Test * 1.Ay $t = -4,975$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 2,619$ $p = 0,012^*$	
				On-Test * 3.Ay $t = -4,374$ $p = 0,000^{***}$			
Düzenli Egzersiz	Ortaokul	1,63	0,95	2,84	0,50	2,78	0,48
				On-Test * 1.Ay $t = -4,986$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,455$ $p = 0,163$	
				On-Test * 3.Ay $t = -4,909$ $p = 0,000^{***}$			
Düzenli Egzersiz	Lise	2,11	1,27	2,92	0,57	2,84	0,59
				On-Test * 1.Ay $t = -3,313$ $p = 0,006^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = 1,477$ $p = 0,165$	
				On-Test * 3.Ay $t = -2,776$ $p = 0,017^*$			
Ağız Sağlığı	İlkokul	2,28	1,06	2,87	0,57	3,95	0,22
				On-Test * 1.Ay $t = -4,304$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -11,926$ $p = 0,000^{***}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -10,341$ $p = 0,000^{***}$			
Ağız Sağlığı	Ortaokul	1,71	0,94	2,89	0,64	3,94	0,23
				On-Test * 1.Ay $t = -7,258$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -6,023$ $p = 0,000^{***}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -10,445$ $p = 0,000^{***}$			
Ağız Sağlığı	Lise	2,04	1,18	2,96	0,55	3,92	0,27
				On-Test * 1.Ay $t = -3,571$ $p = 0,004^{**}$		1.Ay * 3.Ay $t = -4,629$ $p = 0,001^{**}$	
				On-Test * 3.Ay $t = -5,615$ $p = 0,000^{***}$			
Toplam	İlkokul	2,66	0,49	3,11	0,27	3,09	0,29
				On-Test * 1.Ay $t = -7,245$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 0,467$ $p = 0,643$	
				On-Test * 3.Ay $t = -8,004$ $p = 0,000^{***}$			
Toplam	Ortaokul	2,32	0,50	2,98	0,37	2,97	0,29
				On-Test * 1.Ay $t = -7,273$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = 0,246$ $p = 0,809$	
				On-Test * 3.Ay $t = -6,933$ $p = 0,000^{***}$			
Toplam	Lise	2,54	0,44	3,04	0,39	3,05	0,32
				On-Test * 1.Ay $t = -5,156$ $p = 0,000^{***}$		1.Ay * 3.Ay $t = -0,150$ $p = 0,877$	
				On-Test * 3.Ay $t = -5,200$ $p = 0,000^{***}$			

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

$t = \text{Bağımlı Örneklem } t\text{-Testi}$

Tablo 6.29 incelendiğinde; yaşlı bireyler arasında ilkökul mezunu olanların eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,01$), *Topluma Katılım* ($p<0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p_{1.ay}<0,01$; $p_{3.ay}<0,05$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,001$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutunda ise yalnızca eğitim öncesi döneme göre, 1. aydaki puan ortalamasının anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p<0,001$); 1. ve 3. ay puan ortalamalarının anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). *Topluma Katılım* ($p<0,01$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,01$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,01$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,05$) alt boyutlarında da 3. ayda, 1. aya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu saptandı. *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, eğitim öncesi döneme göre hem 1. aydaki puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artışı saptandı ($p<0,001$).

Yaşlı bireyler arasında ortaokul mezunu olanların eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p_{1.ay}<0,01$; $p_{3.ay}<0,05$), *Topluma Katılım* ($p_{1.ay}<0,001$; $p_{3.ay}<0,01$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p_{1.ay}<0,01$; $p_{3.ay}<0,05$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,001$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı. *Topluma Katılım* ($p<0,05$) ve *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,05$) alt boyutlarında 3. ayda, 1. aya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir düşüş olduğu saptandı. *Sağlık Alışkanlıkları*, *Sağlıklı Beslenme* ve *Düzenli Egzersiz* alt boyutlarında ise 3. aydaki puan ortalamalarında gözlenen düşünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, eğitim öncesi döneme göre 1. aydaki puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) ve bu anlamlı yükselişin 3. ayda da devam ettiği saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artışı saptandı ($p<0,001$).

Yaşlı bireyler arasında lise mezunu olanların eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p<0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p_{1.ay}<0,001$; $p_{3.ay}<0,01$) ve *Ağız Sağlığı* ($p_{1.ay}<0,01$; $p_{3.ay}<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının, eğitim öncesi

döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı. *Ağız Sağlığı* alt boyutunda, eğitim öncesi döneme göre 1. aydaki puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,001$) ve bu anlamlı yükselişin 3. ayda da devam ettiği saptandı ($p<0,001$). *Ölçek Toplamından* ise eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda alınan puanların, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

6.2.3. Eğitim Verilen Yaşlı Bireylerin Öz-Bakım Gücü Ölçek (Öbgö) Puanlarının Dağılımı

Tablo 6.30 - Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden (ÖBGÖ) Alınan Puan Ortalamalarının Öz-Bakım Eğitimi Sonrasındaki Değişimi (N=73)

	<i>Eğitim Öncesi</i>		<i>Eğitim Sonrası</i>			
	Ort.	SS	1. Ay		3. Ay	
Ort.			SS	Ort.	SS	
ÖBGÖ	57,19	28,24	70,35	25,95	88,41	21,15
	<i>Ön-Test *1.Ay t =-10,660 p=0,000*</i>		<i>1.Ay *3.Ay t =7,427 p=0,000*</i>		<i>Ön-Test *3.Ay t =-10,560 p=0,000*</i>	

* $p<0,001$

t=Bağımlı Örneklem t-Testi

Tablo 6.30 incelendiğinde; yaşlı bireylerin eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda ÖBGÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının, eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı ($p<0,001$). Eğitim sonrası 1. aydaki ölçek puan ortalamasında 3. ayda elde edilen artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$).

Tablo 6.31 - Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden (YSGÖ) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden (ÖBGÖ) Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki (N=73)

		Öz Bakım Gücü Ölçeği		
		<i>Eğitim Öncesi</i>	<i>Eğitim Sonrası 1. Ay</i>	<i>Eğitim Sonrası 3. Ay</i>
Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği	<i>Eğitim Öncesi</i>	r=0,193 p=0,101	r=0,062 p=0,605	r=0,047 p=0,692
	<i>Eğitim Sonrası 1. Ay</i>	r=0,293 p=0,012*	r=0,205 p=0,082	r=-0,013 p=0,911
	<i>Eğitim Sonrası 3. Ay</i>	r=0,196 p=0,097	r=0,061 p=0,609	r=-0,038 p=0,751

* $p < 0,05$

$r = \text{Pearson Korelasyon Analizi}$

Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nden eğitim sonrası 1. ayda alınan toplam puan ile Öz Bakım Ölçeği'nden eğitim öncesi dönemde alınan toplam puan arasında pozitif yönde, zayıf güçte ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı ($p < 0,05$).

7. TARTIŞMA

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel olmakla beraber, insan hayatında doğumdan itibaren gelişen fizyolojik ve geri dönülmez bir süreçtir (Çuhadar ve ark., 2006; İnanır ve ark., 2013). Yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlık problemleri artmakta, bireylerde fizyolojik, ruhsal ve bilişsel alanlarda çeşitli değişimler yaşanmaktadır (Molarius and Janson, 2002).

Öz-bakım, bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yerine getirmesidir. Öz-bakım gücü, sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Ayrıca, bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir (Tekir ve ark., 2012).

Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekir. Yaşlanma ile birlikte biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değiştiğinden görme, duyma, hareket etme gibi fonksiyonların da gerilemesine bağlı olarak yaşam kalitesi düşmekte ve öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir (Altay ve Aydın-Avcı, 2009). Ülkemiz hızla yaşlanan ülkeler arasında yer almakla birlikte, yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi; ülkemizin sağlık politikaları adına üzerine çalışmalar yürütülmesi gereken önemli bir konudur (TÜİK, 2016). Bu nedenle yaşlı bireylerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla yapılan sağlığı geliştirici uygulamalar fizyolojik ve psikososyal iyilik hali, yüksek öz bakım gücü ile yaşam doyumu sağlaması nedeniyle önemli hale gelmektedir (Sanjay et al., 2015; Sin et al., 2005). Bu bağlamda yaşlı bireylerin öz-bakım becerilerinin yükseltilerek sağlığın geliştirilmesinin amaçlandığı bu çalışmadan elde edilen veriler, bu alandaki literatüre katkı sağlaması ve hemşirelik uygulamalarına ışık tutması adına tartışıldı.

Araştırmada alınabilecek minimum ve maksimum puanlar göz önüne alındığında (*min*:22; *maks*:88) yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranış puan ortalamalarının (58,52±11,94) iyi durumda olduğu görülmektedir (Tablo 6.21). Elde edilen bu bulgu sevindirici olmakla beraber, bireylerin sağlığını geliştirmesine olanak verecek kadar

yüksek olmadığına da dikkati çekmektedir. Diğer yandan aynı bulgu, yaşlı bireylerin eğitim programları ile sağlıklı davranış değişikliği geliştirebilecek şekilde desteklenebileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca elde edilen bu ortalamanın, araştırma kapsamındaki bireylerin demografik özellikleri ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Çalışmada, bireylerin yaş ortalaması 71,04'tür (*min: 65; maks: 90*) (Tablo 6.1) ve yaşa bağlı fizyolojik güçsüzlük ve reflekslerde azalma gibi yetersizliklerinin, sağlık davranışlarını etkilemesi kaçınılmazdır. Yaş ortalaması yüksek olan bireylerin ölçek puan ortalamalarının da daha yüksek olması bunu desteklemektedir (Tablo 6.5).

Diğer yandan, çocuk sahibi olma (Tablo 6.9), sohbet ettiği yakın bir arkadaşının olması (Tablo 6.19), yakını tarafından ziyaret ediliyor olmak (Tablo 6.18) ve sosyal aktivitelere katılma (Tablo 6.20) gibi faktörlerin, yaşlılarda sıkça görülen sosyal izolasyon ve depresif duygudurum gibi problemleri önleyerek sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesine katkısı olduğu da dikkatle değerlendirilmelidir. Diğer bir deyişle, yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin sağlığı geliştirici davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğu ve bu bilgilerin planlanacak olan eğitim programlarına yansıtılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Genel yaklaşım 65 yaş üzerinde olan bireyleri “*yaşlı*” olarak değerlendirme yönünde olsa da, önerilen sınıflandırma 65-74 yaş arasındaki bireyler “*genç yaşlı - geç yetişkin*” olarak, değerlendirilmesi yönündedir (Saraç ve Yılmaz, 2015; Timiras, 2007; Little, 2014).

