



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE İLİŞKİN  
ALGI VE DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Kerime Kübra KOÇ

Şubat 2021  
DENİZLİ

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE İLİŞKİN ALGI VE  
DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

**HALKSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kerime Kübra KOÇ**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN**

**Denizli, 2021**

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Kerime Kübra KOÇ

İmza:

## ÖZET

### YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE İLİŞKİN ALGI VE DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Kerime Kübra KOÇ  
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD  
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

Şubat 2021, 104 Sayfa

Bu araştırma, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, İstanbul Avrupa Yakası'nın üç ayrı ilçesinde bulunan, Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu Aile Sağlığı Merkezi (Sultangazi), Esenler 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve Başakşehir 19 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmaya 65 yaş ve üstü 22 yaşlı birey katılmıştır. Araştırma fenomenolojik tipte niteliksel bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak tanıtıcı özellikler formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze derinlemesine görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma için etik onayı, kurum izinleri ve katılımcıların onamı alınmıştır. Görüşmeler katılımcıların izni dahilinde ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmeden elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Veriler yedi ana tema altında toplanmıştır: Dikkat ediyorum, sağlığımı yönetemiyorum, gelecek kaygısı, zorunda kaldım, iyi ki varlar, olanağım yok, çok daha iyiyim. Yaşlı bireyler sağlığı geliştirmenin sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, stresten uzak durma ve sağlık kontrollerini yaptırmakla mümkün olabileceğini ifade etmişlerdir. Sağlığı geliştirici davranışlarla ilgili deneyimlerini yürümeye çalışıyorum ve yeme içmeme dikkat ediyorum şeklinde ifade etmişlerdir. Yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışlara engel olarak spor yapacak tesislerin olmaması ve ekonomik güçlükleri dile getirmişlerdir. Yaşlı bireylerin tamamına yakını aile üyelerinden ve çevrelerinden gördükleri desteğin, sağlığı geliştirmek için etkili olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerinin değerlendirilmesi gerekir. Algı ve deneyimleri doğrultusunda sağlığı geliştirici davranışlar için desteklenmeleri önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı Birey, Sağlığı Geliştirme, Nitel Araştırma, Algı, Deneyim

**Bu çalışma, PAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 2019SABE002)**

## ABSTRACT

### PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF ELDERLY PEOPLE ON IMPROVING HEALTH: A QUALITATIVE STUDY

KOÇ, Kerime Kübra

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Thesis Supervisor: Assist. Prof. Gülbahar KORKMAZ ASLAN

February 2021, 104 Pages

This research was carried out to determine the perceptions and experiences of elderly people regarding health promotion. The research was conducted in three different districts of Istanbul European Side; Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu Family Health Center (Sultangazi), Esenler Family Health Center No.1, and Başakşehir No.19 Family Health Center. 22 elderly individuals aged 65 and over have participated in the study. It is a qualitative and phenomenological study. In the study, descriptive features form and semi-structured interview form are used as a data collection tool. The data was gathered using face to face interview technique by the researcher. Ethics approval, institutional permits, and consents of the participants were obtained for the implementation of the study. Interviews were recorded by the voice recorder with the permission of the participants. The data obtained from the interviews were evaluated by the content analysis method. The data has seven main themes: I pay attention, I cannot manage my health, future anxiety, I had to, I am glad I have them, I have no means, I am much better. Elderly individuals stated that improving health can be achieved with healthy nutrition, physical activity, avoiding stress, and having health checks. They stated that their experiences of health-promoting behavior as “going for a walk” and “paying attention to the diet”. Elderly individuals stated that the lack of sports facilities and economic difficulties as “an obstacle” to health-promoting behavior. Almost all of the elderly people stated that the support they receive from their family members, friends and acquaintances is effective in improving health. In line with these results, the perceptions and experiences of elderly individuals of health promotion should be evaluated. Regarding their perceptions and experiences, supporting the elderly for health-promoting behavior may be suggested.

**Keywords:** Older Adult, Health Promotion, Qualitative Research, Perception, Experience

**This study was supported by Pamukkale University Scientific Research Projects Coordination Unit through (Project number: 2019SABE002)**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve öğretim sürecim boyunca tüm desteğini ve özverisini her adımda hissettiğim, emeğini, mesleki deneyimlerini, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, her yönüyle örnek aldığım değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN' a,

Eğitim sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana katkı sağlayan, her zaman görüş ve düşüncelerine başvurduğum, mesleki becerileri ve deneyimlerini örnek aldığım saygıdeğer Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Asiye KARTAL' a,

Tez savunma sınavında jüri olmayı kabul edip değerli bilgilerini bizlerle paylaşan sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SAVCI' ya,

Tez çalışmamın veri analiz aşamasında büyük katkıları bulunan değerli hocam Öğr. Gör. Dr. Filiz KABU HERGÜL' e,

Tüm bu süreçte beni destekleyen, aldığım tüm kararlarda yanımda olan, sevgi ve desteğini esirgemeyen eşim Dr. Mürşit KOÇ' a,

Son olarak, hayatım boyunca her zaman ve her koşulda yanımda olan, desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim canım aileme,

Sonsuz teşekkürler...

Kerime Kübra KOÇ

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Amaç.....	4
<b>2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	<b>5</b>
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları .....	5
2.1.1. Yaşlılık kavramı .....	5
2.1.2. Yaşlanma kavramı.....	6
2.1.3. Yaşlılık demografisi .....	7
2.1.4. Yaşlılık döneminde yaşanan değişiklikler.....	8
2.1.4.1. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler .....	8
2.1.4.2. Yaşlanmaya bağlı psikolojik değişiklikler .....	12
2.2. Sağlığın Geliştirilmesi.....	12
2.2.1. Sağlığı geliştirmenin tanımı .....	12
2.2.2. Pender'in sağlığı geliştirme modeli .....	13
2.2.3. Yaşlı bireylerde sağlığın geliştirilmesi .....	15
2.2.4. Aktif yaşlanma .....	17
2.2.5. Yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları.....	19
2.2.5.1. Beslenme .....	21
2.2.5.2. Fiziksel aktivite ve egzersiz .....	22
2.2.5.3. Sağlık sorumluluğu alma .....	23
2.2.5.4. Kişiler arası destek .....	23
2.2.5.5. Stres yönetimi.....	24
2.2.5.6. Kendini gerçekleştirme .....	24
2.2.6. Yaşlılıkta sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesi .....	25
2.3. Yaşlı Bireylerin Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	26

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	29
3.4. Araştırmanın Etik Yönü .....	30
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması .....	30
3.6. Verilerin Toplanması .....	31
3.6.1. Veri toplama araçları .....	32
3.6.1.1. Kişisel bilgi formu .....	32
3.6.1.2. Yarı yapılandırılmış görüşme formu .....	32
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
3.10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	36
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>37</b>
4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	37
4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye İlişkin Algı ve Deneyimlerine Yönelik Bulgular .....	40
4.2.1. Dikkat ediyorum .....	42
4.2.2. Sağlığımı yönetemiyorum .....	46
4.2.3. Gelecek kaygısı .....	48
4.2.4. Zorunda kaldım .....	51
4.2.5. İyi ki varlar .....	52
4.2.6. Olanağım yok .....	54
4.2.7. Çok daha iyiyim .....	55
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>57</b>
5.1. Dikkat Ediyorum .....	57
5.2. Sağlığımı Yönetemiyorum .....	60
5.3. Gelecek Kaygısı .....	61
5.4. Zorunda Kaldım .....	62
5.5. İyi ki Varlar .....	63
5.6. Olanağım Yok .....	64
5.7. Çok Daha İyiyim .....	65
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>67</b>
6.1. Sonuçlar .....	67
6.2. Öneriler .....	68



**7. KAYNAKLAR ..... 69**

**8. ÖZGEÇMİŞ ..... 82**

**9. EKLER**

Ek-1. Etik Kurul İzni

Ek-2. Kurum İzni

Ek-3. Nitel Araştırma Kursu

Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

Ek-5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 1.</b> Nitel Verilerin Analiz Süreci.....	34
<b>Şekil 2.</b> Görüşme Sonucu Elde Edilen Temalar ve Kategoriler .....	41

**TABLolar DİZİNİ**

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Araştırmanın Aşamaları ve Tarihleri .....	36
<b>Tablo 2.</b> Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>NCD</b>	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
<b>SYBDÖ</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UN</b>	Birleşmiş Milletler
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü

## 1. GİRİŞ

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de doğum oranların azalması ve yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (Öztürk ve Kızıldoğan 2017, Kaçan Softa ve Işıl 2017, TÜİK 2019). Türkiye’de 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,1’e yükselerek 7 milyon 550 bin 727 kişiye ulaşmıştır. Bu oranın 2040 yılında ise %16,3’e ulaşacağı öngörülmektedir (TÜİK 2019). Koruyucu sağlık hizmetleri ve tıptaki gelişmeler sonucu doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır (Goos 2013, Mustakallio 2015, Anghel ve Vasile 2016, Öztürk ve Kızıldoğan 2017, Kaçan Softa ve Işıl 2017). Türkiye’de 2013 yılında 76.3 olan yaşam süresi 2019 yılında 78.3’e yükselmiştir (TÜİK 2013, 2019).

Yaşam süresinin artmasıyla birlikte yeni zorluklar ortaya çıkmıştır. Başta kronik hastalıklar olmak üzere birçok sağlık probleminin prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır (Chernoff 2001, Grundberg 2015). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yapılan “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı” çalışmasında 65 yaş ve üstü bireylerde, hipertansiyon prevalansı %68, diyabet prevalansı %22,5, koroner kalp hastalığı prevalansı ise %58 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı 2013). Kronik hastalıklar aynı zamanda en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (WHO 2018). Türkiye İstatistik Kurumu ölüm nedenleri istatistiklerine göre 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin %36,8’inden, dolaşım sistemi hastalıkları sorumludur. Bunu %18,4 ile kanserler ve %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları izlemiştir (TÜİK 2019).

Kronik hastalıklar ve yaşlanma sürecinde meydana gelen değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırarak yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Zincir 2017). Garlo vd (2010) tarafından yapılan kohort tipi bir çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin yarısından fazlası sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmiştir. Aydın ve Karaoğlu’nun (2012) yaş ortalaması 73 olan 592 yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip olan yaşlı bireylerin olmayanlara göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Altay vd (2016) tarafından

60 yaş ve üstü 215 yaşlı birey ile yapılan çalışmada ise kronik hastalıkla daha uzun süre mücadele etmenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Kronik hastalık sayısını azaltmak ve yaşlanan nüfusun yaşam kalitesini iyileştirmek için etkili politikalar ve programlar geliştirilmelidir (Poscia vd 2017). Yaşlanmayla ilgili mevcut politikalar ve programlar kaliteli ve sağlıklı yaşam yıllarını artırmanın yollarını belirlemeye odaklanmalıdır (Thiamwong vd 2008, Strumpel ve Billings 2008, Browning 2011). Çünkü yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar önlenebilir, geciktirilebilir ya da daha erken dönemde belirlenerek baş edilebilir sorunlardır (Bilir ve Paksoy Erbaydar 2015). Yaşlı bireylere, sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmalarını sağlayan ve sağlıklı yaşlanmayı, yaşlanmanın bir parçası olduğunu kabul eden sağlığın geliştirilmesi yaklaşımını benimsetmek önemlidir (Sourtzi vd 2010, Jin vd 2015). Yapılan çalışmalar sağlığı geliştirici davranışların kronik hastalık gelişimini azaltmanın yanında kronik hastalıkların sonuçlarını da hafiflettiğini göstermiştir (Buffart vd 2015, Mofrad vd 2016, Feng vd 2020). Ayrıca sağlığı geliştirici davranışlar yaşlı bireylerin kalan ömürlerindeki sağlık sonuçlarının daha iyi olmasını sağlamakta ve yaşam kalitesini yükseltmeye katkı sağlamaktadır (Lee vd 2006, Kudo vd 2007, Buffart vd 2015, Mofrad vd 2016, Golinowska vd 2016). Lee ve Oh (2020) yaptıkları çalışmada düzenli yürüyüş, sağlıklı beslenme ve yeterli uykunun yaşam kalitesini olumlu etkilediğini belirlemiştir. Feng vd (2020) kronik hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada sağlığı geliştirici davranışlardan biri olan sosyal katılım ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Niedermeier vd (2019) tarafından yapılan çalışmada ise fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir.

Hemşireler, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını güçlendirme yoluyla yaşam kalitelerini geliştirmek ve kronik hastalıkların komplikasyonlarını azaltmak için önemli bir rol üstlenebilirler (Browning 2011, Lee ve Oh 2020). Literatürde, hemşirelerin sağlığı geliştirme yoluyla, yaşlı bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi ve uyumunu arttırma ve yaşam kalitesini iyileştirme gibi olumlu sağlık sonuçlarına yol açabildikleri bildirilmektedir (Bosch-Capblanc vd 2009, Keleher vd 2009). Bunun için hemşirelerin yaşlı bireylere uygun sağlığı geliştirme programları geliştirmeleri gerekir (Browning 2011, Lee ve Oh 2020). Bu programları geliştirme konusunda en uygun pozisyonda olan kişiler halk sağlığı hemşireleridir (Boggatz ve Meinhart 2017).