Bu araştırmanın tanımlayıcı aşamasında yer alan yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%67,4) 65-74 yaş arasında ve yarısından fazlasının (%62,2) erkek olduğu saptandı. İlkokul düzeyinde eğitim (%77,4) en yaygın eğitim düzeyiyken, yaşlıların yaklaşık yarısının (%41,2) medeni durumunu dul olarak tanımladığı görüldü (Tablo 6.1). Araştırmadan elde edilen bu sosyo-demografik sonuçların ülkemizin yaşlı popülasyonu ile uyumlu olduğu dikkati çekmektedir. TÜİK'in 2016 yılında yayınladığı yaşlı bireylere ilişkin istatistiklerde yaşlı nüfusun önemli bir kısmının (%60,3) 65-74 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda 2016 verilerine göre, evde yalnız yaşayan yaşlı nüfusun çoğunluğunu (%76,7) kadınların oluşturduğu ve bu nedenle huzurevlerindeki yaşlı erkek popülasyonunun daha yüksek bulunduğu söylenebilir (TÜİK, 2016). Bu

durumu doğrular nitelikte olan bir çalışmada evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılar fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde; evde kalan yaşlı erkek oranının %55 oranında saptarken, huzurevinde yaşayan yaşlı erkek oranının ise %73,6 oranında olduğu bulunmuştur (Kaçan-Softa, 2015).

Diğer yandan bu araştırmadaki birçok yaşlı bireyin (%83,2) bir çocuğunun olduğu görüldü. TÜİK'in verilerine göre 2016 yılında yaşlı bireylerin huzurevinde kalmayı tercih etmelerinin en önemli nedeninin (%48,9) çocuklarına yük olmayı istememeleri olduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2016). Araştırmanın örnekleminin büyük bir kısmının çocuğu olan yaşlı bireylerden oluşması da ülkemiz istatistiklerinde verilen bu bilgi ile paralellik göstermektedir.

7.1. Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirici Davranışları ve Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaş ortalaması 72,09 olan yaşlı bireylerin YSGÖ puan ortalamasının $58,52 \pm 11,94$ olduğu belirlendi (Tablo 6.21). Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar yönünden yetersiz olduklarını gösteren bu bulgunun birçok sosyo-demografik faktörden etkilendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile desteklendi.

Bu araştırmada 65-74 yaş arasındaki bireylerin YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p < 0,05$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p < 0,001$) alt boyutlarından aldıkları puanların diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.5). Bir partner eşliğinde egzersiz yapmanın sosyalleşme üzerine olumlu katkıları olabileceği düşünüldüğünde; İlhan ve arkadaşlarının (2016) çalışması bu görüşü destekleyici niteliktedir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, haftada en az 3 kez 30 dakikalık fiziksel aktivitede bulunan yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (İlhan ve ark., 2016). Bu bağlamda 65-74 yaş arasındaki genç yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere olan katılımlarının ve düzenli egzersiz alışkanlıklarının daha fazla olmasının literatüre paralel bir şekilde öngörülebilir olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırmada yaşlı bireylerin cinsiyetine göre sağlığı geliştirici davranışları incelendiğinde, kadınların sağlıklı beslenme tutumunun, erkeklerin ise düzenli egzersiz

davranışının daha iyi olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 6.6). Bu bulgu kadınların yemek pişirme aktivitesi ile daha yakın ilişkisi olmasının, kurum içerisindeki yemek tercihlerinde daha sağlıklı seçimler yapmalarını sağladığını düşündürmektedir. Yardımcı ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) yaşlıların beslenme alışkanlıklarının cinsiyete göre karşılaştırıldığı bir çalışmada, kadınların %95,1'inin diyetine dikkat ettiği, ancak bu oranın erkeklerde %77,6 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel aktivite boyutu değerlendirildiğinde ise, kadınların %33,1'inin, erkeklerin ise %53,1'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Ayrıca Antalya'daki bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üzerindeki 251 birey ile yürütülen bir çalışmada, kadın yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerinin, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$) (Lök ve Lök, 2016). Bu bağlamda, araştırmada cinsiyete göre beslenme ve egzersiz davranışlarında saptanan farkın ülkemiz yaşlı popülasyonunun cinsiyet farklılığına göre sağlık davranışlarını yansıtan literatür sonuçları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tüm dünyada yaşlı nüfusun giderek artmasının yanı sıra bireylerin eğitim düzeyleri de yükselmektedir. Ülkemizde eğitim düzeyi yüksek yaşlı bireylerin sayısının artmasıyla birlikte, yaşlı bireylerin sağlıklı seçimlere yönelme sıklığı da artmaktadır (Uğurlu ve ark., 2010; TÜİK, 2016). Araştırma grubumuzun eğitim düzeyi çoğunlukla ilköğretim seviyesindeydi (Tablo 6.1). Bu çalışmada, lise mezunu bireylerin, ortaokul ve ilkokul mezunu bireylere göre YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,01$) alt boyutundan daha yüksek puan aldığı, benzer şekilde ortaokul ve lise mezunlarının da ilkokul mezunlarından *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutundan daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.7). Yaşlı bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücünün arttığını ortaya koyan çalışma bulguları (Uğurlu ve ark., 2010; Altay ve Aydın-Avcı, 2009) ile bu araştırmadan elde edilen sonuç bir arada değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım becerileri artan yaşlı bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarını ve bu alışkanlıkların önemli bir boyutu olan ağız bakımını davranışını daha etkin bir şekilde sürdürdükleri sonucuna varılabilir.

Yaşlı bireyler için çocuk sahibi olma, aile bağları ile ilişkili sosyal destek konusunda bireyi önemli ölçüde desteklemektedir (Altıparmak, 2009). Bu çalışmadaki yaşlı bireylerin %74,1'inin ($n=243$) yakını tarafından ziyaret edildiği, ziyarete gelen

kişilerin %38,1'inin (n=193) akrabaları ve %21'inin (n=103) arkadaşları olduğu saptandı (Tablo 6.4). Aynı zamanda huzurevinde yaşayan yaşlılar, aile üyeleri tarafından ziyaret edilmekten memnuniyet duymaktadırlar. Karaca'nın (2010) çalışmasında, huzurevindeki yaşlı bireyleri en mutlu eden faktörler sorgulandığında, bireylerin %20'sinin ziyaretçilerin (*eş, dost ve çocukların*) gelmesi olarak yanıt verdiği bildirilmiştir. Ziyaret edilme yaşama bağlayacak bir araç olarak kabul edildiğinde bu amacın sağlıklı yaşam davranışlarına yansımaları da beklenilir. Bu görüşün diğer bir desteği çalışmada çocuğu olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ve *Ağız Sağlığı* alt boyutlarından daha yüksek puan almış olmalarıdır ($p<0,01$) (Tablo 6.9). Diğer yandan yakını tarafından ziyaret edilen yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,001$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,05$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanların da ziyaretçisi olmayanlardan daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.18). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; ziyaretçisi gelen yaşlılarda depresyon varlığına daha az rastlandığı (Kekovalı ve ark., 2002), çocuğu olan yaşlıların algıladıkları özel insan desteğinin daha yüksek olduğu (Altıparmak, 2009) ve ziyaretçi sıklığı arttıkça ruh sağlığının ve sosyal ilişkilerin olumlu etkilendiği (İlhan ve ark., 2006) dikkati çeken bulgulardır. Bu bağlamda bu sonuçların literatür bulguları ile paralellik gösterdiği ve devam eden aile ilişkilerinin ve ziyaretlerin, yaşlı bireyi kendi sağlığını koruması yönünde teşvik ediyor olduğu söylenebilir.

Yaşlı bireylerin öz-bakımında önemli olan boyutlardan biri ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesidir. Aynı zamanda yaşlanma ile birlikte bağışıklık sisteminde meydana gelen zayıflama, yaşlı bireylerin enfeksiyonlardan korunması adına ağız hijyeninin önemini daha da arttırmaktadır (Erol ve ark., 2016). Araştırmada yaşlı bireylerin %61,9'unun (n=203) diş protezi olduğu, diş fırçalama/protez bakımı sıklığı incelendiğinde örneklemin %70,1'inin (n=230) ağız bakımını gerekli gördüğünde yaptığı saptandı (Tablo 6.2). Yaşlı sağlığında hedeflenen noktaya uzak kaldığını gösteren bu sonucun yaygınlığı, literatürde yer alan belirli çalışmalarda da örtüşmektedir. İzmir'deki yaşlı bakımevlerinde yürütülen bir çalışmada, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının (%43) diş fırçalama sıklığının 2-3 günden daha seyrek olduğu saptanmıştır (Eren ve ark., 2011).

Uygulamalı Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi'nin yaşlı bireylerin ağız sağlığını koruma davranışlarına etkisini inceleyen Erol ve ark. (2016), huzurevindeki 40 yaşlı birey ile

gerçekleştirdiği çalışmada eğitim öncesinde günde 2 defa ve daha fazla kez olan diş/protez fırçalama sıklığının eğitim programı ile 2 ay sonra %32,5'ten %77,5'a yükseldiğini bildirmiştir. Bu araştırmanın deneysel boyutunda, yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Ağız Sağlığı* alt boyutundan aldığı puan ortalamasının eğitim sonrası 1. ayda ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiğine ilişkin elde edilen sonuç da ($p<0,001$) (Tablo 6.26), eğitimin davranış geliştirmedeki etkinliğini kanıtlar niteliktedir.

Yaşlı bireylerde diş protezi kullanımı beslenme fonksiyonlarını desteklediği gibi, kimi zaman protezin türüne ve bireyin uyum düzeyine göre beslenmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin konvansiyonel tam protezi olan bireylerin işlenmemiş sebzelerden ve sert gıdalardan kaçınarak beslenme eğiliminde olmaları sonucu çeşitli vitamin ve mineraller bakımından fakir bir diyet almaları söz konusudur (Sönmez ve ark., 2006). Bu çalışmada diş protezi olan bireylerin YSGÖ'nün *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,01$) ve *Topluma Katılım* ($p<0,01$) alt boyutlarından düşük puan aldığı; ancak *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutundan ise tam tersine yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.11). Elde edilen bu bulgu, protezi olan bireylerin beslenmeye ilişkin sorunlar yaşadığını, yeterli beslenmenin sürdürülemediğini ve beraberindeki fizyolojik problemlerin sosyal katılıma yansımalarının olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan protez kullanıyor olmanın, bireyin ağız sağlığı konusunda (*protez bakımı vb.*) daha aktif olmasına neden olduğu dikkati çekmektedir. Aynı zamanda dişini fırçalayan / protez bakımı yapan bireylerin YSGÖ'nün *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutundan yüksek puan alması da (Tablo 6.12) önceki bulgu ile örtüşmektedir.