Sağlık profesyonellerinin yaşlı bireyleri dikkate almadan kendi bakış açılarıyla hazırladıkları sağlığı geliştirme programlarının başarılı olmadığı bildirilmektedir (Boggatz ve Meinhart 2017). Sağlığın geliştirilmesinde amaç hedef grubun

davranışlarını değiştirmektir. Bu değişim için hedefler genellikle sağlık personeli tarafından belirlenmektedir. Çoğu zaman sağlık personelinin belirlediği hedef ile yaşlı bireyin sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili bilgisi, algısı ya da tutumu örtüşmeyebilir (Hung vd 2010, Boggatz ve Meinhart 2017). Hung vd (2010) tarafından yapılan literatür taramasında, akademik yaklaşımla geliştirilen sağlığı geliştirme programlarında dar bir bakış açısıyla sadece fiziksel işlevselliğe odaklanıldığı oysa bağımsızlık, sosyal iyilik, kişisel gelişim ve maneviyat gibi psikososyal alanlarının da geliştirilme ihtiyacı olduğunu bildirmiştir. Moon vd (2020) tarafından Kore'de kırsal bölgede yaşayan yaşlı kadınlarla yapılan bir nitel çalışmada kadınların sağlığı geliştirilme kavramını bilmedikleri belirlenmiştir. Boggatz ve Meinhart (2017) tarafından yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, bazı yaşlı bireyler günlük aktiviteler yoluyla sağlıklarını geliştirebileceğini düşünürken bazıları egzersiz yaparak bazıları ise yoga, meditasyon gibi tamamlayıcı yöntemlerle sağlıklarını geliştirebileceklerini ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin bilgileri, algıları, tutumları ve ihtiyaçları farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle sağlığı geliştirme programı ya da girişimleri planlanırken yaşlının bakış açısının öğrenilmesi önemlidir. Moon vd (2020) sağlığı geliştirici davranışlarla ilgili yaşlı bireylerin bakış açısını, algıladıkları engelleri ve motive edici faktörleri belirlemenin daha kapsamlı ve etkili müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olabileceğini bildirmektedir.

Ülkemizde yaşlı bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında genel olarak sınırlı sayıda tanımlayıcı çalışma göze çarpmaktadır (Polat ve Kahraman Bayrak 2013, Tambağ 2013, Kaçan Softa vd 2016, Korkmaz Aslan vd 2017). Bu çalışmalarda ölçekler kullanılarak yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları ölçülmüş, ölçüm sonucunda iyi, orta ya da kötü olarak değerlendirilmiştir. Uluslararası literatürde sınırlı sayıda yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini inceleyen nitel çalışma bulunmaktadır. Fakat ülkemizde yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 1.1. Amaç

Bu çalışma, yaşı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları

#### 2.1.1. Yaşlılık kavramı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılık, çevresel faktörlere uyum yeteneğindeki azalma olarak tanımlanmıştır (WHO 2001). Maslow'un temel ihtiyaçlar sıralamasına göre yaşlılık, kendini gerçekleştirme döneminde olan bireydir (Baysan 2008). Kısaca yaşlılık yaşam döngüsündeki son aşamadır (Mustakallio 2015). Yaşlılık, kişiden kişiye, toplumdaki topluma, çevreye ve zamana göre değişebilen bir kavramdır. Her bireyin farklı yaşlanmışlıkları, farklı deneyimleri ve farklı duygusal yaşamı olduğu bir gerçektir. İşte bu yüzden yaşlılık, durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir (Beğler ve Yavuzer 2012, Şahin 2015). Yaşlı bireylerin daha önceki yaşam dönemlerinde kazanmış oldukları deneyim, algı, duygu ve düşüncelerin birleşimini içerir (Özmete 2008).

Yaşlılık, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik alanlarda meydana gelen değişimle ilişkili olarak da tanımlanmıştır (Gurung ve Ghimire 2014). Fizyolojik alanda yaşlılık; kronolojik yaşla birlikte görülen bireydeki değişimleri ifade eder. Psikolojik alanda yaşlılık; algı, öğrenme, beceri, problem çözme ve uyum sağlama yeteneğinin kronolojik yaşla beraber değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik alanda yaşlılık ise toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerin sonucunu içerir (Beğler ve Yavuzer 2012).

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin hem yaş hem yaşam koşulları hem de sağlık açısından çok heterojen bir grup oldukları bilinmektedir (Golinowska 2017). Bu grubun heterojen olarak kabul edilmesi; yaş, cinsiyet, sağlık durumları, eğitim seviyesi, gelir

durumlarının farklı olmasından ve aynı zamanda kültürel açıdan çeşitlilik göstermesinden kaynaklanır. Bu nedenle tüm yaşlı bireylerin farklı ihtiyaçlara sahip olduğu ve tıbbi bakımın bireysel olması gerektiği belirtilmektedir (Ahmed 2015, Grundberg 2015).

Yaşlılığın başlangıcını belli bir yaşa sabitlemek mümkün değildir. Ancak karşılaştırılabilir veriler elde edebilmek için yaşlılık dönemine kronolojik bir sınırlama getirilmesi zorunlu olmuştur (Kitiş 2017). Günümüzde endüstrileşmiş ülkelerin emeklilik yaşı olarak belirlediği 65 yaş, yaşlılığın sınırı olarak kabul edilmektedir. Bu sınıflamaya göre 65-74 yaş “genç yaşlı”, 75-84 yaş “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş ise “en yaşlı” olarak adlandırılmıştır (WHO 2007, Bardach 2013, Anghel ve Vasile 2016, Kitiş 2017, Cutilli vd 2018). Bununla birlikte, kronolojik yaş, yaşlanmaya eşlik eden değişiklikler için kesin bir belirteç değildir. Dünya Sağlık Örgütü, aynı yaştaki yaşlı bireyler arasında sağlık statüsünde, katılım ve bağımsızlık seviyelerinde önemli farklılıklar olduğunu öne sürmektedir (Kobus Matthews vd 2010). Gelişmekte olan ülkelerde ise yaşlılık, kronolojik yaşla tamamen ilişkili değildir. Bu ülkelerde yaşlılık; fiziksel gerileme, bilişsel kapasitede azalma, sosyal rollerin azalması, topluma aktif katılımın artık mümkün olmadığı durumlarda başlar (Halaweh 2016).

### 2.1.2. Yaşlanma kavramı

*“Yaşlanma, yeni bir işe başlamak demektir” (Goethe).*

Yaşlanma, anne karnında başlayıp ölüme kadar devam eden doğal, fizyolojik ve zamana bağlı bir süreçtir. Aslında yaşlanma, yaşamdaki ardışık süreçlerin son aşaması olup kritik bir yaşam dönemidir. Bu dönemdeki sorunlara ve ihtiyaçlara dikkat etmek sosyal bir zorunluluktur (Mofrad vd 2016). Yaşlanma, strese bağlı yanıtların kaybolması ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini etkileyen, ilerleyici ve ömür boyu süren bir süreç olarak da tanımlanmaktadır (Browning 2011).

Yaşlanma süreci hayatımızın doğal bir parçasıdır, ancak yaşlanmanın ne zaman başlayacağı ve bir insanın ne zaman yaşlı olarak görüldüğü belirsizdir (Grundberg 2015). Yaşlanma, biyolojik, psikolojik ve sosyal süreç arasında karmaşık bir etkileşimdir. Bu nedenle, tüm toplumlar yaşlanmanın ne demek olduğu konusunda aynı anlayışı paylaşamazlar (Halaweh 2016).

Genel olarak, yaşlanma; kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyal yaşlanma olarak dört boyutta tanımlanmaktadır (Engmann 2018).

Kronolojik yaşlanma, yaşlanmayı tanımlamada en yaygın kullanılan yaklaşımdır. Doğum yaşı ya da takvim yaşı olarak da ifade edilebilir. Yaşlanma derecesinin bir ölçüsü olarak kabul edilmez. Çünkü bu süreç kişiden kişiye farklılık gösterir (Kitiş 2017, Engmann 2018).

Biyolojik yaşlanma ya da fonksiyonel yaşlanma, bir bireyin fiziksel sağlığını ve fizyolojik süreçlerini bozan, zamanla kademeli olarak meydana gelen biyolojik değişiklikleri ifade eder (Engmann 2018). İnsanın biyolojik yaşı, vücut yaşı olarak da ifade edilebilir (Kalınkara 2014).

Psikolojik yaşlanma, yetişkinlik aşamasında bireylerin kişilik, zihinsel işlevsellik, duyuşsal ve algısal süreçlerinde meydana gelen değişiklikleri ifade eder (Engmann 2018). Bireylerin deneyimlerinin artmasıyla oluşan davranış değişikliği ve davranışsal uyum yeteneğinin yaşa bağlı değişimleri şeklinde de tanımlanabilir (Kalınkara 2014).

Sosyal yaşlanma, bir bireyin sosyal rolleri, sosyal ilişkileri, değişen durumlar karşısında yaşadığı deneyimleri ifade eder. Toplumun, insanların yaşlandıkça nasıl davranması gerektiği konusundaki beklentilerini içermektedir (Engmann 2018). Başka bir ifadeyle, bir toplumda ya da bir grup içinde sosyal yönden iyi uyum sağlayabilme durumudur (Kalınkara 2014).

Yaşlanmanın bu dört boyutu, bireysel farklılıkları içeren bir olgudur. Meydana gelen biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yavaş ya da hızlı gelişmesi, kronik hastalıkların varlığı, beslenme şekli, sigara içme, fiziksel aktivite gibi birçok faktöre bağlıdır (Kalınkara 2014).

### **2.1.3. Yaşlılık demografisi**

Nüfus yaşlanması küresel bir olgudur (Gurung ve Ghimire 2014). Yaşam beklentisinin giderek artmasıyla birlikte nüfustaki değişim dünyadaki bütün ülkeleri etkilemektedir (Hermida 2016). Birleşmiş Milletlerin (UN) 2017'de yayınladığı rapora göre 60 yaş ve üstü nüfus 962 milyondur (UN 2017, 2019). Yapılan projeksiyonlara göre 2050 yılına kadar 60 yaş ve üzeri birey sayısının iki kat artacağı, 80 yaş ve üzeri birey sayısının ise üç kat artacağı ve yaşlı sayısının 2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (Vlaming 2013, Goos 2013, Kolehmainen 2016, Kouakou ve Soyang 2016, Garg 2016, UN 2017, Asante 2018, Johansson 2018).

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi 65 yaş ve üzeri nüfus oranı hızla artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 yılında yaptığı projeksiyonlara göre doğumdan beklenen yaşam süresinin 2025 yılında erkeklerde 73.1'e, kadınlarda da 78.9'a yükseleceği beklenmektedir. Bu verilere göre Türkiye nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği ve yaşlı nüfusun büyük çoğunluğunu kadınların oluşturacağı anlaşılmaktadır. TÜİK'in 2017 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus 6 milyon 651 bin 503 kişiye ulaşmış, toplam nüfus içindeki oranı ise %8,3'e yükselmiştir. 2050 yılında ise bu oranın %20,8'e ulaşacağı öngörülmektedir. 2025 yılına gelindiğinde ise toplam nüfus büyüklüğünün 85 milyonu geçeceği ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2025 yılında toplam nüfusun %10'unun 65 yaş ve üzeri olacağı, yaşlı bağımlılık oranının ise %14,5'e yükseleceği öngörülmektedir. Bu veriler doğrultusunda Türkiye'nin çok kısa süre içinde "çok yaşlı" toplum kategorisine gireceği bildirilmektedir (Şenol ve Akdeniz 2010, Tambağ ve Öz 2014, Özkul ve Kalaycı 2015, Yiğitbaş ve Deveci 2016, Kaçan Softa vd 2016, TÜİK 2017, Koldaş 2017, Demirtaş vd 2017).

#### **2.1.4. Yaşlılık döneminde yaşanan değişiklikler**

##### **2.1.4.1. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler**

İnsanın gelişim sürecinde birbirini izleyen yıllarda organlarda yenilenmenin yavaşlaması, durması ve yıpranmanın başlaması ile fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Kalınkara 2014). Fizyolojik değişiklikler yaşlanma sürecinde devam eden psikolojik, sosyal, biyolojik ve çevresel olayların biriken etkisidir. Fizyolojik değişikliklerin bilinmesi ve özellikle hastalıklara bağlı olarak meydana gelen değişimlerle karıştırılmadan ayırt edilebilmesi, hastalıkların tanı ve tedavisini etkileyebilir. Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan hastalıkları anlayabilmek için, yaşa bağlı oluşan fizyolojik değişikliklerin iyi değerlendirilmesi gerekir (Tezel 2017).

##### **Kardiyovasküler sistem değişiklikleri**

Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlı bireylerde görülen en sık mortalite ve morbidite nedenidir (Tezel 2017). Kardiyovasküler sistemde yaşlanma ile birlikte, kalbin boyutunda atrofi, kalp kasında hipertrofi, kalp atış hacmi ve sayısında azalma, sol ventrikül duvarında kalınlaşma, kardiyak out-putta azalma, organlara kan akımında

azalma, arterlerin esnekliğinde azalma, periferik ve diyastolik basınçta artma, venlerde dilatasyon ve yüzeysel damarlarda belirginleşme olmaktadır (Savcı ve Bilik 2014, Karadakovan 2014). Bu değişiklikler; aktiviteyle artan yorgunluk, ortostatik hipotansiyon, ödem, varis, periferik damar hastalıkları, hipertansiyon ve kalp yetmezliğine yol açabilir (Savcı ve Bilik 2014).