Yaşlı bireylerdeki öz-bakım uygulamalarının bir diğer önemli basamağı olan vücut hijyenini sürdürülmesi, diğer bir deyişle banyo yapma, huzurevi gibi kuruluşlarda sıklıkla belirli bir düzen içerisinde, belirli sıklıklarda uygulanmaktadır. Ancak bu çalışmada her gün banyo yapan bireye rastlandığı gibi, 15 günde bir banyo yapan yaşlı bireylerle de karşılaşıldı (Tablo 6.13). Bu çeşitliliğin sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkisi incelendiğinde ise beklendiği üzere banyo yapma sıklığı uzadıkça *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,05$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,001$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,01$) alt boyutlarından alınan puanların da azaldığı dikkati çekmektedir (Tablo 6.13). Elde edilen bu bulgu, yaşlı sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında vücut hijyeninin ne kadar önemli bir faktör olduğunu hatırlatıcı niteliktedir.

Yaşlılığın getirdiği fizyolojik sonuçlardan biri olan kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve bununla birlikte öz-bakım uygulamalarını sürdürmesine engel olabilmektedir (Güler ve ark., 2009). Bu özellikleri gereği kronik hastalıklar, bireylerin uyum kapasitelerinin değişmesine neden olmaktadır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Bu bilgilere paralel olarak, bu araştırmadaki yaşlı bireyler arasında kronik hastalığı olanların YSGÖ'nün *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,001$) alt boyutundan daha yüksek puan aldığına ilişkin sonuç (Tablo 6.14), bireylerin hastalığın beraberinde getirdiği uyum süreci ile birlikte sağlıklarını koruma ve sürdürme yönündeki tutumlarını geliştirmiş olduklarını düşündürmektedir.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olan uyku problemleri, doğru orantılı olarak fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle sağlık ve iyilik halini de olumsuz etkilemektedir (Bölükbaş ve Arslan, 2003; Gümüş ve ark., 2009). Araştırmada yaşlı bireylerin %30,5'inin ($n=100$) uyku problemi yaşadığını belirttiği ve %41,8'inin ($n=137$) gündüz uyuduğu saptandı (Tablo 6.2). Literatürde de yaşlı bireylerin uyku problemlerine dikkati çeken birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (Güler ve ark., 2009; Altay ve Aydın-Avcı, 2009; Bölükbaş ve Arslan, 2003; Gümüş ve ark., 2009). Huzurevinde yaşanan uyku problemlerinin bir kısmının, kurum içerisinde gece boyunca hareketliliğin devam etmesi ve olası ses ve gürültülerin yaşlı bireyi rahatsız ediyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak uyku problemlerinin tüm yaşlı bireylerde yaygın bir sorun olduğu hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir. Diğer yandan uyku problemi olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,001$) ve *Topluma Katılım* ($p<0,05$) alt boyutlarından düşük puan almaları (Tablo 6.15), uyku yetersizliğine bağlı olarak sağlık alışkanlıklarını sürdürmede güçlük çektiklerini ve bu durumun aynı zamanda bireyin sosyalleşmesi üzerinde olumsuz yansımalarının olduğunu kanıtlar niteliktedir. Ek olarak, bu bulguyla çelişir şekilde gündüz uyuyan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,01$), *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,05$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından yüksek puan almış olmaları (Tablo 6.16), gün içerisinde uyuyarak, sağlığı geliştirici aktiviteleri sürdürmek için gerekli enerjiyi topladıklarını düşündürmektedir. Ancak literatürde de belirtildiği gibi, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla tam bir iyilik hali içerisinde olmaları için sağlıklı bir gece uykusu yaşamaları oldukça önemlidir (Gümüş ve ark., 2009; Soykök ve ark., 2015). Gündüz uykusunun vereceği kısa

sürekli enerji ve dinginlik halinin, sürekliliği olmayacağı dikkate alınması gereken bir noktadır.

Yaşlı bireylerin sosyal çevresini oluşturan eş, aile ve arkadaşlar, bireyin sosyal bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerinden birini karşılar. Aynı zamanda olumlu duygular, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını da olumlu etkiler (Altıparmak, 2009). Sohbet ettiği yakın arkadaşı olan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,01$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu (Tablo 6.19) ve ek olarak, el işi vb. sosyal aktivitelere katılan yaşlı bireylerin YSGÖ'nün *Topluma Katılım* ($p<0,01$), *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,01$), *Düzenli Egzersiz* ($p<0,01$) ve *Ağız Sağlığı* ($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu (Tablo 6.20) saptandı. Bu bulgular, yaşlı bireylerin sosyalleşmelerini sağlayan çeşitli olanakların sağlık durumları üzerinde olumlu etkileri olduğunu kanıtlar niteliktedir.

7.2. Öz-Bakım Uygulamaları Eğitimi Sonrasında, Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirici Davranışlarındaki Değişime Yönelik Bulguların Tartışılması

Sağlığı geliştirici davranış elde edilmesi sürecinde, bireyin yeni sağlık davranışını benimseyip sürdürmesi için bireye zaman tanınması önemlidir (Keçeci ve Bulduk, 2012). Bu bağlamda bu araştırmada, istenen davranış değişikliğinin zaman içerisindeki durumunu görmek için, eğitim sonrasında yaşlı bireylerdeki davranış değişikliği eğitimden 1 ay ve 3 ay sonra tekrar izlendi. Yaşlı bireylerin YSGÖ'nün tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının eğitim sonrası 1. ayda ($p<0,001$) ve 3. ayda ($p<0,01$; $p<0,001$), eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği görülmektedir (Tablo 6.26). Bu bulgu “Öz-bakım Eğitimi, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını olumlu etkiler” hipotezini doğrulamaktadır. Diğer yandan Ölçeğin *Sağlık Alışkanlıkları* ($p<0,05$); *Topluma Katılım* ($p<0,001$); *Sağlık Sorumluluğu* ($p<0,001$); *Sağlıklı Beslenme* ($p<0,001$) ve *Düzenli Egzersiz* ($p<0,001$) alt boyutlarının 3. Ayda ki derecelendirmesinde 1. Aya göre anlamlı bir düşüşün olduğu gözlemlendi. Ancak bu düşüşe rağmen, elde edilen puanın eğitim öncesi dönemden anlamlı derecede yüksek devam etmesi eğitimin etkinliğini göstermektedir. Yaşlı bireylerde eğitim ile davranış değişikliği yaratmanın mümkün olduğu ancak bireylere bu değişikliği

kabullenebilmeleri için yeterli sürenin tanınması gerektiği unutulmamalıdır (Malekafzali ve ark., 2010). Üçüncü ayda elde edilen puanların, eğitim öncesi döneme göre anlamlı düzeyde iyi olsa da, birinci aya göre belirgin bir düşünün yaşanmış olması literatürle uyumludur. Ayrıca bu bulgu aynı zamanda, kurum içerisinde bireylerin, bireysel olarak sağlığı geliştirici uygulamaları sürdürmesine engel olan olası durumların (*kurum politikaları vb.*) olup olmadığının araştırılması önerisini akla getirmektedir. Diğer yandan *Ağız Sağlığı* alt boyutunda ise 1. aydaki puan ortalamasının 3. ayda da istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptandı ($p<0,001$) (Tablo 6.26). Yaşlı bireylerin yeni alışkanlıklarına uyum süreci de dikkate alınmalıdır. Ek olarak yalnızca *Ağız Sağlığı* alt boyutunda 3. ayda da olumlu yükselişin devam ediyor oluşunun, diş fırçalama veya protez bakımı uygulamasının, yaşlı bireyin kendi kararı ile kendi odasında istediği sıklık ve sürede yapabileceği bir bakım uygulaması olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu bağlamda kurumun tüm olanaklarının istenen davranış değişikliklerini bağımsız bir şekilde sürdürmeye uygun olup olmadığı eğitim planının bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

Bireylerin öz bakım davranışlarının uygulamalı eğitimlerle bir yardımcı desteğiyle geliştirilebileceğini gösteren bir çok çalışma bulgusuna rastlamak mümkündür. Örneğin Erol ve ark. (2016) yaşlı bireylerin ağız hijyenini sürdürmeye yönelik davranışlarında uygulamalı eğitim yöntemi ile iyileştirme elde ederken, Fernández-Barrés et al. (2017) uzun süreli ve tekrarlayan eğitim programı ile yaşlı bireylerin beslenme alışkanlıklarının iyileştirildiği ve malnutrisyon risklerinin azaltıldığını bildirmiştir. Murray ve Shah (2016) diyabette öz yönetim eğitimi verdikleri yaşlı bireylerin, hastalık ve ilaç yönetimi konularında bilinçlendiğini ve sağlığını korumak için doktora gitme davranışını arttırdığını saptamıştır. Chang et al. (2017) toplum sağlığı merkezlerindeki uygulanan sağlık eğitim programlarının, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar konusundaki farkındalıklarının arttığını bildirmiştir.

Sağlığı geliştirici davranışların öz bakım uygulamalarına olumlu yansımaları ya da iki kavram arasında pozitif bir ilişki olması beklentisi kaçınılmaz bir düşüncedir. Yaşlı bireylere verilen öz bakım uygulamaları eğitiminin, sağlığın geliştirilmesi üzerine etkisi incelendiğinde, eğitim öncesi öz bakım gücü puan ortalamasının ($57,19\pm 28,24$), eğitimden bir ay sonra ($70,35\pm 25,95$) ve üç ay sonra ($88,41\pm 21,15$) istatistiksel olarak

anlamly derecede yukseldiği, diğer bir deyişle 6z bakım uygulamaları eğitiminin hem bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar sergilemelerini hem de bireylerin 6z bakım g6c6n6 olumlu y6nde etkilediği saptandı ($p<0,001$) (Tablo 6.21, Tablo 6.30).