#### Solunum sistemi değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte akciğer dokuları elastikiyetini kaybeder ve göğüs duvarında sertleşme meydana gelir (Soyuer ve Soyuer 2008). Esnekliğin azalması, nefes alma sırasında akciğerleri genişletebilmek için daha çok enerji kullanılmasına ve normalde enerji gerektirmeyen, yalnızca akciğerlerin elastik olması sayesinde gerçekleşen nefes verme olayı için de enerji harcanmasına neden olur (Tezel 2017). Ayrıca iskelet yapısında ve etkin solunum yapabilme yeteneğinde bozulma (osteoporoz, kifoz vb), rezidüel akciğer kapasitesinde artma; solunum kaslarının esnekliğinde, vital kapasitede, gaz alışverişi ve diffüzyon kapasitesinde, silyaların sayısı ve hareketlerinde, öksürme refleksinde, diyafragmanın genişleme kapasitesinde ve alveollerin sayısında azalma gibi değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler sonucu yaşlı hastalarda, aktiviteyle artan halsizlik, çabuk yorulma, solunum güçlüğü, sekresyonların atımında güçlük ve aspirasyon riski ile karşılaşılabilir (Savcı ve Bilik 2014). Yaşlanma ile ortaya çıkan bu morfolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşlı bireylerde akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını ve prevalansını artırmaktadır (Akdeniz vd 2019).

#### Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Yaşlanma sürecinde gastrointestinal sistemde görülen yapısal ve işlevsel değişiklikler yaşlı bireylerin beslenmesini, işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Akdeniz vd 2019). Yaşlılıkta tat, koku ve tükürük işlevleri azalır. Bu işlevlerin azalmasında dil ve ağız boşluğunda yer alan tat hücrelerinin ölümü, ilaç kullanma, protez diş ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler etkindir (Tezel 2017). Yaşlanma sonucu diş kayıpları, tükürük salgısında ve enzimlerde, tat ve koku duyusunda, mide elastikiyetinde, bağırsak hareketlerinde, safra boşaltımında yavaşlama ortaya çıkmaktadır (Savcı ve Bilik 2014). Yaşlı bireylerde tüm bu değişiklikler nedeniyle ağız kuruluğu, diş ve diş eti hastalıkları, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, gastro-özofajiyal reflü, besinlerin mideye geçişinde gecikme, peptik ülser,

aspirasyon ve boğulma riskinde artma, diyare, konstipasyon, beslenmede yetersizlik, obezite ve dehidratasyon görülebilmektedir (Savcı ve Bilik 2014, Tezel 2017).

### Üriner sistem değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte azalan hücre sayısı nedeniyle böbrek dokusu küçülür, böbreğe kan akımı azalır, sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalır ve progresif nefron kaybı görülür. Hücresel ve vasküler nedenlerle glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar (Tezel 2017). Böbrek fonksiyon kaybı sonucu eritropoetin yapımı ve kalsiyum metabolizmasının bozulması nedeniyle kemik yoğunluğunda azalma görülebilir. Böbreğin, idrarı konsantre etme ve sodyum tutma yeteneğinde azalma nedeniyle sıvı elektrolit dengesizlikleri gelişebilir. Mesane kapasitesi azalır; mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılıp idrar yapma hissi uyandırır (Tezel 2017). Ayrıca nefronların sayı ve işlevlerinde, glomerül filtrasyon hızında (GFH), mesane kapasitesinde azalmalar, mesane kaslarında gevşeme, östrojende azalma, erkeklerde prostat hipertrofisi görülebilmektedir. İdrar retansiyonu, sık sık idrar yapma (pollaküri), gece sık idrara çıkma (noktüri), inkontinans ve enfeksiyonlar da sık karşılaşılan diğer sorunlardır (Savcı ve Bilik 2014).

### Kas iskelet sistemi değişiklikleri

Kas iskelet sistemi sorunları, hayatı tehdit edici olmamasına karşın yaşlı bireylerde kronik hareket bozukluğunun, ilaç kullanımının ve hastane yatışlarının önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Yaşla birlikte kalsiyum eksikliğine bağlı olarak kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelir. Büyüme hormonu ve testosteron miktarının azalması nedeniyle kaslar incilir ve atrofiler oluşur (Tezel 2017). Ayrıca kemik ve kas kütlesinde azalma, kemik yoğunluğunda azalma, mineral kaybı, omurgada esneklik kaybı ve eğilme, eklemlerde dejenerasyon meydana gelmektedir. Bu değişimlerin sonucunda yaşlı bireylerde; kırıklar, kifoz, sırt ağrısı, eklemlerde gerginlik, esneklik kaybı ve ağrılar, denge bozukluğu, osteoporoz, dejeneratif artrit ve düşmeler görülebilmektedir (Savcı ve Bilik 2014).

### Deri ve mukoza değişiklikleri

Deri, yaşlanmayı en iyi yansıtan organlardan biridir. Yaşlanma ile birlikte derideki toplam fibrin protein (kollajen ve elastin) miktarı azalır. Cilt altı yağ miktarının

ve kas dokusunun azalmasına bağlı olarak deri daha ince, daha elastik, kuru ve kırışık bir hal alır, soğuğa tolerans azalır (Tezel 2017). Ayrıca pigment hücrelerinin üretiminde, kapiller kan akımında, ısı ve basınç duyusunda, ter ve yağ bezlerinin büyüklüğü, sayısı ve salgılarında azalmalar meydana gelmektedir. Bunların sonucunda; deride kuruluk, incelme, kırışmalar, tırnaklarda kalınlaşma, ısı düzenlemesi ve terleme mekanizmalarında bozulma, basınç ülserleri riski ile karşılaşılabılır (Savcı ve Bilik 2014).

#### Duyusal fonksiyonlardaki değişiklikler

Yaşlı bireylerde duyularla ilgili ortaya çıkan değişikliklerin belirlenmesi ve bunlara bağlı ortaya çıkan risklerin erken tanımlanması önemlidir (Savcı ve Bilik 2014). Yaşlanmayla birlikte işitme, görme, tat ve koku alma gibi duyularda gerileme başlar. Yaş ilerledikçe yüksek frekanslı sesleri duymak zorlaşır. Yaşlanma ile fizyolojik değişikliklerin en belirgin olarak hissedildiği organ göz olması ile birlikte en önemli değişiklikler lenste gerçekleşmektedir (Dedeli 2013, Tezel 2017). Görme keskinliğinde azalma, lensin esnekliğinde azalma, ışığa uyumunda gecikme, gözyaşı salgısında azalma, pupillerin ışığa uyumunda bozulma ve konjoktivada incelmeler meydana gelir (Savcı ve Bilik 2014). Tat ve koku alma hücrelerinin sayı ve işlevlerinde azalma görülür (Tezel 2017).

#### Nörolojik sistem değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte, beyin ve spinal kordun atrofisi sonucu beyin ağırlığında azalma, nöronlarda kayıplar, plak ve nörofibriler yumak oluşumu, beyin kan akımı ve oksijenlenmesinde, derin tendon reflekslerinde azalma olur (Savcı ve Bilik 2014, Karadakovan 2014). Bu değişimlerle birlikte, öğrenme ve hatırlama güçlüğü, kas kuvvetinde azalma, kaza, yanık ve yanma riskinde artma, uyku bozuklukları, refleks yanıtta azalma, bayılma, düşme, hipotermi, hipertermi, oryantasyon güçlüğü, demans/alzheimer, deliryum, depresyon, parkinson görülebilmektedir (Savcı ve Bilik 2014, Tezel 2017).

#### İmmün sistem değişiklikleri

Yaşlı bireylerde yaşa bağlı olarak immün sistemde zayıflama söz konusudur. Kronik hastalıklar, yetersiz beslenme ve öz bakım eksikliği de eklenince yaşlı bireyler

enfeksiyonlara yatkın hale gelmektedir. Buna bağlı olarak morbidite ve mortalite oranında artış olur (Savcı ve Bilik 2014, Akdeniz vd 2019). Yaşlı bireylerde sık görülen enfeksiyonlar; flebit/tromboflebit, grip, akciğer enfeksiyonları (pnömoni, bronşit, tüberküloz), nedeni bilinmeyen ateş, gastrointestinal enfeksiyonlar, zona, rinosinüzit, septik artritdir (Savcı ve Bilik 2014).

#### **2.1.4.2. Yaşlanmaya bağlı psikolojik değişiklikler**

Yaşlanma bedensel, ruhsal, zihinsel ve toplumsal değişimlerin yaşandığı bir süreç olup biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlılıkta meydana gelen psikolojik ve bilişsel değişimler fiziksel değişimlerden daha geç olur ve bireyden bireye farklılık gösterir. Psikolojik boyutuyla yaşlılık algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade eder. Yaşlılığın psikolojik yönü genel olarak, bilişsel beceriler ve psikolojik değişimleriyle ilgilidir (Akgün Çıtak 2017). Yaşlı bireylerin büyük kısmı emekli olmakta, çocukların evden ayrılması sonucunda aile küçülmekte, hareket kabiliyeti sınırlanan yaşlı bireyin ev içi ve dışındaki yaşamı kısıtlanmakta ve sosyal çevresinde daralmalar meydana gelmektedir. Kronik hastalıklar nedeniyle yatağa bağımlı hale gelen yaşlı bireyin sağlık sorunları yanında bir başkasının bakımına ve desteğine gereksinim duyması sosyal sorunları gündeme getirmektedir (Korkmaz Aslan 2017). Sonuç olarak bu değişiklikler yaşlı bireyin günlük yaşamını, çalışma hayatını, bağımlılık durumunu ve çevresi ile iletişimini etkilemektedir (Ağar 2020).

## **2.2. Sağlığın Geliştirilmesi**

### **2.2.1. Sağlığı geliştirmenin tanımı**

Sağlığın geliştirilmesi kavramına yönelik ilginin artması sonucu Kanada'nın 1986 yılında Ottawa şehrinde "I. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi" konferansı düzenlenmiştir. Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi tüm ülkelerde sağlığın geliştirilmesi etkinliklerinin başlamasına öncü olmuştur (WHO 1998). Bu konferansta sağlığı geliştirme kavramının tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlığı geliştirme; "kişilerin



kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı kılan bir süreçtir.” Wallace (2000) tarafından bildirildiğine göre; Brubaker (1983) sağlığı geliştirmenin; bireylerin kişisel alışkanlıklarında veya yaşadıkları çevrede değişiklik yapmasını teşvik eden süreçler olduğunu ifade etmiştir (Wallace 2000).

Sağlığın geliştirilmesi, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Doğumdan önce başlar, çocukluk, gençlik, orta yaş ve yaşlılık dönemi boyunca devam eder (Mofrad vd 2016). Sağlığın geliştirilmesi aracılığıyla tam bir iyilik haline ulaşmak için, bireyler kendi sorunlarını tanımlayabilmeli, ihtiyaçlarını karşılayabilmeli ve problemlerini çözebilmelidir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmektedir (Mittelmark vd 2008).

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi kavramları eş anlamlı değildir (Kennie vd 1998). Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinin amaçları farklıdır. Sağlığı geliştirme stratejileri hastalıkların önlenmesi stratejilerinden farklıdır. Hastalıkların nlenmesi genellikle birincil ve ikincil koruma düzeyine odaklanır. Sağlığın geliştirilmesinin amacı, insanların fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini en iyi duruma getirmek, sağlıklarını kontrol altına almak, işlevselliklerini ve bağımsızlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini yükseltmektir (Lee vd 2006, Frey 2018). Sağlığın geliştirilmesinin bir amacı da erken ölümleri engellemek ve kalan yaşamların daha kaliteli olmasını sağlamaktır (Resnick 2003).

### **2.2.2. Pender’in sağlığı geliştirme modeli**

Bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını açıklamaya yönelik çok fazla model geliştirilmiştir. Pender’in sağlığı geliştirme modeli diğer modellere göre en çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olan modeldir. Pender sağlığı geliştirme modelini (1996), sağlığı teşvik edici davranışlara çerçeve oluşturmak için gelişirmiştir. Bu çerçeve, bireylerin sağlığın geliştirilmesi davranışlarında bulunmasına yol gösterici ve motive edici faktörlerin araştırılması için de bir rehber olmuştur. Sağlığı geliştirme modeli, hemşirelik ve davranış bilimleri için bireyin sağlık davranışlarını etkileyen dolaylı ve doğrudan faktörleri içermektedir (Browning 2011).

Bu model bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın geliştirilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser. Bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl Őekillendiđini ve nelerden etkilendiğini

açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir (Bostan 2013). Sağlık İnanç Modeli hastalığı önlemeye; Sağlığı Geliştirme Modeli ise sağlığı geliştirmeye odaklanmıştır (Bahar ve Açıl 2014).

Pender 1990 yılında, Sağlık İnanç Modeline sağlığı koruma kavramını ekleyerek Sağlığı Geliştirme Modelini tanımlamıştır. Ayrıca modeli geliştirirken, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinin önemini vurgulayan sosyal öğrenme teorisinden de etkilenmiştir (Wallace 2000). Pender'in modelinin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasıdır (Türkeri 2006, Balliel 2009). Sağlığı geliştirme modelindeki temel amaç; sağlığı geliştirici davranışları belirlemek ve bu davranışları etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının nasıl kazanılacağı konusunda bireylere yol gösterici olmaktadır (Wallace 2000).

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin iki yönü olduğunu belirtmiştir; sağlığın korunması (Health protection) ve sağlığın geliştirilmesi (Health promotion). 1987 ve 1996 yılında revize edilen model, sağlık davranışlarını açıklayan ve yordayan yedi bilişsel ve beş değiştirici faktörü içermektedir (Browning 2011).

#### Sağlığı geliştirmede bilişsel algılama faktörleri:

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde bilişsel algılama faktörleri; sağlığa verilen önem, sağlık kontrolünü algılama, sağlığın tanımı, sağlık durumunu algılama, öz yeterliliği algılama, sağlığı geliştiren davranışın yararını algılama ve sağlığı geliştiren davranışın engellerini algılamadır (Browning 2011).

#### Sağlığı geliştirmede değişebilir faktörler:

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde sağlığı geliştirmede değiştirilebilir faktörlerin; demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişiler arası etkileşim, durumsal faktörler ve davranışsal faktörler olduğu belirtilmiştir (Browning 2011).

#### 1987 yılında revize edilen modeldeki değişiklikler:

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 1987 yılında revize edilmiştir. Revize edilen modelde bilişsel algılama faktörlerinde yer alan bileşenlerden bazılarının isimleri değiştirilmiştir. Modifiye edici faktörler; demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişiler

arası etkileşim, duruma özgü faktörler ve davranışa özgü faktörler olarak belirlenmiştir. Sağlığı geliştirici davranışa katılma, davranışı uygulamaya karar verme ve davranışın başlamasıdır (Pender 1996).

*Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler;*

1) Bireysel özellikler ve deneyimler; biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (benlik saygısı, motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörler (etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) olarak kategorize edilmiştir.

2) Davranışa özel algılar ve etki/duygulanımlar; algılanan yararlar, algılanan engeller, öz etkililik algısı, aktiviteyle ilişkili etki, kişiler arası etkiler ve duruma özgü etkilerdir.

3) Davranışsal sonuç (sağlığı geliştirici davranışlar); davranışa ilişkin plan yapma, acil/anlık gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanmasıdır.

Pender'in Modeline göre bu davranışlar, sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak adlandırılır ve altı öğeden oluşur: Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, ruhsal/manevi gelişim ve stres yönetimidir (Wallace 2000, Fenner 2002, Pender vd 2006, Browning 2011).

### **2.2.3. Yaşlı bireylerde sağlığın geliştirilmesi**

Dünya genelinde yaşlı nüfustaki artışa rağmen, yaşlı bireyler için sağlığın geliştirilmesi konusuna gereken önem verilmemiş, yıllarca ihmal edilmiştir (Frey 2018). Ancak son yıllarda, halk sağlığının öneminin artmasıyla birlikte sağlığın geliştirilmesi fikri daha yaygın ve önemli hale gelmiştir (Mittelmark vd 2008). Yaşlı bireyler arasında sağlığı geliştirme ihtiyacı ilk olarak 1980'lerin sonunda dile getirilmiştir (Krizova vd 2010). Daha önceleri yaşlı bireylerin sağlığını geliştirilmenin iyi bir hedef olmadığı, yaşam tarzlarını değiştirmek için çok geç olduğu düşünülüyordu. Yaşlı bireyler de beslenme tarzlarını değiştirmeyi, egzersize başlamayı huzur ve rahatlarını bozan davranışlar olarak algılıyorlardı (Golinowska vd 2016). Günümüzde artık insanlar bu kalıp yargılardan kurtulmuştur. Bireyler için sağlığın geliştirilmesi, yaşına bakılmaksızın çok önemli bir kavram olarak benimsenmiştir (Wallace 2000, Davidhizar vd2002).

Yaşlı bireylerin sağlığının geliştirilmesi, yaşlı nüfusun sağlıklı olmalarını ve sağlıklı seçimler yapmalarını sağlayan stratejileri içerir (Browning 2011). Yaşlı bireyler

sağlığın geliştirilmesine yönelik başarılı müdahalelerle sağlıklı bir yaşam sürdürebilir, sosyal ilişkilerini artırabilir, fiziksel olarak aktif kalabilir ve bağımsız yaşayabilirler (Lee vd 2006, Sourtzi vd 2010, Tambor vd 2017). Bu müdahaleler, kronik hastalıkların gelişmesi ve ilerlemesini önleyerek, dolaylı olarak bu hastalıkların tıbbi maliyetlerini azaltmada da önemlidir (Frenn 1996, Arsenijevic vd 2016). Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının, sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirme ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürme potansiyeli olduğuna dair önemli kanıtlar vardır (Lee vd 2006, Rizzo ve Seidman 2016). Ancak sağlığı geliştirme faaliyetlerinin yaşlı bireylerdeki olumlu sonuçlarına rağmen, yaşlı bireylerin sadece küçük bir yüzdesi aktif olarak bu faaliyetlere katılmaktadır (Resnick 2003).

Yaşlı bireyleri hedef alan sağlığın geliştirilmesi müdahaleleri, gençlere yönelik hazırlanan sağlığı geliştirme müdahalelerinden önemli ölçüde farklıdır. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklarının gelişme olasılığı daha yüksektir ve fonksiyonel kapasiteleri sınırlıdır. Bu durum, yaşlı bireyler için sağlığı geliştirme programlarının önemini artırmaktadır (Golinowska vd 2016). Yaşlı bireyler için sağlığın geliştirilmesinin karmaşık bir mesele olduğu ve yoğun planlama gerektirdiği açıktır. Planlama aşamasında, hedef grubun özelliklerinin yanı sıra, amaçlarının dikkate alınması gerekir. Müdahale, yönetim ve finansal yapılar için uygun ortamın belirlenmesi de önemlidir. Uygulama aşamasında, yaşlı bireylerin bireysel katılımı esastır. Süreci ve sonuçları değerlendirmek için hem niteliksel hem de niceliksel değerlendirmeler yapılmalıdır (Sourtzi vd 2010).

Strumpel ve Billings (2008) tarafından bildirildiğine göre; Dean ve Holstein (1991) yaşlı bireylerin sağlığının geliştirilmesi için üç strateji önermiştir. Bunlar; işlevsel kapasitenin korunması ve artırılması, kişisel bakımın korunması ve iyileştirilmesi, bireylerin sosyal ağının genişletilmesinin teşvik edilmesidir. Bu stratejilerin amacı, yaşlı bireylerin daha uzun, bağımsız ve yüksek kaliteli bir yaşam sürmelerine katkı sağlamaktır (Strumpel ve Billings 2008, Golinowska vd 2016).

Yaşlı bireylerde sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri, kişinin en yüksek sağlık seviyesine ulaşma potansiyelini içeren amaçlı davranışlara dayanmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık sorunlarını önleyerek veya kontrol ederek, engelleri azaltarak, sağlık bakım maliyetlerini düşürerek ve refah duygusunu artırarak yarar sağlar (Morowatisharifabad vd 2006, Browning 2011, Arsenijevic vd 2016). Yaşlı bireyler arasında sağlıklı davranışların geliştirilmesine yönelik ilk adım, önceliklerin belirlenmesi ve yaşlı bireylerin kendi sağlığı ile ilgili uygulamalar hakkında bilinçli karar vermeleri yönünde teşvik edilmesidir. İkinci adım da cinsiyet, yaş ve eğitimi dikkate alarak sağlığı

geliştirme programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasıdır (Lee vd 2006, Rizzo ve Seidman 2016). Yaşlı bireylerin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarının ve bu davranışları etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri ile ilgili olarak eğitim ve danışmanlık yapan hemşirelere de yardımcı olacaktır (Chernoff 2001, Resnick 2003).

#### **2.2.4. Aktif yaşlanma**

Aktif kavramı, bir kişinin yaşamı boyunca sosyal, ekonomik, kültürel, manevi ve sosyal ilişkilere katılımını ifade eder (Rizzo ve Seidman 2016). Aktif yaşlanma, Havighurst (1961) tarafından, yaşam doyumu deneyimini açıklamak için ortaya konan bir kavramdır ve sağlıklı yaşlanma, iyi yaşlanma, başarılı yaşlanma gibi diğer kavramları da kapsar (Strawbridge vd 1996, Thomason 2015). Aktif yaşlanma kavramı, gerontoloji disiplinde uzun ve zengin bir geçmişe sahiptir. Sağlıklı yaşamın ve uzun ömürlülüğün ötesinde bir kavramdır. Aktif yaşlanma, çok boyutlu olup, hastalık ve sakatlıktan kaçınma, fiziksel ve bilişsel işlevlerin sürdürülmesi, sosyal ve üretken faaliyetlere aktif katılımın sağlanmasını da içerir (Browning 2011). Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı; “insanların yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatlarını en üst düzeye çıkarma süreci” olarak da tanımlamaktadır (WHO 2002). Aktif yaşlanma, insanların yaşam boyunca fiziksel, sosyal ve zihinsel refah içinde olmalarına ve topluma katılmalarına olanak sağlar (Haneefa 2015, Halaweh 2016). Yaşlı bireylerin refahlarını yükseltmeye çalışan, fonksiyonel kapasitenin geliştirilmesi ve sürdürülmesini sağlayan süreç olarak tanımlanmaktadır (Tavares vd 2017). Aktif yaşlanmanın birçok tanımında ortak nokta, hastalık ve sakatlığın olmaması, ruhsal ve psikolojik iyilik halinin olması, sosyal işlevsellik ve bilişsel bozulmanın olmamasıdır (Bryant vd 2012). Yaşlanma sürecinin olumlu yönlerine odaklanan aktif yaşlanma kavramı yaşamı geliştirip uzatabilir (Grundberg 2015).

Aktif yaşlanma, yaşam kalitesini yükseltmek için genel bir yaşam tarzı stratejisini içerir. Bu kavram, sağlıklı yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemiştir (Thomason 2015). Aktif yaşlanma, bireylerin sağlıklı yaşam yıllarının sayısını artırmayı, kronik hastalıkların başlangıcını ertelemeyi amaçlar; ancak bununla sınırlı kalmaz. Aktif yaşlanmayı teşvik etmek aynı zamanda yaşlı bireylerin toplumda aktif rol alması, yaşam doyumunun artması, iyi hissetmeleri, hayattan zevk almaları ve

bağımsız yaşam sürmeleri ile de yakından ilişkilidir (Bowling ve Dieppe 2005, Wang vd 2015, Anghel ve Vasile 2016).

Sağlıklı ve aktif yaşlanmaya yönelik politika ve programlar geliştirmek, bunları uygulamak ve değerlendirmek yaşlı bireylere olası en yüksek sağlık seviyesi ve iyilik hali sağlanması için oldukça önemlidir (Samancıoğlu ve Karadakovan 2010). Buna karşın aktif yaşlanma kavramının tanımı konusunda fikir birliğinin olmaması aktif yaşlanma programlarının amacını ve sonuçlarını ölçmeyi zorlaştırmıştır (Thiamwong vd 2008). Sağlıklı yaşlanma konusunda toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir. Yaşlanmayı hızlandıran faktörlerden kaçınılması konusunun gündemde tutulması ve yaşlılığa yönelik psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik yönden bütüncül bakış açısıyla hizmetlerin planlanması gerekmektedir (Kaçan Softa ve Işıl 2017). Yaşlı bireylerin bakış açısını içeren başarılı bir yaşlanma tanımı geliştirmenin yararlı olacağı bildirilmektedir (Phelan vd 2004). Aktif yaşlanma konusunda öznel bakış açılarını araştıran çalışmalar, yaşlanma süreci ve deneyimlerin değiştirilebilir olduğu anlayışını savunmaktadır. Buna göre aktif yaşlanma çalışmalarının temeli, yaşlı bireylerin sağlığını geliştirmek için yaşlanma ve sağlıkla ilgili uygulamaları anlamaktır (Gardner 2008).

Aktif yaşlanma modeline göre, yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını korumada aktif bir rol oynaması ve kapasitelerini yaşamın sonuna kadar sürdürmeleri gerekir. Bu nedenle; hemşirelerin odak noktası da yaşlı bireylerin hastalıkları değil, sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmek olmalıdır (Kim 2009).

Aktif yaşlanma ile ilgili yaklaşımlar iki boyutta incelenmiştir.

#### *Aktif yaşlanmanın biyomedikal perspektifi*

Biyomedikal teoriler başarılı yaşlanmayı, yaşam beklentisini yükseltmek, fiziksel ve zihinsel gerilemeyi en aza indirmek olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma araştırmaları öncelikle biyomedikal bir bakış açısı içermekte ve yaşlanmayı kaçınılmaz bir süreç olarak tanımlamaktadır. Yaşlanmanın sadece tıbbi sorun olarak görülmesi, genellikle yaşlanmayı müdahaleye ihtiyaç duyulan bir kavram olarak gösterir (Deneau 2018). Rowe ve Kahn'ın modeli en yaygın kullanılan yaklaşımdır (Strawbridge vd 1996). Rowe ve Kahn'ın (1987, 1997) sağlıklı ve başarılı yaşlanma arasındaki ayrım üzerine yaptığı çalışmalarda, yaşlanmanın biyomedikal bakış açısını yansıtmıştır. Bu model başarılı yaşlanma için gerekli biyolojik temelli standartları tanımlamıştır. Bunlar, hastalık ve

sakatlığın olmaması, bilişsel ve fiziksel işleyişin sürdürülmesi ve hayata aktif katılımıdır (Deneau 2018).

### Aktif yaşlanmanın psikososyal perspektifi

Psikososyal modeller, biyomedikal modellerin aksine, temel olarak yaşam doyumu ve bilişsel duruma dayanarak aktif yaşlanmayı tanımlar ve daha öznel bir boyut içerir (Deneau 2018). Bu modeller sağlıklı yaşlanmanın belirleyicilerini ile ilgilenmiştir. Psikososyal perspektif ile ilgili en önemli model, Seçici Optimizasyon ve Ücretlendirme Modeli'dir (SOC) (Gardner 2008). Bu model sosyal desteğin ve sosyal ağların önemini ve aktif yaşlanmanın bir uyum süreci olduğunu vurgulanmaktadır (Gardner 2008).