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın metodolojik bölümünde;

- Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin (YSGÖ) Türk yaşlı popülasyonu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

Araştırmanın tanımlayıcı bölümünde;

- Yaş ortalaması 72,9; çoğunluğu erkek (%62,2), ilkokul mezunu (%77,4), dul (%41,2) ve çocuksuz olan (%83,2) bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar yönünden yetersiz oldukları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, diş protezi varlığı ve diş/protez bakımı sıklığı, kronik hastalık varlığı, uyku problemi varlığı, ziyaret ediliyor olma, sohbet ettiği arkadaşları bulunma ve sosyal aktivitelere katılmanın, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları üzerinde etkisi olduğu görüldü.

Araştırmanın deneysel bölümünde;

- Çoğunluğu erkek (%69,9), ilkokul mezunu (%56,2), bekar (%61,6) ve çocuksuz olan (%79,5) bireylerin yaş ortalaması olan 73 bireye verilen eğitimin, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını ve öz bakım gücünü olumlu yönde etkilediği saptandı.

Elde edilen tüm sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlığı geliştirici davranış değişikliğinin, yaşlı bireylerin bireysel, fizyolojik ve psikolojik özelliklerinden etkilenebileceğinin her zaman dikkate alınması,
- Yaşlı bireylerde sağlığı geliştirici davranış değişikliklerinin sağlanabilmesi ve öz-bakım güçlerinin yükseltilebilmesi için, kurumlar içerisinde uygulamalı eğitim programlarının uygulamaya konması, gerekli görüldüğünde tekrarlanması ve sonuçlarının uzun süreli olarak takip edilmesi,
- Ağız sağlığının, sağlığı geliştirme üzerindeki en etkili faktörlerden olması nedeniyle, yaşlıların ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesi için kurum

içerisinde diş hekimi bulundurulması ya da kurum dışından bir diş hekiminin rutin ağız sağlığı taramaları yapması,

- Yaşlı bireylerin televizyon izleme, gazete okuma, radyo dinlemek gibi boş zaman aktivitelerinin yerine; egzersiz, yürüyüş, sosyal aktivite gibi psikolojik ve fizyolojik sağlığı geliştirici uygulamalara daha çok yer verilmesinin sağlanması,
- Türkçe geçerlik ve güvenilirliği test edilen ve güvenilir bulunan Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin kurum dışında ki yaşlı bireylere de uygulanarak, elde edilen sonuçların literatüre kazandırılması,
- Bu araştırmada Türkçe geçerlik ve güvenilirliği test edilen ve güvenilir bulunan Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği'nin yeni çalışmalarda kullanılarak, elde edilen sonuçların literatüre kazandırılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Aboderin I. (2004). Modernisation And Ageing Theory Revisited: Current Explanations Of Recent Developing World And Historical Western Shifts İn Material Family Support For Older People. Cambridge University Press Printed in United Kingdom. Ageing and Society 24. 29-50.

Aközer M, Nuhurat C, Say Şebnem, (2011). Türkiye’ de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. Aile ve Toplum, Bilim, Kültür ve Araştırma Dergisi. 12 Cilt. 7 Sayı. 103-128. ISSN: 1303-0256.

Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Emiroğlu N.O., Erefe İ., Görak G., Karataş N., Kocaman G., Kubilay G., Seviğ Ü (2004) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak p: 68-84

Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C., Bek, Y., Cantürk, F. (2010). Quality of Life and Level of Depressive Symp in the Geriatric Population. *Turk J Rheum*, 25: 165-173.

Alpar R. (2010) Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Detay Yayıncılık – Ankara 1. Baskı p:313-385

Alpar, Ş. E., Şenturan, L., Karabacak, Ü., Sabuncu, N. (2008). Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 382-388.

Altay, B., Aydın-Avcu, İ. (2009) Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4):275-282.

Altıparmak S, (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üni. Sağ. Bil. Tıp Derg. 23 (3). 159-164.

Arpacı, F., Tokyürek, Ş., Bilgili, N. (2015). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1): 1-11.

Arun, Ö. (2008). Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 313-330.

Aşiret G. D, Kapucu S. (2016). Kurumda Kalan Hafif ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Anımsama Terapisi ile İlgili Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10.17049/ahsbd.10820. 19:1.

Aydın T. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen Altay)

Bölükbaş N. Arslan H. (2003). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. OMÜ. Ordu Sağlık Yüksekokulu. *Düşünen Adam*. 16 (4): 235-239.

Bulduk E. Ö. (2014). Yaşlılıkta Toplumsal Değişim. Nuh Naci Yazgan Üni. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü. *TSA/Yıl:18 S:2* 53-60.

Cash C.J. Glass A.C. (2016) *Adult-Gerontology Practice*. Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-2762-4

Chang K. S. (2017). Effects of Health Education Programs for the Elders in Community Care Centers – Evaluated by Health Promotion Behaviors. *International Journal of Gerontology*, 1-5.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Denyes J.M., Orem E.D., SozWiss B.G. (2001) *Self Care: A Foundational Science*. *Nursing Science Quarterly*, 14:1, 48-54

Diggs J. (2008) *The Continuity Theory of Aging*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, p: 233-235

Dowd J.J. (1975) *Aging as Exchange: A Preface to Theory*. *Journal of Gerontology*, 30:5, 584-594

Dörter S.S. (2014) Huzurevinde Ya Da Yerinde Yaşlanmayı Tercih Eden Yaşlı Bireylerde Yaşadıkları Çevre İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd.Doc.Dr. Ayşe Yıldız)

Dziechciaz M. (2012). Social and Health Care Needs of Elderly People Living in the Countryside in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Vol.19, No.4, 746-750.

Dziechciaz M, Filip R. (2014). Biological Psychological and Social Determinants of Old Age: Bio-Psycho-Social Aspects of Human Aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Vol.21 No.4 835-838.

Erdoğan S (Ed) (2014) Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği, *Hemşirelikte Araştırma*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 215-232.

Eren G, Köse T, Atilla G. (2011). Yaşlı Bireylerde Periodontal Durumun Belirlenmesi ve Bu Bireylerin Ağız Bakımı Alışkanlıkları. *SÜ. Diş Hekim Fak. Derg* 20:84-94

Erol, S., Sezer, A., Şişman, F.N., Öztürk, S. (2016b). Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3):60-69.

Erol, S., Şişman, F. N., Sezer, A., Şentürk, İ., Aydın, M. (2016a). Bir Huzurevindeki Yaşlılara Verilen Eğitimin Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, (2):105-111.

Ertekin-Pınar, Ş., Demirel, G. (2016). Huzurevinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1):39-52.

Esin N, (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' nin Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 7:45, 87-96.

Fernandez B. (2017). The Efficacy of A Nutrition Education İntervention to Prevent Risk of Malnutrition for Dependent Elderly Patients Receiving Home Care: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Stdies*. 70. 131-141.

Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Akgül, N. (2009). Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31:367-373.

Gümüş B. A, Engin E, Özgür G. (2009). Bir Huzurevinde Yaşayan ve Bilişsel Bozukluğu Olmayan Yaşlıların Uyku Düzeni Özelliklerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 12 (3). 138-146

Huang, L. H., Chen, S. W., Yu, Y. P., Chen, P. R., Lin, Y. C. (2002). The effectiveness of health promotion education programs for community elderly. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 261-270.

İlhan N. ve ark. (2016). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi, *Clin Exp Health Sci*; 6(2): 56-65.

İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 2007, Denizli.

Karaca F. (2010). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hayata Bakış Açıları ve Gelecekle İlgili Beklentileri. *Aile ve Toplum*. 11/6 ISSN:1303-0256.

Karakuş A, Süzek H, Atay E. M. (2003). Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Muğla Üni. SBE. Dergisi*. Güz.11. 39-51.

Keçeci A, Bulduk S. Health Education for The Elderly. *Geriatrics Research. Duzce Uni. Vocational School of Health Services*. 153-176.

Kekovalı M. ve ark. (2002). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi. *Muğla Üni. SBE. Dergisi*. Bahar.7. 1-10.

Kılıç A. (2005). Dorothy Orem' in Öz Bakım Modelinin Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum

Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Dz. Yük. Hem. Kd. Alb. Nur Şenel).

Kırdı N., Can F., Karaduman A., Bayramlar K., Ayhan Ç., Uyanık M., Yücel H., Meriç A. (2007) Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Yayın No Dpt: 2741, ISBN: 978-975-19-4115-5

Little W. (2014) Introduction to Sociology - 1st Canadian Edition. Creative Commons Attribution 4.0 International License, p: 397-439

Lök N. Lök S. (2016). Yaşlıların Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Bilişsel Durumları Arasındaki İlişki. Selçuk Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi. Araştırma Makalesi. Cilt.54. Sayı.2. 21-25. 10.5455/2016006.

Lynn P. (2011) Taylor's Clinical Nursing Skills. Wolter's Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins. 3rd Edition. ISBN:978-605-320-098-7 p:311-358

Malekafzali, H., Eftekhari, M. B., Hejazi, F., Khojasteh, T., Noot, R. H., Falahat, K., Faridi, T. (2010). The effectiveness of educational intervention in the health promotion in elderly people. *Iranian journal of public health*, 39(2), 18-23.

Maripe K. (2010). Modernization Of The Family Support System (FSS) And The Social Needs Of The Elderly (SNE). The Case Of Botswana. *Journal of Sociology, Psychology and Atropology in Practice: Int. Perspective*. Vol.2. 1/3. 86-95.

Murray C. M, Shah B. R. (2016). Diabetes Self-Management Education Improves Medication Utilization and Retinopathy Screening in the Elderly. *Primary Care Diabetes*. 10. 179-185.

Nahçıvan N. (1994). Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması: Öz-bakım Gücü Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 7 (33).

Nalbant S. (2006). Yaşlanmanın Biyolojisi. *The Biology of Aging*. *Türk Fiz. Tıp. Derg.* 52 (Özel Ek). A12-A17.

National Research Council, (2001) *Preparing for an Aging World: The Case for Cross National Research*. Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World, Committee on Population and Committee on National Statistics, Division of Behavioral and Social Sciences and Edu. Washington, DC: National Academy Press.

Nazlı A. (2016). Yaşlanma, Birey ve Toplum. Ege Üni. Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü. Ege Tıp Dergisi. 55. 1-5.

Olgun, N., Eti-Aslan, F., Yücel, N., Kan-Öntürk, Z., Laçın, Z. (2013). Yaşlıların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 72-78.