Psikososyal modellerde, yaşlı bireylerin düşüncelerinin iyimser ve olumlu olması halinde, daha sağlıklı yaşlanacakları belirtilmiştir. İnsanların, bir bardağın yarısını boş görme yerine dolu görme becerisini öğretmenin önemi vurgulanmıştır (Bowling ve Dieppe 2005, Tavares vd 2017).

Sonuç olarak; biyomedikal model ruhsal ve fiziksel iyilik halinin olduğu, hastalık durumunun olmadığı ve sağlıklı yaşlanmanın anahtarı olarak vurgulanırken, psikososyal modeller yaşam doyumu, sosyal katılım, kişisel gelişim de dahil olmak üzere psikolojik kaynakları vurgular (Bowling ve Dieppe 2005).

### **2.2.5. Yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları**

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir aktiviteyi ve hastalığı önlemek için başvurduğu davranışı olarak tanımlanmaktadır (Pender vd 1990). Sağlığı geliştirici davranışlar olumlu sonuçlara ulaşmaya yöneliktir. Birey sağlıklı yaşam tarzını benimsediğinde, bu yaşam boyu devam eden bir süreç ile sonuçlanır (Wallace 2000).

Pender'e göre sağlığı geliştirici davranışlar, bireysel veya grup sağlığını geliştirmek ve sürdürmek için yapılan her türlü eylemi içerir (Mofrad vd 2016). Sağlığı geliştirici davranışlar, bireylerin sağlıklarını etkileyen davranışları kontrol etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini belirlemede sorumluluk almalarıdır. Aslında sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla doğrudan ilişkilidir (Mofrad vd 2016).

Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesi sağlık çalışanlarının karşılaştığı en büyük zorluktur (Morowatisharifabad vd 2006). Bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylere ne kadar erken kazandırılırsa yaşlılık süreci o kadar sağlıklı ve kaliteli olur (Anghel ve Vasile 2016). Pender (1996), sağlığı geliştirici davranışlar ile bireylerin iyilik halini koruyabileceklerini, hastalıkların erken başlangıcını önleyebileceklerini belirtmiştir. Sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi, yaşlı bireylerde genel fiziksel ve zihinsel iyilik halini iyileştirebilir, hatta kronik sağlık problemlerini durdurabilir (Wallace 2000).

Sağlığı geliştirici davranışlara başlamak ve riskli davranışları değiştirmek için asla geç değildir (Beattie vd 2003, Wang vd 2015). Farklı nedenlerle yaşlı bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi ihmal edilmiştir. Bu nedenlerin başında yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar konusunda isteksiz oldukları, yaşam tarzlarını değiştiremeyecek kapasitede olduklarına dair düşünceler gelmektedir. Oysaki sağlığı geliştirici davranışlar yaşlı bireyler için hayati öneme sahiptir (Walker 1978, 1989). Browning (2011) tarafından bildirildiğine göre; Zimmerman vd (2000) yaşlı bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri yapmak ve algılanan engelleri aşmak için, bireyin davranış değişikliğine yönelik cesaretlendirilmesi gerekir. Bireyin algılanan engelleri azaltıldığında sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını sürdürme olasılığı da artacaktır (Browning 2011).

Yaşlı bireylere sağlığı geliştirici davranışları kazandırmak için eğitim programları hazırlanabilir. Eğitim programları bu davranışları geliştirebilir, yaşlı bireylerin üretkenliğini ve yaşam kalitesini yükseltebilir, kronik hastalıkların görülme sıklığını azaltabilir (Mofrad vd 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kronik hastalıkların önlenmesinde ve kontrol edilmesinde, ölüm oranlarının düşürülmesinde önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen çalışmalar, bireylerin ölüm nedenlerinin %53'ünün yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili olduğunu göstermektedir (Rahimi vd 2014). Sağlığı geliştirici davranışları benimsetmek, yaşlı bireyleri eğitmek ve güçlendirmek sağlıklı yaşlanmanın önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Ancak açıkça belirtmek gerekirse, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları benimsedikleri ve bu davranışları uygulamaya koyabildiklerini ortaya koyan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Beattie vd 2003). Chen'in 1999 yılında yürütmüş olduğu yarı deneysel çalışmada, danışmanlığın sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisini araştırmıştır. Kontrol grubuna hiçbir danışmanlık verilmemiş, sadece geleneksel bakım verilmiştir. Deney grubundaki bireylere altı ay boyunca evde bakım hemşiresi tarafından sağlığı geliştirme danışmanlığı verilmiştir. Beslenme, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme davranışı değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; eğitim sonrası deney grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında deney



grubu puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Resnick'in (2003) 134 yaşlı birey üzerinde yaptığı çalışmada; hemşireler tarafından sağlığı geliştirme davranışları hakkında eğitim verilmiş, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme davranışları eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmiştir. Hemşireler tarafından bilgilendirilen yaşlı bireylerin bu uygulamaları yapmak için daha fazla gönüllü oldukları tespit edilmiştir.

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirir (Pender 1987).

### 2.2.5.1. Beslenme

Sağlığın geliştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Sağlıksız yaşam tarzı ve yanlış beslenme, obezite ve kronik hastalıkların artışına neden olan temel risk faktörleridir (WEB\_1). Bu dönemde beslenme konusunda bilinçli olma yaşam kalitesini sürdürmede temeldir. (Browning 2011). Sağlıklı beslenme, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için besinleri sağlıklı gıdalardan doğru miktarlarda ve doğru oranlarda almayı tanımlar. Yaşam kalitesini korumak ve hastalıkları önlemek için yaşlı bireylerin sebze ve meyve tüketimini artırmaları, yeterli miktarda lifli gıda almaları, tuz ve yağ miktarını azaltmaları ve yeterli sıvı almaları gerekir (Boateng ve Jeptanui 2016). Çağlayan ve Yılmaz'ın (2016) Ankara'da yaş ortalaması 69 olan 382 yaşlı bireyle yaptığı çalışmada; yeterli meyve sebze alımı ve düzenli egzersiz yapmanın yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir.

Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivitenin kronik hastalık riskini azalttığı bilinmektedir (Jung 2014). Sağlıklı beslenme yaşlı bireylerde hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve obezite sıklığını azalttığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Kwong ve Kwan 2007, Boateng ve Jeptanui 2016). Buna karşın yaşlı bireylerin sağlıklı beslendiklerini söylemek güçtür. Aksoydan'ın (2006) Ankara'da bir huzurevinde 60 yaş ve üstü yaş ortalaması 73 olan yaşlı bireylerle yaptığı çalışma sonucunda; 162 yaşlı bireyin %43,2'sinin yeterli ve dengeli beslenemedikleri saptanmıştır.

Bireylere sağlıklı beslenme davranışı kazandırılmasında sağlık profesyonellerine önemli görev düşmektedir. Özellikle hemşirelerin, yaşlı bireylerin beslenme durumlarını değerlendirebilecek yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir (Boateng ve Jeptanui 2016). Yapılan çalışmalar hemşirelerin yaşlı

bireylere sağlıklı beslenme davranışı kazandırabildiğini göstermektedir. Newell-Withrow (2000) tarafında yapılan çalışmada, yaşlı bireylere verilen eğitimin diyetlerindeki tuz, yağ ve şekerin azaltılması konusunda etkili olduğu belirlenmiştir (Chernoff 2001).

### 2.2.5.2. Fiziksel aktivite ve egzersiz

Fiziksel aktivite, günlük yaşamda enerji harcanmasına yol açan herhangi bir bedensel hareketi ifade eder. Egzersiz ise, genellikle fiziksel uygunluk hedefiyle planlanan, yapılandırılan ve tekrarlanan fiziksel aktivitenin alt kümesidir. Yani düzenli ve tekrarlı olarak gerçekleştirilen fiziksel aktiviteleri içerir (Bardach 2013).

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkileri diğer yaş grupları ile kıyaslandığında 65 yaş ve üzeri için daha fazladır. Çünkü hareketsizlikle ilgili olumsuz sonuçlar bu yaş grubunda daha fazladır (Halaweh 2016). “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre Türkiye’de; yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan yaşlı bireylerin oranı erkeklerde %85 kadınlarda ise %95’tir (Sağlık Bakanlığı 2013). Lök ve Lök (2016) araştırmasında 251 yaşlı bireyin egzersiz düzeylerini incelemiştir. Yaşlı bireylerin %62,2’sinin inaktif, %32,5’inin minimal aktif ve %5,3’ünün ise çok aktif olduğu bulunmuştur. Uluslararası literatürde de yaşlı bireylerin yeterli düzeyde egzersiz yapmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sohng vd (2002) tarafında SYBDÖ kullanılarak 100 yaşlı Koreli göçmen ile yaptığı çalışmada egzersiz alt boyut puanı diğer boyutlardan daha düşük bulunmuştur. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış ve en düşük sağlığı geliştirme davranış puanı egzersiz olarak belirlenmiştir (Duffy vd 1996, Gönülal 2005, Kaya vd 2008, Balliel 2009, Kulakçı vd 2012, Polat ve Kahraman Bayrak 2013).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, sağlıklı yaşlanma ile yakından ilişkilidir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite sayesinde, yaşlı bireylerde fonksiyonel kapasitede ve yaşam kalitesinde artma, kronik hastalıklarda azalma görülmektedir (Demirtaş vd 2017). Lima vd (2009) tarafından yaşlı bireylerle yapılan çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Awick vd (2015) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada yaşlı bireylere uygulanan aerobik yürüyüş ve esneklik programlarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir. İnal vd (2003) tarafından huzurevinde yapılan çalışmada ise merdiven çıkma, düzenli yürüyüş yapma ve aktif yaşam sürmenin yaşam memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivitenin kronik hastalık riskini azalttığını gösteren çalışma bulguları da mevcuttur. Yaşlı bireylerde haftanın beş günü, günde en az 30 dakika yapılan yürüyüşün; kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, tromboembolik inme, osteoporoz, obezite, kolon kanseri, meme kanseri, anksiyete, depresyon, artrit, parkinson hastalığı, uyku bozuklukları, denge bozukluğu riskini azaltmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (Wallace 2000, Nelson vd 2007, Hetherington 2012, Rahimi vd 2014, Brand vd 2015, Halaweh 2016, Rizzo ve Seidman 2016). Nelson vd (2007) tarafından yapılan çalışmada düzenli yapılan aerobik aktivitenin kilo alımını önlemeye yardımcı olduğu belirlenmiştir. Manson vd (2002) yaptıkları çalışmada haftada 45-75 dakikalık yürüyüşle kardiyovasküler hastalık riskinin azaldığı saptanmıştır. Yaşlı nüfusta fiziksel aktivite seviyesinin iyileştirilmesinin, sağlığa ayrılan kaynakları azaltma potansiyeline sahip olduğu da bildirilmektedir (Deneau 2018).

#### **2.2.5.3. Sağlık sorumluluğu alma**

Sağlık sorumluluğu, yaşlı bireylerin kendi sağlığıyla ilgili koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik sorumluluk almasıdır (Balliel 2009, Tambağ 2013). Pender sağlık sorumluluğunu, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığı ile ilgili faaliyetlere hangi düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir (Bostan 2013). Ayrıca sağlık sorumluluğu, kişilerin kendi sağlık bakım faaliyetlerine ne düzeyde katıldığını da belirler. Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili gerekli önlemler alması, düzenli sağlık kontrollerini yaptırması, sağlıkla ilgili konularda araştırma yapabilmesi, sorumluluk düzeylerini gösterir (Balliel 2009, Tambağ 2013).

#### **2.2.5.4. Kişiler arası destek**

Kişiler arası destek, yaşlı bireylerin aile ve yakın arkadaşları ile kaliteli vakit geçirmesi, bireysel problemlerini paylaşabilmesi, fikir alışverişinde bulunması, problem çözme becerisi ve kişiler arası ilişkilerini ifade eder. Kişilerin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir (Balliel 2009, Yuvakgil 2017).

Yaşlı bireylerin kişiler arası ilişkiler düzeyi belirleyen bir çalışmada kişiler arası destek puanı diğer alt boyut puanlarından daha yüksek bulunmuştur (Duffy vd 1996).

Kişiler arası ilişkinin yaşlı bireylerin sağlıklarını ve yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışma bulguları da bulunmaktadır. Chappell ve Reid (2002) yaptıkları çalışmada kişiler arası destek ile yaşam kalitesi ve iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Ho vd (2003)'nin Japonya'da yaptıkları çalışmada; huzurevinde ve toplumun farklı kesimlerinde yaşayan yaşlı bireylerde aile ve arkadaş ilişkilerinin sağlıklı yaşlanma ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Whitfield ve Wiggins'in (2003) yaş ortalaması 68 olan 249 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmada kişiler arası desteğin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve günlük problemleri çözmede önemli bir etken olduğunu saptamıştır. Moore vd (2006) tarafından yapılan nitel çalışmada; yaşlı bireylerin yaşamlarına anlam katmada ve bağımsız yaşamada arkadaş ve aile ilişkilerinin çok önemli olduğu belirlenmiştir. Kim vd (2006) tarafından yapılan çalışmada ise huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamayanlara göre sağlığı geliştirici davranış puan ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Softa (2014) ve Softa vd (2016) tarafından yapılan çalışmalarda sosyal desteğin sağlıklı yaşlanma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

#### **2.2.5.5. Stres yönetimi**

Stres yönetimi, bireylerin gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için, uygun baş etme yollarını kullanabildiği, fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebildiği bir süreçtir. Bireylerin stresi kontrol edebilmeleri için problem çözme becerilerini ve savunma mekanizmalarını kullanmaları gerekir (Sezer 2012, Tambağ 2013). Yaşlılık döneminde stresle başa çıkma stratejileri etkisiz olduğunda, günlük sorunlar ve önemli yaşam olaylarıyla ilişkili olarak morbidite ve mortalite oranları artmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin etkili baş etme stratejilerini kullanmaları için desteklenmesi gerekir (Pender vd 2006).