Özdemir Ü. Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. Cilt.1. Sayı.1. 57-72.

Özer M. (2001) Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz-bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. İnci Erefe)

Öztürk C., Karataş H. (2008) Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11:2 85-91

Öztürk, A., Özenç, S., Canmemiş, S., Bozoğlu, E. (2016). Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 34-41.

Rhoads C.E. (1984) Reevaluation of the Aging and Modernization Theory: The Samoan Evidence. *The Gerontologist*, 24:3, 243-250

Sanjay, T. V., Yannic, P., Mapakshi, S. (2015). Physical Exercise Practices among Elderly Type 2 Diabetic Patients in A Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Gerontology*, 29(4), 407-416.

Saraç F. Z, Yılmaz M. (2015). Yaşlılık ve Sağlıklı Beslenme. Aging and Healthy Nutrition. Ege Tıp Dergisi/Ege Journal of Medicine. 54: 1-11.

Sin, M. K., Belza, B., LoGerfo, J., Cunningham, S. (2005). Evaluation of a Community-Based Exercise Program for Elderly Korean Immigrants. *Public Health Nursing*, 22(5), 407-413.

Softa K. H. (2015). Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Yönden İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2:63-76.

Soykök G. ve ark. (2015). Association of Sleep Quality and Daytime Sleepiness With Cognition in the Elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*. 18;(2):123-129.

Sönmez N.Ş., Gül B.E., Nalbant D. (2006) Ankara Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. Suppl. p:45-52

Sürücü H. A. (2013). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisine Dayalı Girişimlerin Sağlık Sonuçlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevgi Kızılcı)

Şendir M., Acaroğlu R., (2002). Yaşlı Bireylerde Sağlık Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), 83-86.

Takahashi, P. Y., Okhravi, H. R., Lim, L. S., Kasten, M. J. (2004, March). Preventive health care in the elderly population: a guide for practicing physicians. *In Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 79, No. 3, pp. 416-427). Elsevier.

Tambağ, H. (2010). Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

Taylor G.S., Renpenning K. (2011) *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. ISBN: 978-0-8261-0778-7, p: 105-127

Touhy A.T., Jett K. (2014) *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. 5th ed., St. Missouri: Elsevier. ISBN: 978-0-323-40167-8, p: 22-51

TÜİK (2017) İstatistiklerle Yaşlılar. TS 24644, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. <http://www.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 01Haziran2017

TÜİK (2016) İstatistiklerle Yaşlılar. TS 21520, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. <http://www.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 17Mart2016

TÜİK (2014) İstatistiklerle Yaşlılar. TS 18620, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. <http://www.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 18Mart2015

Uğurlu, N, Bolat, M., Erdem, S. (2010) Yaşlılarda Özbakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2):56-62.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36, 76-81.

Wang, J., Lee, C. M., Chang, C. F., Jane, S. W., Chen, M. Y. (2015). The Development and Psychometric Testing of the Geriatric Health Promotion Scale. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 56-64.

Warburton J. And Winterton R. (2010). The Role of Volunteering in An Era of Cultural Transition: Can It Provide A Role Identity for Older People From Asian Cultures. 2. 1048-1058; 10.3390 / d2081048. ISSN.1424-2818.

Watts D.T. (1992) The Disengagement and Activity Theories of Ageing: Some Possible Implications for Future Sports Involvement of the Aged. 7:4, 33-39

Yardımcı H, Özçelik A. Ö, Sürücüoğlu A. O, (2011). Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1 -2; 15-27

Yazıcıoğlu Y., Erdoğan S. (2007) SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Detay Yayıncılık Ankara 2. Baskı p:53-116

Yüksel A., Mil B., Bilim Y. (2007) Nitel Araştırma: Neden, Nasıl, Niçin?. Detay Yayıncılık Ankara p:73-84

10.EKLER

Ek-1: Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Sağlıklı yaşam davranışlarının yaygın tutum ve bireysel alışkanlıklarının nasıl edileceğini öğrenmek amacıyla bir anketimize katılmaktasınız. Anketimize sorularını uygun şekilde doldurmanız rica ederiz. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Aşağıda sizde ilgili bölümlere yönelik sorular ile şimdiki yaşam tutum ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında sorular yer almaktadır. Lütfen her soruya için en doğru cevap vermeye ve atlanmasızca işlem gördünüz. Her bir soruya için karşısındaki parantezlerden sizin için uygun olanın için "x" işareti koyunuz.

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hamzirelik Anabilim Dalı

Doktora Öğrencisi

Hatice Gülbay

- Yaşınız: ~~~~~
- Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- Eğitimi düzeyiniz:
Okur-Yazar değil () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
- Medeni Durumunuz
Evlü () Bekar () Eşi vefat etmiş () Boşanmış ()
- Çocuk Sayısı
0 () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri ()
- Ziyaretçi gelme sıklığınız
Var () Yok ()
Çocukları () Torunları () Akıncıları ()
Yeğenleri () Amcalarını () Diğer: ~~~~~
- Sosyal Güvenlik
Sgk () Emekli Sandığı () Bağkur ()
Ssk () Özel Sigorta ()
- Diğer protokollere tabii değilseniz var mı?
Evet () Hayır ()
- Diğer faaliyetler veya protokoller bakımından ne sıklıkta yapmaktasınız?
Yeniakademi seminer () Gerekli görüldüğünde ()
Diğer: ~~~~~
- Ne sıklıkta banyo yapmaktasınız?
Haftada 1 gün () Her gün ()
2 günde bir () 15 günde bir ()
Diğer: ~~~~~
- Uzun süre devam eden hastalardan ya da sağlık kuruluşunda tedavi kullandığı bir hastalığınız (ara ara sıkılaşan, sürekli kronik bir hastalığınız) var mı?
Var () Yok ()
- Solunum edebildiğiniz kadar sıkıca çalıştırıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- Boş zamanlarınızın nasıl değerlendirirsiniz?
(birkaç farklı işi yaparak değerlendiririm...)
okuldaya ziyaretine giderek ()
kitap, gazete okunarak ()
tv seyretme, radyo dinlenerek ()
kültür gezisi yaparak ()
hobiler yaparak ()
tatil yaparak ()
akrabalarıyla uğraşarak ()
günün işleri ile uğraşarak ()
egzersiz yaparak ()
alışma, yürüyüş yaparak ()
başka işleri yaparak ()
diğer: ~~~~~
- Günde kaç saat uyumaktasınız?
3 saatten az ()
4-6 saat ()
6 saatten fazla ()
- Uyku problemi yaşıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- Günde kaç uyuyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- El işi vb. faaliyetlere katılıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- Sağlığınıza önem veren ya da tedbire sokarak performansta artış sağlıyor musunuz?
() Fakülte dışı
() Fakülte dışı ve fakülte dışı
Dükkân etkinlikleri noktalar ~~~~~
- Fakülte dışı faaliyetler yapıyor musunuz?
Çok az, ~~~~~

Ek-2: Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği

ANKET NO:

A ÖLÇEĞİ:

Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği

		<i>Hiçbir Zaman</i>	<i>Bazen</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Düzenli Olarak</i>
1.	Her gün kahvaltı yaparım.	()	()	()	()
2.	Günde 3 öğün yerim.	()	()	()	()
3.	Yeterince uyurum.	()	()	()	()
4.	Rahat ayakkabılar kullanırım.	()	()	()	()
5.	Kaymayan ayakkabılar kullanırım.	()	()	()	()
6.	Mahalle muhtarını bilirim (Mahallenin, köyün, kurumun ileri gelenlerini tanırım).	()	()	()	()
7.	Arkadaşlarım ile her zaman iletişimi kurarım.	()	()	()	()
8.	Egzersiz programları veya aktivitelere katılırım.	()	()	()	()
9.	Toplu halde yapılan programlara katılırım (örnek: yürüyüş, yüzme, yoga, meditasyon, ibadet gibi...).	()	()	()	()
10.	Sağlık eğitimi programlarına katılırım.	()	()	()	()
11.	Yerel (kasaba, köy, kurum) etkinliklere katılırım.	()	()	()	()
12.	Kültürel veya dini etkinliklere katılırım.	()	()	()	()
13.	Düzenli olarak kolesterolümü kontrol ettiririm.	()	()	()	()
14.	Düzenli olarak kan basıncımı kontrol ettiririm.	()	()	()	()
15.	Düzenli olarak kan şekeri kontrol ettiririm.	()	()	()	()
16.	Altı besin grubunu içerecek biçimde dengeli beslenirim (örnek: ekmek, et, süt, meyve, sebze).	()	()	()	()
17.	Her gün 1,5 porsiyon/tabak sebze tüketirim.	()	()	()	()
18.	Her gün 2 yumruk büyüklüğünde meyve tüketirim.	()	()	()	()
19.	Günde 30 dakikalık egzersiz yaparım.	()	()	()	()
20.	Haftada 3 kere en az 30 dakikalık egzersizler yaparım.	()	()	()	()
21.	Yatmadan önce dişlerimi fırçalarım.	()	()	()	()
22.	Dişlerimi günde 3 defa fırçalarım.	()	()	()	()

Ek-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		<i>Hiçbir Zaman</i>	<i>Bazen</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Düzenli Olarak</i>
1.	Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
2.	Sağlığımıla 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 kendime rahatlamak için zaman ayırırım.	()	()	()	()
7.	Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
8.	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.	()	()	()	()
9.	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini hissederim.	()	()	()	()
10.	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım...	()	()	()	()
11.	Hayatındaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	()	()	()	()
12.	Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	()	()	()	()
13.	Haftada en az 3 kez 20 dakika 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 taklit ederim.	()	()	()	()
19.	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	()	()	()	()
20.	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	()	()	()	()
21.	Geleceğe ümitle bakarım.	()	()	()	()
22.	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	()	()	()	()
23.	Hayatında benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	()	()	()	()
24.	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.	()	()	()	()

Ek-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - 2

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 dakika zaman ayırırım.	()	()	()	()
28.	Sağlığımı ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
29.	Kendi başarılarımla övünürüm.	()	()	()	()
30.	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	()	()	()	()
31.	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	()	()	()	()
32.	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucu ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
33.	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	()	()	()	()
34.	Her günü ilginç ve mücadeleğe değer bulurum.	()	()	()	()
35.	Her gün 4 besin grubu (Protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	()	()	()	()
36.	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı 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 bir 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 dokunmalarını önemserim.	()	()	()	()
48.	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	()	()	()	()