#### **2.2.5.6. Kendini gerçekleştirme**

Kendini gerçekleştirme, bireylerin var olan potansiyelleri ile her türlü konuda yaratıcılıklarını sonuna kadar kullanarak davranışa dönüştürme ihtiyacı olarak tanımlanabilir. Kendini gerçekleştirmiş bireyler; kendini tanır, kendisinin farkındadır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan çerçevesinde hedef ve amaçlarına yönelik yaşamlarını sürdürürler (Ata 2008, Sezer 2012). İnsan davranışlarını inceleyen bilim

insanlarına göre insan davranışının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür (Balliel 2009). Kendini gerçekleştirme Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı Ölçeğinin de alt boyutlarından birisidir. Bu ölçek kullanılarak Karakoç (2006) ve Balliel (2009) tarafından yapılan çalışmalarda kendini gerçekleştirme alt boyut puanı diğer alt boyut puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

### **2.2.6. Yaşlılıkta sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesi**

Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler ve beklentiler karşısında yaşamdaki durumunu nasıl algıladığını ifade eder. Bir kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve çevredeki belirgin özelliklerini bir araya getiren geniş kapsamlı bir kavramdır (Gurung ve Ghimire 2014). Borglin vd (2005) tarafından bildirildiğine göre; Browne vd (1994) yaşam kalitesi, bireyin yaşamının çevre koşulları ile bu koşulların bireysel algısı arasındaki dinamik etkileşimidir (Borglin vd 2005).

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi 21. yüzyılda artık ekonomik ve askeri güç ile değil “Yaşam Kalitesi” düzeyi ile belirlenmektedir (Sözen 2014). Ayrıca son zamanlarda sağlığın değerlendirilmesinde, hastalık temelli bakış açısı yerine, kişinin öznel sağlık algısının, günlük yaşamına ve yaşam kalitesine olan etkileri üzerinde durulmaktadır (Bayık Temel vd 2009). Yaşlılıkta yaşam kalitesi, sağlığı, özerkliği, işlevsel kapasiteyi ve bağımsızlığı sürdürme kabiliyetiyle belirlenir. Bu yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını sağlamak ve yaşam kalitesinin daha uzun yıllar sürmesi için çok önemlidir. Yaşam kalitesindeki genel bir düşüş, toplumdaki yaşlı bireyleri sosyal, kültürel ve entelektüel katılımdan mahrum eder (Gurung ve Ghimire 2014, Jin vd 2015, Curl vd 2016, Leenders 2016).

Yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlı nüfusta kronik hastalıkların prevalansında artış yaşanmıştır. Bu yaş gurubunda kronik hastalıklar ve sakatlıklar, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hipertansiyon, artrit, uyku bozuklukları, dispne, kalp ve kas iskelet sistemi hastalıkları, diyabet gibi hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, halk sağlığının en büyük zorluklarından biri, sağlıklı ve kaliteli yaşamın yıllarını artırmaktır (Lima vd 2009, Krizova vd 2010, Thomason 2015).

Yaşam kalitesinin geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi önemlidir. Bireyler sağlıklı yaşam biçimine sahip olduklarında yaşam kaliteleri daha iyi olabilmektedir (Browning 2011). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (WEB\_2). Hekmatpou vd (2013) İran'da yaş ortalaması 68 olan yaşlı bireylerle yaptığı yarı deneysel çalışmada sağlığı geliştirme programının yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir. Mura vd (2014) tarafından İtalya'da yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada; 12 hafta boyunca günde 45 dakikalık egzersiz programına katılan yaşlı bireylerin zihinsel iyilik hallerinde ve yaşam kalitelerinde iyileşme görülmüştür. Lee vd (2006) tarafından bildirildiğine göre; McDaniel (1987) tarafından yapılan bir çalışmada da yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Lee vd 2006).

Yaşlılıkta yaşam kalitesinin önemini bilmek, etkili hemşirelik müdahalelerinin ortaya konmasını, böylece yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilmesini sağlar (Borglin vd 2005). Hemşireler, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik müdahaleleri yoluyla sağlığı geliştirme davranışlarını desteklemelidir. Ayrıca yaşam kalitesini yükseltmek için yaşlı bireylerin sağlık algıları değerlendirilmeli ve yaşlı bireylerin sağlık algılarını iyileştirmeye yönelik müdahaleler belirlenmelidir (Lee vd 2006).

### **2.3. Yaşlı Bireylerin Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü**

*"Hemşirelik bir bütün olarak insana bakım veren tek sağlık disiplindir" Dr. Schawartz.*

Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesindeki rolü ilk kez Münih Deklarasyonunda vurgulanmıştır. Bu metinde halk sağlığı sorunlarını çözme çabalarında hemşirelerin giderek daha büyük role sahip olduklarını belirtmektedir. Deklarasyonda ayrıca, hemşirelerin yaşlı bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesi, aktif yaşlanma, kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda da önemli sorumlulukları bulunduğunu belirtmektedir (Frey 2018). Bunun birlikte son yıllarda, hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi için yaptığı katkılar daha belirgin hale gelmiştir. Sağlık profesyonelleri içinde hastalarla en sık temas halinde olan kişilerin hemşireler olduğu bilinmektedir. Bu nedenle profesyonel hemşire hasta ilişkisi sağlığın geliştirilmesi için fırsatlar içermektedir (Irvine 2005, Kempainen vd 2013, Frey 2018).

Geleneksel olarak, hemşirelerin sağlığı geliştirme odağının hastalıkları önleme ve bireylerin sağlıklarına ilişkin davranışlarını değiştirme olduğu düşünülmektedir.

Ancak sağlığı geliştirmeye ilişkin rolleri daha karmaşıktır. Hemşirelerden sağlın geliştirilmesi uygulamalarında bilgi ve deneyimlerini kullanmaları beklenir (Kemppainen vd 2013). Jormfeldt vd (2003) yaptığı nitel çalışmada 12 hemşire ile görüşmüş ve hemşirelerin geleneksel rollerinden çıkmadıklarını bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin, sağlığı geliştirmeyi hastalık odaklı uygulamalar olarak gördükleri ve hemşirelik bakımının genel amacının farkında olmadıkları belirtilmiştir. Casey'in (2007) yaptığı çalışma sonucunda; hemşirelerin sağlığı geliştirme konusunu tanımlamakta zorlandıklarını ve sağlığı geliştirme ile sağlık eğitiminin benzer gördüklerini belirtmiştir.

Seedhouse (2004) sağlık profesyonelleri arasında sağlığın geliştirilmesi konusunda ortak bir anlayışın bulunmadığının altını çizmiştir. Bu durum Kelly ve Abraham (2007) tarafından da dile getirilmiştir. Downie ve Caelli (2003), sağlığın geliştirilmesi konusunda uzman olarak kabul edilen hemşirelerin bile sağlığın geliştirilmesi uygulamalarını tanımlamada zorluk çektiklerini ifade etmiştir. Frey (2018) hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi konusunda yeterliliklerini geliştirmeleri gerektiğini belirtmiştir. Yapılan alışmalar da hemşirelik girişimlerinin sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Campel ve Aday 2001, Peltzer 2001). Bu konuda halk sağlığı hemşirelerinin rolü özellikle vurgulanmaktadır (Whitehead 2000, 2005). Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı yaşlı bireylere yönelik olduğu için, halk sağlığı hemşirelerinin yaşlı bireylerin sağlıklarının geliştirmesine yönelik rolleri önem taşımaktadır.

Halk sağlığı hemşireleri yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmek için birçok rol yerine getirmektedir;

#### Eğitici rolü:

Hemşirelerin eğitici rolü önemlidir (Korkmaz Aslan 2010). Yaşlı bireylere ve ailesine sağlık durumları, hastalık ve tedavileri, ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri aktarır. Yaşlı bireylere ve ailesine sağlık durumları, hastalık ve tedavileri, ilaç kullanımı ile ilgili eğitim verir. Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim verir. Yaşlı bireylere sağlıkla ilgili kavramları açıklar ve sağlık eğitimi verir. Yaşam biçimi değişiklikleri, bireysel bakımı ve bağımsızlık kazanmaları konusunda yaşlı bireyleri bilgilendirerek yol gösterir (Samancıoğlu ve Karadakovan 2010, Kulakçı 2011).

Bu rolde hemşirenin amacı, yaşlı bireyin sağlık davranışları hakkında bilinçli bir seçim yapmasını sağlayarak bireyleri destekleyip, güçlendirmektir (Frey 2018).

*Bakım verici rolü:*

Hemşirenin bakım verici rolü, bağımsız rollerinin arasındaki en önemlilerinden biridir. Bu rolde ekip üyeleri ile hemşirenin iş birliği içinde çalışması gerekir. Bakım verici rolünde hemşire, yaşlı bireylerin gerekli ihtiyaçlarını planlar. Yaşlı bireylerin sağlık ve hastalık durumunu belirleyip, iyilik durumlarını yeniden kazandırmak için özel tedavi uygular (Samancıoğlu ve Karadakovan 2010, Kempainen vd 2013).

*Savunucu rolü:*

Hemşire bu rolde birçok sorumluluk üstlenir. Hemşire, yaşlı bireylerin hasta haklarını koruma, onları bilgilendirme, etik ilkelere uyma, gerekiyorsa yaşlı bireylerin sözcüsü olma, yaşlı bireylerin gizliliğini koruma gibi sorumluluklara sahiptir. Ayrıca hemşire; bireyleri hastalıkların tanı ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalıkların yan etki ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri de yerine getirir (Samancıoğlu ve Karadakovan 2010).

*Araştırmacı rolü:*

Hemşire, kendi mesleği ile ilgili güncel bilgileri araştırmalı ve bu yapılan araştırmaları takip ederek uygulamaya geçirebilme becerisine sahip olmalıdır. Yaşlı bireylere daha iyi bakım sunmak için sürekli yeni bilgiler öğrenir ve uygular. Ayrıca hemşireler araştırmacı rolleri sayesinde sağlığın geliştirilmesine yönelik güçlü bir bilimsel taban oluşturarak yeni bilgiler doğrultusunda planlamalarını yapabilir ve hemşireliğin bilimsel alanda gelişimine katkıda bulunabilir (Kulakçı 2011).

*Güçlendirici ajan rolü:*

Hemşire bu rolünde, yaşlı bireylerle aktif iletişim kurarak, yaşlı bireyleri dinleyerek, kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almalarına yardımcı olur. Yaşlı bireylerin sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanmasına ve uygulamasında yardımcı olur. Hemşire, yaşlı bireyleri fiziksel ve sosyal çevresi ile ele alarak, sağlığı geliştirme davranışlarına katılması konusunda cesaretlendirir. Böylece yaşlı bireylerin sağlıkları için daha büyük sorumluluk almalarını teşvik eder ve yaşlı bireyleri güçlendirir (Golinowska 2017).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla olgu bilim (fenomenolojik) araştırma tipinde yapılan niteliksel bir çalışmadır. Olgu bilim araştırma tasarımında derinlemesine görüşme yolu ile bireylerin belirli bir olguya ilişkin ne deneyimledikleri ve nasıl deneyimledikleri belirlenir (Creswell vd 2007).

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma, İstanbul Avrupa Yakası'nın üç ayrı ilçesinde bulunan, Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu Aile Sağlığı Merkezi (Sultangazi), Esenler 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve Başakşehir 19 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Görüşmeler, birimlerdeki aile hekimleri tarafından ayrılan sessiz bir ortamın sağlandığı odada yapılmıştır. Araştırmanın verileri Kasım 2018- Aralık 2019 tarihleri arasında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini İstanbul Avrupa Yakası'nda bulunan Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu Aile Sağlığı Merkezi (Sultangazi), Esenler 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve

Başakşehir 19 No'lu Aile Sağli Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örneklem; önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların araştırılmasını ifade eder (Kümbetoğlu 2008, Yıldırım ve Şimşek 2013). Bu araştırmanın örneklemini; 65 yaş ve üzeri, işitme ve konuşma problemi olmayan, bilişsel durumunu etkileyen nörolojik (alzheimer gibi) ve psikiyatrik (şizofreni gibi) tıbbi tanısı olmayan yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın ölçüt örneklem kriteri; bireylerin 65 yaş ve üzeri olması olarak belirlenmiştir. Örneklem belirlenirken genel örneklem özellikleri ise duyuşsal ve algısal sorunların olmamasıdır.

Niteliksel araştırma tasarımlarında örneklem büyüklüğü, araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2013). Görüşmelerden elde edilen verilerde yeni bilgi/görüş gelmediği için doyum noktasına ulaşıldığı düşünülerek 22. hastadan sonra görüşme sonlandırılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Etik Yönü**

Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (07.08.2018/16 tarih ve 60116787-020/53197 sayılı etik kurul izni) (EK-1). Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni alındıktan sonra Aile Sağli Merkezlerine gidilmiş ve aile hekimlerinden sözel izin alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul İl Sağli Müdürlüğü'nden ve Halk Sağli Hizmet Başkanlığı Aile Hekimliği Birimi'nden yazılı izinler alınmıştır (EK-2).