Ek-4: Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Öz-Bakım Gücü Ölçeği						
	İfadeler	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Çok Tanımlamıyor	Fıkrım Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
1.	Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.	Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.	Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.	Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.	Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyurum.	()	()	()	()	()
6.	Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.	Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.	Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.	Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.	Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.	Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.	Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.	Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.	Sağlığuma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.	Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.	Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.	Kararlarımı sonuna kadar uygulurum.	()	()	()	()	()
18.	Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()

Ek-4: Öz-Bakım Gücü Ölçeği - 2

	<i>Ifadeler</i>	<i>Beni Hiç Tanımlamıyor</i>	<i>Beni Pek Tanımlamıyor</i>	<i>Fikrim Yok</i>	<i>Beni Biraz Tanımlıyor</i>	<i>Beni Çok Tanımlıyor</i>
19.	Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()
20.	Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.	Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.	Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.	Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.	Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.	Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.	Aile (kurum, toplum) içindeki görevlerimi yeterince yerine getirebiliyorum.	()	()	()	()	()
27.	Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.	Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.	Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.	Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.	Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.	Kendime bakmak için bilgilenemeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.	Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.	Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.	Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

Ek-5: Barthel İndeksi

X ÖLÇEĞİ: Barthel İndeksi	
1. Beslenme (10)	
10 puan: Tam bağımsız. Yemek çuqurq için gerekli aletleri kullanır.	
5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.	
0 puan: Yapamaz	
2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)	
15 puan: Tam bağımsız.	
10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin bazı kısımlarını.	
5 puan: Tek başına yatağa oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gerektirir.	
0 puan: Tamamen yatağa bağımlı	
3. Kendine bakım (5)	
5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.	
0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	
4. Tuvalet kullanma(10)	
10 Puan: Bağımsız (oturma kalkma, giyinme, tuvalet qajıqurq kullanma).	
5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı fonksiyonları kendi yapabilir.	
0 puan: Bağımlı	
5. Yıkama(5)	
5 puan: Bağımsızdır	
0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır	
6. Düzensiz yüzeyde yürüme(15)	
15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. qurq , qurqurq , qurqurq değneği, yürütücü kullanabilir. qurq kullanıyorsa kilitleyip açabilmesi, oturup kalkabilmesi, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmesidir.	
10 puan: Hasta yukarıdaki işi yapmak için yardıma veya güdüme ihtiyacı duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüyebilir.	
6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)	
5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönderebilir. Yatağa, tuvalete yanabilir.	
Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmesidir. Eğer hasta yürüme bölümündeki puan alırsa, qurq bu bölümdeki puan verilmaz.	
0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz	
7. Merdiven inip çıkma(10)	
10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir: qurqurq , baston, koluk değneği...	
5 puan: Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya güdüme ihtiyacı duyar.	
0 qurqurqurqurq	
8. Giyinip soyunma(10)	
10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya qurqurq takıp çıkarma bu maddeye qurqurq değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.	
5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sütyen takıp çıkarma puanlamaya qurqurq edilmez.	
0 puan: Tam bağımlıdır	
9. Barsak bakımı (10)	
10 puan: qurqurqurq (qurqurqurqurq) kullanabilir veya gerektirse tıbban yapabilir. Örneğin, qurqurqurq yaralanması olgular)	
5 puan: Hasta qurqurqurqurq koymak veya tıbban yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.	
0 puan: qurqurqurqurq	
10. Mesane bakımı(10)	
10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. qurqurqurqurq yaralanması olan qurqurqurqurq hastalar; qurqurqurqurq bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, tıbbi çıkarabilmelidir.	
5 puan: Bazı tuvalete yetipmez veya sürekli bekleyemez, altına kaçar.	
0 puan: qurqurqurqurqurq veya qurqurqurqurqurq ve kontrol edemez.	

Barthel İndeksi Toplam Aldığı Puan:

(Yandaki Dairenin İçine Yazınız.)

0-20 puan: **qurqurq** bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız



Ek-6: Ölçek Sahibi İzni



COLLEGE OF NURSING
CHANG GUNG UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY
No. 261, Wen-hwa 1st Rd, Kwei-shan, Taoyuan, Taiwan 333
TEL: 886-3-2118999 ext. 3112 FAX: 886-3-2118866
E-Mail: meiyen@gw.cgust.edu.tw

Authorization Form

I hereby authorize the "Geriatric Health Promoting Scale" to be given on the PhD thesis which is conducted by Hatice Gülsoy, Research Assistant in Fundamentals of Nursing, Golden Horn University Istanbul-Turkey.

This authorization form will be freely available for non-profit use including educational and academic purposes, not for commercial purposes. While it is cited, please clearly mark out the quotation as the following to be consistent with the academic regulations: **【Chen, M. Y. (2015). *The Development and Psychometric Testing of the Geriatric Health Promotion Scale. Journal of Nursing Research, 23(1), 56-64.*】**

This is granted to

*Hatice Gülsoy, Research Assistant in Fundamentals of Nursing
Golden Horn University Istanbul-Turkey*

By: Mei-Yen, Chen



Jan 12, 2016

Ek-7: Etik Kurul Onayı


T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 149
KONU: Etik Kurul İzni

02.11.2016

Sayın Hatice GÜLSOY

Haliç Üniversitesi Girişimsiz Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılan aşağıdaki başvuruya incelenecek olup, Hatice GÜLSOY'un Doç. Dr. Leman SENTURAN danışmanlığında planladığınız "Yaşlı Bireylere Verilen De-Bakım Eğitiminin Sağlıkta Geliştirilmesine Etkisi" isimli araştırma kurulunuzun 02.11.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.



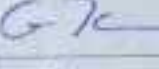


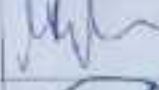

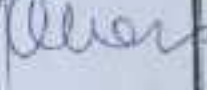

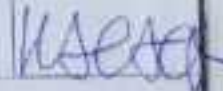
Bilgilerinize sunarım.


Prof. Dr. Abdurrahman EREN
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı

Yöresel Etik Kurulu Çat. No: ET/09-04-190/2016
Tel: 0112 914 54 44 7704 Faks: 0112 747 00 35
eMail: etik@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

Ek-7: Etik Kurul Onayı -2

		TC HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLAR		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 25.01.2016 Revizyon No : 01 Sayfa No : -1 / 1	
Tarih: 02 Kasım 2016		Karar No : 14			
Toplantı Sayısı: 01		Halice GÜLSOY'un Doç. Dr. Leman ŞENTURAN danışmanlığında "Yağlı Bireyleri Verilen İzi-Bakım Eğitiminin Sağlık Geliştirilmesine Etkisi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönünden uygun olduğuna karar verildi.			
Üyeler					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlgisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Halic Üniversitesi Rektör Vekili	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Halic Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Halic Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Halic Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu İsmak YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Halic Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Etilik	Halic Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Halic Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zehra DOĞAN SÖZÜEK	Moda ve Tekstil Tasarımı	Halic Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Moda ve Tekstil Tasarımı Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Av. İbrahim YETER	Hukuk	Halic Üniversitesi Genel Sekreteri	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
ETKÜ/4					

Ek-8: Kurum İzni



T.C.
DARÜLACEZE BAŞKANLIĞI

Sayı : 52568945-770-11/2-10
Konu : Hatice GÜLSOY

02.01.2017

T.C.HALİÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci Hizmetleri Daire Başkanlığına)

İlgil : 24.01.2017 tarih ve 139 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Hatice GÜLSOY'un Doç.Dr. Leman ŞENTURAN danışmanlığında doktora tezi olarak hazırladığı "Yaşlı Bireylere Verilen Öz-Bakım Eğitiminin Sağlıkını Geliştirilmesine Etkisi" konulu araştırmasının çalışmalarını Başkanlığınızda yapma talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Hatice CEBECİ
Darülaceze Başkanı

Ek-9: Uzman Görüşler

Prof. Dr. Necmiye Sabuncu

Prof. Dr. Merdiye Şendir

Doç. Dr. Leman Şenturan

Doç Dr. Ükke Karabacak

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız

Yrd. Doç. Dr. Azime Kumbasar

Yrd. Doç. Dr. Hatice Kara



Ek-9: Uzman Görüşler - 1

Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi Ölçeği Geriatric Health Promotion Scale		Uygun değil	Biraz uygun	Oldukça uygun	Çok Uygun
1.	Her gün kahvaltı yaparım. Eat breakfast daily.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
2.	Günde 3 öğün yerim. Fixed time to have 3 meals.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
3.	Uykumu yeterince alırım. Have enough sleep.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
4.	Konforlu ayakkabılar kullanırım. Wear fitted shoes.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
5.	Kaygan olmayan ayakkabılar kullanırım. Wear slip-resistant shoes.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
6.	Mahalle muhtarını tanırım. Familiar with the village head.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
7.	Arkadaşlarım ile her zaman iletişimde olurum. Interact with friends.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
8.	Rehber eşliğindeki egzersiz programları veya aktivitelere katılırım. Participate in guided exercise program sor activities.	()	()	()	()
ÖNERİ:					

Ek-9: Uzman Görüşler – 2

9.	Toplumsal programlara katılımı (örnek: Tai chi, meditasyon, yürüme, yüzme gibi...) Participate in community programs. (eg: Tai chi, walking, swimming...)	()	()	()	()
ONERİ:					
10	Sağlık eğitimi programlarına katılımı. Participate in health care education curriculum.	()	()	()	()
ONERİ:					
11.	Mahalle etkinliklerine katılımı. Participate in township/village activities.	()	()	()	()
ONERİ:					
12.	Kültürel veya dini etkinliklere katılımı. Participate in religious or cultural activities.	()	()	()	()
ONERİ:					
13.	Her yıl kolesterol seviyesi ve sonuçları için kontrol yaptırım. Check cholesterol level annually with results.	()	()	()	()
ONERİ:					
14.	Her yıl kan basıncı seviyesi ve sonuçları için kontrol yaptırım. Check blood pressure annually with results.	()	()	()	()
ONERİ:					
15.	Her yıl kan şekeri seviyesi ve sonuçları için kontrol yaptırım. Check blood sugar annually with results.	()	()	()	()
ONERİ:					
16.	Altı besin grubunu içerecek biçimde dengeli beslenirim (örnek: ekmek, et, süt, meyve, sebze). Balanced diet, including six food groups. (eg: bread, meat, milk, fruit, vegetable)	()	()	()	()
ONERİ:					
17.	Her gün 1,5 kase sebze tüketirim. Have 1,5 bowl of vegetables/day.	()	()	()	()