Çalışmaya katılan her yaşlı bireye araştırmanın amacı, süresi, araştırmaya katılımın gönüllüğü hakkında bilgi verilmiş ve görüşmeye katılmak isteyenlerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-6). Ayrıca araştırmanın örneklemini oluşturan yaşlı bireylerin isimleri ve bilgileri gizli tutulmuştur.

### **3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Esenler 1 No'lu Aile Sağli Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri üç yaşlı birey ile önceden hazırlanmış görüşme kılavuzu ile görüşmelerin ön uygulaması yapılmıştır.

Yapılan ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorular düzeltilmiştir. Ön uygulamaya dahil edilen yaşlı bireyler çalışmanın örneklem grubunda yer almamıştır. Aynı zamanda araştırmacı nitel araştırma teknikleri konusunda bilgilerini arttırmak amacıyla Üsküdar Üniversitesi'nde düzenlenen "Nitel Analiz, Mülakat Teknikleri ve Kodlama Kursu"na katılmıştır (EK-3). Ön uygulamada yapılan görüşmeler, görüşme teknikleri ve sorular sorular açısından, Pamukkale Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Filiz KABU HERGÜL tarafından incelenmiştir. Önerileri ile gerekli düzenlemeler yapılmış olup, daha sonra örneklem grubu ile görüşmelere başlanmıştır.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Kasım 2018- Aralık 2019 tarihleri arasında, aile sağlığı merkezinde kişisel bilgi formu (EK-4) ve yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK-5) kullanılarak yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bireysel derinlemesine görüşme yöntemi; kişilerin görüşlerine, duygularına, deneyimlerine, tutumlarına, yakınmalarına ve inançlarına ilişkin bilgi edinme amacıyla kullanılan etkili bir yöntemdir. Ayrıca bireylerin araştırılan konuyla ilgili bakış açılarını derinlemesine görebilmeyi de sağlar (Yıldırım ve Şimşek 2013, Erdoğan vd 2014).

Örnekleme alınan yaşlı bireylere araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireyler ile ikinci görüşme planlanarak, randevu alınmıştır. Görüşmenin rahat ve etkili olabilmesi için, sadece araştırmacı ve görüşmecinin bulunduğu sessiz, uygun ısıda, aydınlık, karşılıklı rahat oturma imkânı olan bir oda tercih edildi. Planlanan tarihte yaşlı birey ile tek bir araştırmacı tarafından baş başa görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmenin ses kaydına almak üzere, görüşme öncesi yaşlı bireylerin sözlü onamları alınmıştır.

Görüşmeye; tanışma ve bilgilendirme ile başlanılmış, öncelikle kişisel bilgi formunda yer alan sorular her yaşlı bireye aynı sırada ve biçimde yöneltilmiştir. Daha sonra yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla genel ve açık uçlu sorularla derinlemesine görüşmeye başlanılmıştır. Görüşme esnasında yaşlı bireylerin anlık tepkileri not edilmiştir. Veri toplama süreci benzer görüş ve kavramlar ortaya çıkana kadar (doyum noktası) devam ettirilmiştir. Görüşmeye teşekkür edilerek sonlandırılmıştır. Görüşme yaklaşık 25 dakika ile 45 dakika arasında sürmüş olup, tüm yaşlı bireylerle birer görüşme yapılmıştır.

### **3.6.1. Veri toplama araçları**

#### **3.6.1.1. Kişisel bilgi formu**

Araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı bireylere; tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir durumu, aile içindeki konumu, birlikte yaşadığı kişi, meslek) ve tanımlayıcı özelliklerini (kronik hastalıkları, zararlı alışkanlıkları, düzenli egzersiz yapma durumu) içeren 11 soru sorulmuştur (EK-4). Bu sorular araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (Van Leuven 2010, Boggatz ve Meinhart 2017, Korkmaz Aslan vd 2017).

#### **3.6.1.2. Yarı yapılandırılmış görüşme formu**

Görüşme formunda; yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini derinlemesine ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulan 11 tane açık uçlu soru yer almaktadır (EK-5). Görüşme formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Van Leuven 2010, Bardach vd 2016, Boggatz ve Meinhart 2017). Görüşme formu halk sağlığı hemşireliği alanında uzman beş öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenerek son şekli verilmiştir.

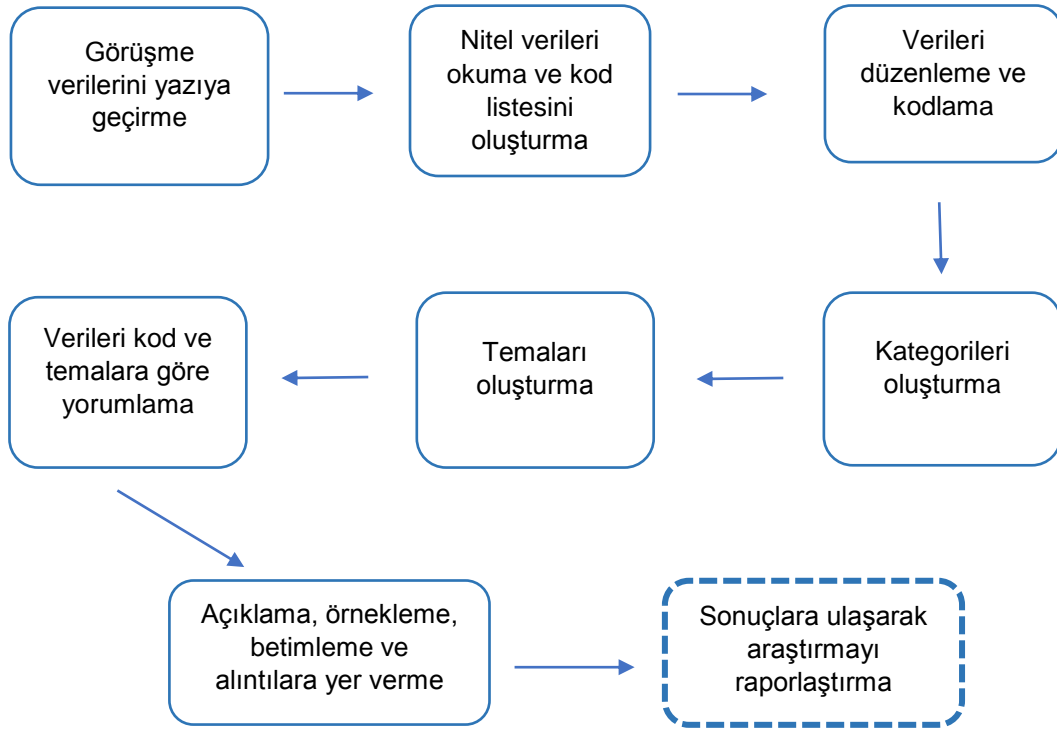
### **3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizindeki temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek 2013).

Nitel veri analizinin ilk aşamasında, ses kayıt cihazı ile derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanan verilerin tamamı ve tutulan notlar araştırmacı tarafından harfi harfine yazılmıştır. Araştırmacı, verilerin yazıya dökümü aşamasında kendi duygu, düşünce ve deneyimlerini konu dışında tutarak, görüşmenin gerçek yapısını koruyup

doğal haliyle bilgisayara aktarmıştır. Word belgesine dökümü yapılan veriler görüşme metni olarak kaydedilmiştir. Ses kayıtları ve 161 sayfalık görüşme metni, danışman tarafından kontrol edilmiştir. Araştırmanın veri analizi araştırmacı tarafından elde kodlama yöntemiyle yapılmış, herhangi bir analiz programı kullanılmamıştır.

Elde edilen nitel verilerin kodlaması yapılırken ham veriler ayrıntılı olarak incelenmiş, kendi içinde sürekli karşılaştırma yapılmıştır. Bu aşamada deneyimli başka bir uzman araştırmacının görüşü de alınmıştır. Tüm veriler kodlandıktan sonra görüşmenin farklı bölümlerinde yer alan kodlar birbiriyle karşılaştırılmış ve veriler arasındaki benzer bölümler bir araya getirilerek kod listesi oluşturulmuştur. Daha sonra yapılan karşılaştırma sonucunda kodlar arasında ortak yönler bulunarak kategoriler oluşturulmuştur. Aynı şekilde oluşturulan kategoriler bir başka kategoriyle tekrar karşılaştırılmıştır. Danışman tarafından kontrol edilerek veri setinden ana temalar oluşturulmuştur. Görüşmeler, çözümlenmeler, kod ve kategoriler tez danışmanı tarafından pek çok kez kontrol edilmiştir. Kod ve temalar araştırmacı, danışman, nitel araştırma konusunda uzman araştırmacı tarafından bağımsız olarak belirlenmiştir. Daha sonra bir araya getirilen veriler birbiriyle karşılaştırılmış ortak kod ve temalar belirlenmiştir. En son, elde edilen tüm veriler temalara göre yorumlanarak rapor halinde yazılmıştır. Verilerin sunumunda yaşlı bireylerin ifadeleri ile birlikte; “katılım numarası, yaşı, cinsiyeti” cümlelerin sonunda ( ) içinde belirtilmiştir.



**Şekil 1.** Nitel Verilerin Analiz Süreci

### 3.8. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği

İstanbul'un farklı bölgelerinde yer alan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı yaşlı bireylerin çalışmaya katılımı sağlanarak sosyo-ekonomik düzey ve kültürel açıdan çeşitleme sağlanmıştır. Uzman incelemesinde; nitel araştırma alanında uzmanlardan yarı yapılandırılmış görüşme formu için görüş alınmıştır. Görüşme formunun kapsam geçerliliği için halk sağlığı hemşireliği alanında uzman beş öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Nitel bulguların doğruluğunun kontrol edilmesinde, niteliksel araştırma konusunda deneyimli bir başka araştırmacıdan destek alınmıştır. Araştırmanın süreci daha sonra yapılabilecek çalışmalara yol göstermesi amacıyla ayrıntılı bir şekilde rapor edilmiştir. Katılımcıların ifadelerinin geçerliliğini sağlamak için katılımcı teyiti alınmıştır. Araştırma verileri ve analiz aşamasında yapılan kodlamalar gerektiğinde teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır (Creswell vd 2007, Yıldırım ve Şimşek

2013). Niteliksel araştırma konusunda eğitimli araştırmacıların, yaşlı sağlığı ve niteliksel araştırma konusunda deneyimi bulunmaktadır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, İstanbul Avrupa Yakası'nda bulunan Prof. Dr. Kamile şevki Mutlu Aile Sağlığı Merkezi (Sultangazi), Esenler 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve Başakşehir 19 No'lu Aile Sağlı Merkezi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üstü 22 yaşlı birey ile sınırlıdır.

Araştırmaya, işitme ve bilişsel problemi olmayan, bilgilendirilmiş onamı ve görüşme sorularını anlayabilen, çalışmaya gönüllü olarak katılan yaşlı bireylerin olması esas alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması sürecinde ses kaydını kabul etmeyen katılımcılar için araştırmanın gönüllülük esasına uyulmuş olup bu katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma sonuçları yöntem gereği sadece görüşme yapılan yaşlı bireylere genellenebilir.

### 3.10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

**Tablo 1.** Araştırmanın Aşamaları ve Tarihleri

<b>Araştırmanın Aşamaları</b>	<b>Tarih</b>
Tez konusunun belirlenmesi	Şubat 2018- Mart 2018
Literatür tarama	Nisan 2018- Aralık 2020
Tez önerisi hazırlığı	Haziran 2018- Temmuz 2018
Kurum izinleri ve etik kurul onayı	Ağustos 2018
Tez önerisi sunumu	Ağustos 2018
Verilerin toplanması	Kasım 2018– Aralık 2019
Verilerin işlenmesi ve analizi	Ocak 2020- Mayıs 2020
Tez yazımı	Mayıs 2020- Aralık 2020
Tez sunumu	Şubat 2021



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma grubunda yer alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere ait tanıtıcı özellikler, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerine yönelik bulgular sunulmuştur. Her bir başlık altında içerik analizi sonucu ulaşılan kodlar, kategoriler, temalar ve görüşmelerden alıntılar sunulmuştur.

### 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere ait tanıtıcı özellikler Tablo 2'de verilmiştir. Görüşmeye katılan yaşlı bireylerin yaşları 65 ile 77 arasında olup yaş ortalaması 67,3'tür. Görüşmeye 12'si erkek, 10'u kadın olmak üzere 22 kişi katılmıştır. Örnekleme alınan yaşlı bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; 2 kişi okuryazar değil, 15 kişi ilkokul, 3 kişi ortaokul, 1 kişi lise, 1 kişi üniversite mezunudur. Meslek gruplarına bakıldığında; 11 kişi emekli, 9 kişi ev hanımı, 2 kişi ise çalışmamaktadır. Yaşlı bireylerin 17'si eşi ile birlikte, 4'ü eşi ve çocukları ile birlikte, 1 kişi de çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Kronik hastalıkları sorulduğunda, 15 kişi en az bir kronik hastalığı olduğunu, 7 kişi ise herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir. Yaşlı bireylerden sadece 1 kişi günlük düzenli olarak egzersiz yaptığını söylemiştir (Tablo 2).