Ek-9: Uzman Görüşler - 3

ÖNERİ:					
18.	Her gün 2 yumruk büyüklüğünde meyve tüketirim. Have 2 fist-sized fruits/day.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
19.	Günde 30 dakikalık egzersiz yaparım. Take exercise 30 minutes/day.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
20.	Haftada 3 kere en az 30 dakikalık egzersizler yaparım. Exercise 3 times/week and at least 30 minutes/time.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
21.	Yatmadan önce dişlerimi fırçalarım. Brush teeth before sleeping.	()	()	()	()
ÖNERİ:					
22.	Dişlerimi günde 3 defa fırçalarım. Brush teeth 3 times/day	()	()	()	()
ÖNERİ:					

Ek-10: ONAM Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma, Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi ve Yaşlı Popülasyona Verilen Öz-bakım Uygulamaları Eğitiminin Sağlığın Geliştirilmesine etkisini incelemek amacıyla Ocak 2016 - Haziran 2017 tarihleri arasında planlanmıştır. Çalışmaya katılan bireyler, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu doldurduktan sonra, Bilgi formu, Yaşlı Sağlığı Geliştirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulanacaktır ve Öz-bakım Uygulamaları ile ilgili bir eğitime katılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir. Bu çalışmaya katılarak Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesine Olumlu yönde katkıda bulunmuş olacaksınız. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istedik ve bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecektir. İsminiz ve bizimle paylaştığınız iletişim bilginiz saklı tutulacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Adı Soyadı: Hatice Gülsoy

Telefon: 0 532 480 77 36

Yukarıda sözü geçen araştırmanın amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı Soyadı:

TC Kimlik Numarası:

İmza

Ek-11: Orijinal Ölçek

Geriatric Health Promoting Scale				
Directions: Please check the appropriate blank that you did based on your actual way of life or personal habits during the past year without skipping any items.				
Never: This behavior has never been done.				
Sometimes: This behavior has been done occasionally.				
Often: This behavior has been done around 50-70%.				
Always: This behavior almost has been done above 90%.				
	never	sometimes	often	always
1. Eat breakfast daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fixed time to have 3 meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have enough sleep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wear fitted shoes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wear slip-resistant shoes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Familiar with the village head.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Interact with friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Participate in guided exercise programs or activities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Participate in community programs. (eg. Tai chi, walking, swimming.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participate in health care education curriculum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Participate in township/village activities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Participate in religious or cultural activities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Check cholesterol level annually with results.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Check blood pressure annually with results.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Check blood sugar annually with results.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-11: Orijinal Ölçek – 2

16. Balanced diet, including six food groups. (e.g. bread, meat, milk, fruit, vegetable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Have 1.5 bowl of vegetables/day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Have 2 fist-sized fruits/day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Take exercise 30 minutes/day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Exercise 3 times/week and at least 30 minutes/time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Brush teeth before sleeping.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Brush teeth 3 times/day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring :

Never: This behavior has never been done.

Sometimes: This behavior has been done occasionally.

Often: This behavior has been done around 50-70%.

Always: This behavior almost has been done above 90%.

Health Habits Behaviors: 1-5

Social Support Behaviors: 6-12

Health Responsibility Behaviors: 13-15

Nutrition Behaviors: 16-18

Exercise Behaviors: 19-20

Oral Hygiene Behaviors: 21-22

Ek-12: Yaşlı Sağlığı Geliştirilmesi Sunumu



ÖZ-BAKIMINIZ İÇİN NELER YAPIYORSUNUZ?



ÖZ-BAKIM



El Yıkama



Ağız, Dil ve
Protez Bakımı



Kulak Bakımı



Göz Bakımı



Burun Bakımı



Saç Bakımı



Deri Bakımı



Boşaltım ve
Bakımı



Ayak Bakımı

ELLERİNİZİ NE ZAMAN YIKARSINIZ???



EL YIKAMA

Eller en az 30 saniye yıkanmalı

El yıkama enfeksiyonlardan korunmanın en kolay yoludur

El yıkama ile enfeksiyonun gelişmesi ve bulaşması önlenir

Yaş ilerledikçe bağışıklık sistemi hücrelerinin fonksiyonlarında zayıflama görülür ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski artar ve hastalıkla mücadele güçleri azalır

Ağız, Diş ve Protez Bakımını Yaparken Nelere Dikkat Edersiniz?



Ağız, Diş ve Protez Bakımı

Tırmıkla her ağız fırçası
yapılmalıdır.

Diş çürükleri, ağız
hastalıkları ve ağız
yeterli mikroplar
sindirim sistemini bozabilir.
Ağız temizliği en
az iki kez yapılmalıdır.

Termikler çiğnenirken
damakta daha uzun
süreli tutulmalı çiğnenmelidir.

Tırmık yerken acıya
edilmemelidir.

Beslenme öğünleri kolay
formda ve küçük parçalara
bölünmelidir (jelm, sıt
kötü halindedir).

Ağız bakımını uygularken
dil ve dudaklar da
temizlenmelidir.

Dudaklarına yumuşaklık
krem kullanılmalıdır.

Her yemek sonrası diş
fırçası ile protezler, ağız
su altında temizlenmelidir.

Takma diş çikarılmalı
sonra ağız suyla
çalınmalıdır.

Genişletil protezler su da
bekletilmelidir.

Protezler ağız kolay girip
acık yemekte ve
içeceklerden
saklanmalıdır.



Saç Bakımı

Saçlar iyi
ykanıp,
durulanıp,
kurulanmalı

Saçlar günlük
taranmalı

Çok fazla uzun
lutulmamalı

Çok sıcak su ile
ykanmamalı

Sakal ve bıyıklar
düzenli olarak
taranarak
ykanmalı

Deri Bakımı



Deri Bakımı

Haftada 1-2 kez banyo yapılmalı

Cilt sağlığı için alkolüz jampun ve sabun kullanılmak

Banyodan sonra krem yarımler mantar enfeksiyonunu önlemek için iyi kullanılmalı

Hemdenalmek için yağ ve su bazlı krem kullanılmalı

Cildin kuru ve nemli olmalı, yeterli su alması ve bedenime, yaradiken olujumunu engeller

Yaz aldıkça hareket kullandığı için nemli, aljkanlıktan uzale bu nedenle emoj daha lazımlı kullanılmalı

Eklemle ilgili baskuluklardan oluru zaman içinde az ya da çok yıkama aljkanlıjına karşı önlem alınmalı: olularak yıkamak, lavabonun bu yanına destekler koymak gibi...

Boşaltım Sistemi ve Bakımı



Boşaltım Sistemi ve Bakımı

İdrar miktarındaki değişiklikler, nabızdaki değişimler, çukuru loç kullarımı, kal ve tene zillerindeki değişiklikler, idrar ve dışı boşaltım bozulmaları da beraberinde gelir.

İdrar için sabah öğle arasında 6-8 su içilmelidir.

Hareket edilmeli, hafta da 3 gün yarım saatlik kardiyo yapılmalı, tempolu yürüyüşler yapılmalıdır.

Pozitif yiyecekler tüketilmelidir.

İdrar tutulmasını önlemek için, idrarı tutmadıkça idrar tutulması beklenmemelidir.

Her gün aynı saatte tuvalet gidilmeli ve tarife tutulmalıdır.

Koruyucu önlemlerle gıdalar seçilmeli ki glisemik zamanı tutulmalıdır.

Öğünler zayıf olmalı ve gece kardiyo yapılmalıdır.

Aşam yemeğinden sonra ve özellikle uyku saatine yakın idrar tutulması beklenmemelidir ve idrar tutulması beklenmemelidir.

Tuvalet sonrası temizlikte belden altına doğru temizlenmelidir.

Ayak Bakımı



Ayak Bakımı

Banyodan sonra, ayak ve tırnak bakımı yapılmalı

Tırnaklar düz olarak kesilmeli ve kremle yumuşatılmalı

Parmak araları, tırnak kenarları, ayak tabanları her gün düzenli olarak değerlendirilmeli

Kesim için sadece tırnak makası kullanılmalı

Tırnak makası kişiye özel ve güçlü olmalı

Çorap seçerken pamuklu, yumuşak, dolaşımı bol olmayan sıkı olmayan çoraplar seçilmeli

Ayakkabı her giyileceğinde içinde yabancı cisim kontrolü yapılmalı...

Sağlıklı Yaşam İçin...



Giyinme ve Vücut Isının Kontrolü



Kazalar



İletişim



Uyku ve Dinlenme

Giyinme ve Vücut Isısının Kontrolü



Giyinme ve Vücut Isısının Kontrolü

Yaş aldıkça metabolizma yavaşlar

Deri altı yağ dokusu azalır ve daha çok üşünür

Rahat, yumuşak, pamuklu, hava alabilen, kolay giyilip-çıkarılabilen, hareketinizi engellemeyen giysiler seçilmeli

Kazalara Karşı Ne Gibi Önlemler Almalısınız???



Kazalara Karşı...

Tatlık kemikler
yüceltilmes

Takılabilirlerin
kızır, ayır,
misilyolar
kaldırmas

Tarik ya da
ayakta biler
ayajına uygun
seçimel

Banyo kuru
tutunma banyo
ya duvarlarda
kaymayı
önlemek için
kayuk,
parçalar
yıkaltılmas

Banyoyu
tutunma, kaza
hüsnede ilk
edilmes ya da
yardım gelir

Takma dizele
yüksekten uygun
kapatır içinde
yılanması ki
siden ağırlığına
kayır katılmaları
önle

İletişim



İletişim

Yaş adlı ça duyma fonksiyonlarında bozulmaya başlı İletişim güçlüğü başlar

Daha yüksek sesle ve daha yakın mesafeden iletişim kurulmalı

Duyma fonksiyonundaki yetersizlik aynı zamanda duygulanı yanlış anlaşılmasına ya da duyamadıklarından şüphelenilmesine neden olur

İletişimde daha kırılgan ve duygusal durum değişken olabilir

Gelecekte bağımsız düzeylerinin artmasından endişe duyulabilir...

Uyku Probleminiz Var mı???



Uyku ve Dinlenme

Hafta da 3 gün 30 dk yürüyüş rahat bir uyku getirir

Yıcaul uyku ile de enerji toplar, tazelenir

Gece hafif yemek yenmeli

Gece duşla az su alınmalı

Gündüz uyanmadan peşimeli

Çok sıcak veya çok soğuk olmamalı ortam

Çay, kahve gibi uyarıcıların alınmaması gerekir çünkü bunlar gece sık idrara çıkılmasına sebep olabilir...



Sağlıklı ve aktif yaş almak için
haydi elele...



Teşekkürler...

Ek-13: Yaşlı Sağlığı Geliştirilmesi Broşürü



El Yıkama

- El her an en az 30 saniye yıkanmalıdır.
- El yıkama enfeksiyonlardan korunmanın en kolay yoludur. Enfeksiyonun gelişmesi ve bulaşması önlenir.
- Yaş ilerledikçe bağışıklık sistemi zayıflar ve hastalıklara maruz kalma gücü azalır.

HASTALIKLARI ÖNLEMENİN SENİN ELİNDE

SADİCE 30 SANİYELİK EL YIKAMA İLE HASTALIKLARDAN KORUNABİLİRSİN...

Ağız, Diş ve Protez Bakımı

- Ağız temizliği en az her gün yapılmalıdır ve ağız dişleri düzenli olarak fırçalanmalıdır. Özellikle ağız yaralanmalarından korunulmalıdır.
- Takma diş kullanırken ağız ağız sağda tutulmalıdır.
- Her yemek sonrası diş fırçası ile gıcırdatılır, ağız en az 30 saniye temizlenmelidir.
- Gıcırdatma hareketleri en az 4-5 dakika yapılır.
- Yemekten önce diş fırçası kullanılmalıdır.
- Tamamlı protezler ağız temizliği ve hijyeni için önemlidir. Düzenli olarak temizlenmelidir.
- Diş fırçasından, ağız bulaşıcısından ve ağız yıkama suyunun ısı değiştirilerek kullanılmalıdır.
- Fosforlu suya helyum gazını eklenmiş su kullanılarak ağız bulaşıcıları kullanılmalıdır.



Gece yatmadan önce suyu koy Sabahı piye kurula ve tak

Saç Bakımı

- Saçlar yıvrak, düzenli olarak baskulmalıdır.
- Sac, ısıtıcı ve kırıcı gıcırdatma kullanılmamalıdır.
- Çok fazla nem kullanılmalıdır.
- Çok sıcak su ile yıkanmamalıdır.

Giyime ve Vücut Isınmasını Kontrolü

- Yaz aylarında ısıtıcılar kullanılmalıdır.
- İnce kumaş giymek yerine kalın kumaş giymek tercih edilmelidir.
- Kahve, yumurtak, yulaf, kuru meyveler, balık gibi yiyecekler, kuru meyveler ve kurutulmuş meyveler tercih edilmelidir.

Kazalar

- Yatak kenarına yerleştirilmelidir.
- Düzenli olarak dışkıdan sonra, tualete, kullandığı nesnelere dokunulmamalıdır.
- Sertlik ve deşme risklerini önlemek için yumuşak matlar kullanılmalıdır.
- Karşı tarafta yerleştirilen kumaşlar, kayması önlemek için kumaş parçaları kullanılmalıdır.
- Dişleri düzenli olarak fırçalanmalıdır. Ağız hijyeni için kullanılmalıdır.
- Takma dişler, dişleri kırılmaması için engel olmak için uygun hijyen için kullanılmalıdır.





Deri Bakımı

- Haftada 1-2 kez banyo yapılmalıdır.
- Cilt sıcaklığı 37°C olmalıdır. Sıcak su ve sabun kullanılmamalıdır.
- Sıcak suyun yerine ılık su tercih edilmelidir. Özellikle 65°C su kullanılmamalıdır.
- Nemli cilt için nemlendirici kullanılmalıdır.
- Ciltin kuru ve tahriş olmasını önlemek için nemlendirici kullanılmalıdır.
- Enfeksiyon riskini azaltmak için ağız bulaşıcıları kullanılmalıdır.

SAĞLIKLI & AKTİF YAŞ ALMAK İÇİN GÜNDE BİR LİTRE SU

Boğaltım ve Bakım

- Kabızlık için en az 40 dakika oturulmalıdır.
- Dişleri düzenli olarak fırçalanmalıdır. Özellikle ağız yaralanmalarından korunulmalıdır.
- Fosforlu suya helyum gazını eklenmiş su kullanılarak ağız bulaşıcıları kullanılmalıdır.
- Diş fırçasından, ağız bulaşıcısından ve ağız yıkama suyunun ısı değiştirilerek kullanılmalıdır.
- Dişleri düzenli olarak fırçalanmalıdır. Ağız hijyeni için kullanılmalıdır.
- Takma dişler, dişleri kırılmaması için engel olmak için uygun hijyen için kullanılmalıdır.

Berisim

En sık kullanılan berisim yöntemi olarak berisim için berisim cihazları kullanılmalıdır. Berisim cihazları kullanılarak berisim yapılabilir. Berisim cihazları kullanılarak berisim yapılabilir. Berisim cihazları kullanılarak berisim yapılabilir.

Ayak Bakımı

- Banyo sonrası ayak ve bacak baskulmalıdır.
- Tırnaklar düzenli olarak kesilmelidir ve baskulmalıdır.
- Fosforlu suya helyum gazını eklenmiş su kullanılarak ağız bulaşıcıları kullanılmalıdır.
- Dişleri düzenli olarak fırçalanmalıdır. Ağız hijyeni için kullanılmalıdır.
- Takma dişler, dişleri kırılmaması için engel olmak için uygun hijyen için kullanılmalıdır.

Uyku ve Dinlenme

- Hafif duş almak için duş alınmalıdır.
- Uyku için rahat bir ortam oluşturulmalıdır.
- Gece uykusu için rahat ortam oluşturulmalıdır.
- Uyku için rahat ortam oluşturulmalıdır.
- Uyku için rahat ortam oluşturulmalıdır.



Ek-14: Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Hatice Gülsoy	
Doğum Yeri/Tarihi	İstanbul 01.02.1983	
Medeni Hali	Evli	
Yabancı Dil	İngilizce, Almanca, İsveççe	
E-posta Adresi	haticeozbagriacik@yahoo.com	haticegulsoy@halic.edu.tr
Tel	0 532 480 77 36	

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Hamdullah Emin Paşa Koleji (Burslu)	1999
Lisans	Haliç Üniversitesi (YÖK Burslu)	2005
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Hem. Yönetim	2011
Doktora	Haliç Üni. Hem. Esasları	2017

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (yıl-yıl)
Memorial Hast.	Uzm. Hemşire	2005-2008
Hospitalium Hast.	Sorumlu Rehber Hemşire	2008-2009
Haliç Üni.	Uzm. Akademik Hemşire	2009-2011
Şişli MYO	Sağlık Prog. Koordinatörü	2011-2013
Haliç Üni.	Uzm. Akademik Hemşire	2013-devam

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Hem. Derneği	T.H.D.	2005-halen
Yoğun Bakım Hem.	Yoğun Bakım Hemşireler Derneği	2006-halen

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Symptom Manag.	Best Oral Present. (En İyi Söz.Bildiri)	2012, Spain
Olumlamaların Etkisi	Poster Bildiri Birincilik Ödülü	2012, Bursa
Oral Mukozit Kriyot.	Onkoloji Teşvik Ödülü İkincilik	2011, Gaziantep

Bildiriler/Yayımlar

SSCI INDEX, 2017

Symptom Management ‘The Effects of Self-Affirmation on Chemotherapy-Related Symptoms’ Clinical Journal of Oncology Nursing, Volume 21, Number 1, CJON. ONS. ORG

Digital Object Identifier 10.1188/17.CJON.E15-E22. SSCI.

Meltem Yıldırım Phd, **Hatice Gulsoy MSc MSN**, Makbule Batmaz Phd, Cansu Ozgat MSN, Gulser Yesilbursali MSN, Reyhan Aydın MSN, Sedanur Ekiz MSN

Hemşirelik Öğrencilerinin Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler (Poster Bildiri).

İlhan N., **Gülsoy H.**, Aydın Z., Özcan E., Şenturan L.

14. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 25 - 27 Ekim 2013 / Kefaluka Resort Hotel, Bodrum, Muğla

The Effects of Affirmations and Nature Sounds on the Management of Symptoms related to Chemotherapy,

Yıldırım M, **Gulsoy H**, Batmaz M, Ozgat C, Yesilbursali G, Ergen RS, Ekiz S

16th International Nursing Research Conference, November 6-9, 2012 - Cartagena, Spain

Olumlamaların ve Doğa Seslerinin Kemoterapi Sırasında Görülen Semptomlara Etkisi

Özgat C, Yeşilbursali G, Ergen RS, Ekiz S, Yıldırım M, **Gülsoy H**, Batmaz M

11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,

26-28 Nisan 2012, Bursa

‘Kemoterapi Tedavisi Uygulanan Hastalarda, Oral Mukozitin İyileşmesinde Papatyalı Buzun Etkisi’ Akgüç N., **Özbağrıaçık Gülsoy H.**, Batmaz M. (10. Uluslararası Katılımlı, Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-Poster Bildiri, 28-30 Nisan 2011, Gaziantep

‘Kanser Hastalarının Bireysel Özellikleri ile Günlük Alışkanlıkları Arasındaki İlişki’ Kılınç E., **Özbağrıaçık Gülsoy H.**, Batmaz M. (10. Uluslararası Katılımlı, Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-Poster Bildiri 28-30 Nisan 2011, Gaziantep

‘Kemoterapi Tedavisi Uygulanan Hastalarda, Oral Mukozitin İyileşmesinde Buzun Etkisi’ Filiz A. N., **Özbağrıaçık Gülsoy H.**, Batmaz M. (10. Uluslararası Katılımlı, Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-Poster Bildiri 28-30 Nisan 2011, Gaziantep

Sağlık Çalışanlarının Hastanelerine Mesleki Uygulama İçin Gelen Öğrencileri Değerlendirmeleri

(Poster Bildiri)

Sabit M, Başkurt M, Yıldırım M, **Özbağrıaçık Gülsoy H**, Batmaz M

9. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi

01-03 Nisan 2010, Fethiye

‘Üniversite Öğrencilerinin Engelli Bireylere Bakışının Değerlendirilmesi’

(Poster Bildiri)

Şen D, **Özbağrıaçık Gülsoy H**, Batmaz M

9. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi

01-03 Nisan 2010, Fethiye

Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Becerileri

(Poster Bildiri)

Özbağrıaçık H., İlhan N., Batmaz M.

IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu 5-6 Mayıs-2005, Ordu