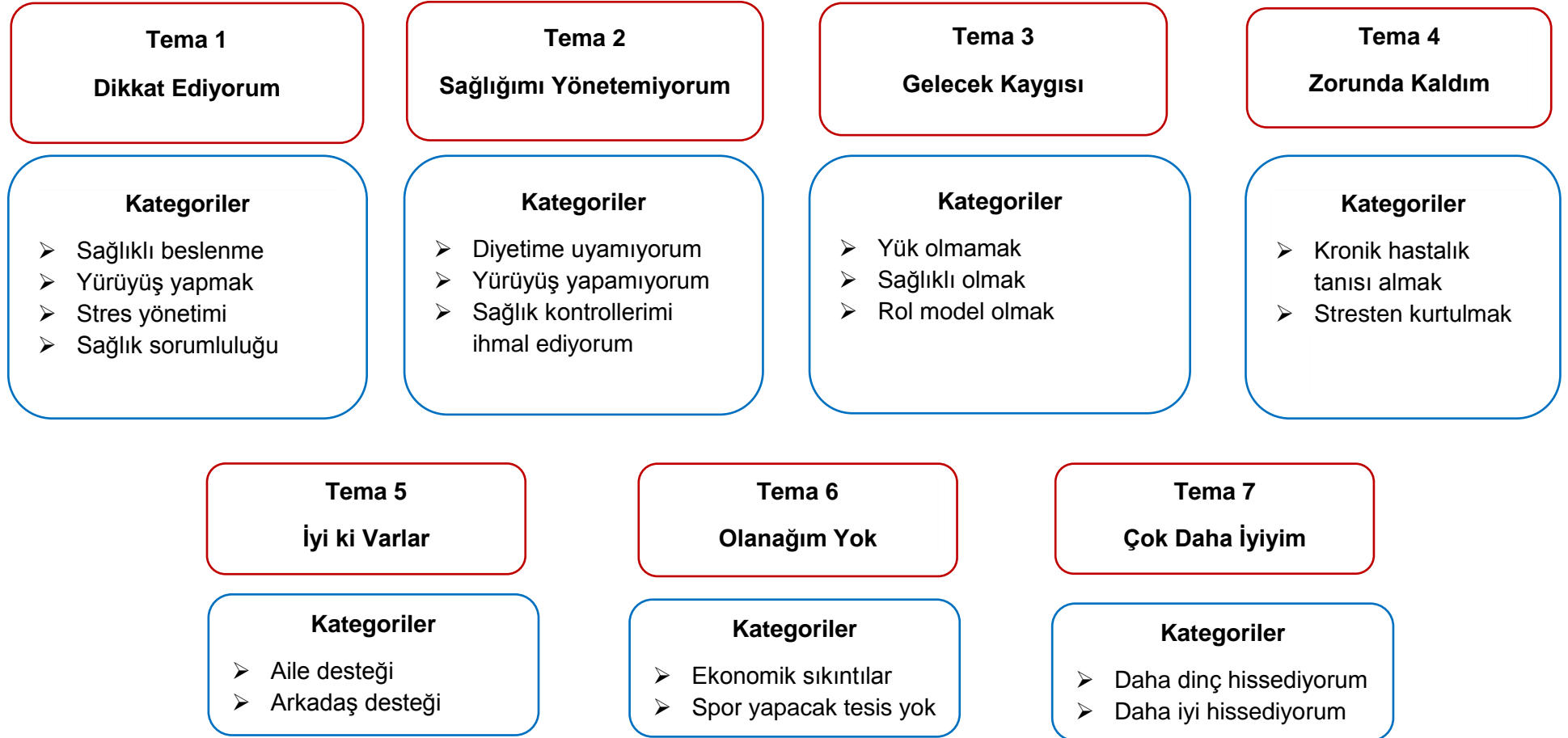
**Tablo 2.** Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcı No	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Meslek	Kiminle Yaşıyor	Sosyal Güvence	Kronik Hastalık	Düzenli Egzersiz Yapıyor mu?
1	65	Erkek	Evli	Ortaokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Hayır
2	72	Kadın	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Hayır
3	65	Kadın	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Eşi	Var	Var	Hayır
4	65	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Hayır
5	65	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Yok	Hayır
6	65	Kadın	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Eşi ve Çocukları	Var	Yok	Hayır
7	65	Kadın	Evli	Lise	Ev Hanımı	Eşi	Var	Var	Hayır
8	65	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi ve Çocukları	Var	Var	Hayır
9	73	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Hayır
10	70	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Yok	Hayır
11	65	Erkek	Evli	Üniversite	Emekli	Eşi	Var	Yok	Hayır
12	65	Kadın	Evli	Ortaokul	Ev Hanımı	Eşi	Var	Var	Hayır
13	67	Kadın	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Eşi	Var	Yok	Hayır
14	70	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Yok	Hayır
15	65	Kadın	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Eşi ve Çocukları	Var	Var	Hayır
16	65	Erkek	Evli	İlkokul	Çalışmıyor	Eşi	Yok	Var	Hayır
17	76	Erkek	Dul	İlkokul	Çalışmıyor	Çocukları	Yok	Yok	Hayır
18	65	Kadın	Evli	Okuryazar değil	Ev Hanımı	Eşi	Var	Var	Hayır
19	70	Erkek	Evli	Ortaokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Evet
20	65	Kadın	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Eşi ve Çocukları	Var	Var	Hayır
21	72	Erkek	Evli	İlkokul	Emekli	Eşi	Var	Var	Hayır
22	65	Kadın	Evli	Okuryazar değil	Ev Hanımı	Eşi	Var	Var	Hayır

#### 4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye İlişkin Algı ve Deneyimlerine Yönelik Bulgular

Araştırma verilerinin içerik analizi sonucunda yedi ana tema belirlenmiştir. Dikkat ediyorum teması altında yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmek için yapılması gerektiğini düşündükleri ve yapmayı deneyimledikleri sağlığı geliştirici davranışları içeren; sağlıklı beslenme, yürüyüş yapmak, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu kategorileri yer almaktadır. Sağlığımı yönetemiyorum teması altında yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları yaşam tarzı haline getirmeye çalışırken yaşadıkları zorlukları ifade eden; diyetime uyamıyorum, yürüyüş yapamıyorum ve sağlık kontrollerimi ihmal ediyorum kategorileri yer almaktadır. Gelecek kaygısı temasında yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlardan sonuç beklentisini içeren; yük olmamak, sağlıklı olmak ve rol model olmak kategorileri yer almaktadır. Zorunda kaldım temasını yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara başlamasını etkileyen faktörleri içeren; kronik hastalık tanısı almak ve stresten kurtulmak kategorileri oluşturmuştur. İyi ki varlar teması altında yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışları sürdürmelerini destekleyen faktörleri içeren; aile desteği ve arkadaş desteği kategorileri yer almaktadır. Olanağım yok teması; ekonomik sıkıntılar ve spor yapacak tesislerin olmaması kategorilerinden oluşmaktadır. Çok daha iyiyim teması yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışların olumlu etkilerini ifade ettikleri; daha dinç hissediyorum ve daha iyi hissediyorum kategorileri oluşturmaktadır (Şekil 2).

**YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE İLİŞKİN ALGI VE DENEYİMLERİ**



**Şekil 2.** Görüşme Sonucu Elde Edilen Temalar ve Kategoriler

#### 4.2.1. Dikkat ediyorum

##### 4.2.1.1. Sağlıklı beslenme

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin tamamına yakını sağlığın geliştirilmesi için sağlıklı beslenmek gerektiğini ifade etmiştir. Bazı yaşlı bireyler sağlıklı beslenmeyi; yediğine içtiğine dikkat etmek olarak tanımlamışlardır.

*“Sağlıklı beslenmeye dikkat etmek gerek. Bunun için dediğim gibi yeme içme konusunda nelere ihtiyacımız olduğunu bilmek, ekonomik durumumuza göre yeme içmemizi iyi ayarlamak gerekir.” (11, E, 65)*

*“Bunlara yani yiyeceğine içeceğine dikkat etmek gerek, bunlara dikkat edersen sağlığın gelişir.” (17, E, 76)*

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler sağlıklı beslenmeye ilişkin deneyimlerini şu şekilde ifade etmiştir;

*“Fazla yememeye çalışıyorum. Benim şekerim (diyabet) var ya ondan yememe dikkat etmem lazım. Mesela beslenmeme daha dikkat etmeye çalışıyorum... Evet tuzu hiç kullanmıyorum.” (1, E, 65)*

*“Sağlıklı beslenelim diyoruz. Fazla tuzlu yemeyiz, çok tuzlu olduğunda zaten midemiz bulanır. ...tansiyonumuz da var. Şeker desen hiç kullanmayız, kaç senedir hiç şeker kullanmıyoruz. Fazla kızartma yemeyiz...” (18, K, 65)*

#### 4.2.1.2. Yürüyüş yapmak

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler sağlığı geliştirmek için yürüyüş yapmanın gerekliliğini şöyle ifade etmişlerdir;

*“Hocam yürüyüş de çok önemli. Düzenli yapmak lazım...” (14, E, 70)*

*“Başka mesela yürüyüş de etkiler. Yürüyeceksin... Sağlıklı olmak da yürümekten geçer. Yürüyeceksin bol bol... günde en azından 40 dakika veya bir saat yavaş yavaş da olsa yürüyeceksin. Yürüyüş insan sağlığına çok güzel olur.” (20, K, 65)*

*“Hareket etmek gerekir spor mu diyorsunuz ona. İşte spor yapmak gerekir. Doktorlar da öyle söylüyor, sürekli spor yapacaksın diyorlar.” (21, E, 72)*

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler günlük yaşamlarında yürüyüş yapmak ile ilgili deneyimlerini şu şekilde ifade etmişlerdir;

*“Yürüyüş yapıyorum. Kimse olmasa bile kendi kafama göre yürüyorum. Yukarı çarşıya falan çıkıyorum, geziyorum, kahveye gidiyorum orda oturup biraz dinleniyorum. Eskiden günlük yapıyordum ama bu aralar olmuyor.” (1, E, 65)*

*“Yürüyorum yani, çok şükür Kur'an'a falan gidiyorum. Oraya giderken yürüyorum, yürüyüşüm iyi. Yani günde 1 saat falan yürüyordum. Hatta 1 saati de geçiyodur. Bunun için de pazara gidiyorum, Kur'an'a gidiyorum, ekmek almaya gidiyorum, bunları günlük yapıyorum aslında 1 saat falan ediyordur herhalde.” (6, K, 65)*

*“Yürüyüş yaparım. Buradan mesela camiye gidiyorum. Camiden eve gidiyorum. Çoluk çocuğun yanına giderim. Yerine göre yarım saat olur, yerine göre de bir saat olduğu zaman olur. Mesela hastanelerde hastan oluyor o zaman da yürüyüş yapmış*

*oluyorsun. Çünkü koşturup duruyorsun yani böyle ara da artıyor. Ha düzenli mi değil işte. Ama zaten her gün camiye gidiyorum. Öğlen, ikindi camiye gidiyorum o arada yürüyüş yapmış oluyorum yani.” (14, E, 70)*

*“Evet yürürüm... Dün bi çıktım 2 saat yürüdüm. Ama yeri geldi mi 4 saat falan yürürüm. Ben kendimi biliyorum yani, yürüdüğüm zaman diyorum ki daha fazla yürümem lazım, daha az yemem lazım diyorum kendi kendime. Aslında yürüyorum ama daha erken kalkıp daha çok yürümek gerekiyor. Bence gün ortasında yürüdüğün yavaş yavaş yürüme, yürüme değil. Günde işte 2-3 kilometre yürürüm.” (19, E, 70)*

#### **4.2.1.3. Stres yönetimi**

Yaşlı bireyler stresin sağlığı olumsuz etkilediğini ve sağlığı geliştirmek için stresten uzak durulması gerektiğini ifade etmişlerdir.

*“Stres yapmamak bunlara dikkat etmek çok önemli. Stres yapmazsan rahat olursun özellikle yaşlılar için diyorum. Yaşlı olduktan sonra bazı insanlar sinirli oluyor. Yani yaşlandıkça streste oluyor (gülme). Bu yüzden stres yapmamak lazım.” (1, E, 65)*

*“Sağlığımızı daha iyi duruma getirmek için stres olmayacaksınız. Başka ne söyleyeyim stressiz olacaksınız, sabırlı olacaksınız. Bunlar sağlığımız için önemli.” (2, K, 72)*

*“Bence stres de çok önde mesela. Üzüntü, stres, takıntı bunlar... Daha doğrusu böyle takmayacaksınız öyle şeylere, taktığın zaman işte sağlığın kötüye gider. Stres yapmayacaksınız asıl bunlar önemli.” (7, K, 66)*

*“Rahat olmamız gerekir, sıkıntı ve stres olmamak gerekir. İyi olsam bile sıkıntı stres olursa bir tarafım çöker. Evin içinde sıkıntı stres olmasa mesela çok güzel olurdu. Çok yararlı sağlıklı olunur, mesela insan sıkıntılı olmaz, stresi olmaz...” (20, K, 65)*

Yaşlı bireyler stres yönetimi ile ilgili deneyimlerini sağlıkları için stresten kaçmak gerek şeklinde ifade etmişlerdir. Stresle başa çıkmak için dışarı çıkıp yürüyüş yaptıklarını ifade etmişlerdir.

*“Stresli ortamdan kaçıyorum, uzak duruyorum. Stresli ortama girdiğim an hastalanıyorum. Onun için uzak duruyorum. O stresimi attıktan sonra eve dönüyorum.”*  
(2, K, 72)

*“Evde oturduğum zaman, dışarı çıkmazsam daha çok stres oluyorum. Evde oturdukça daha stresli oluyor insan.”* (6, K, 65)

*“Stresimi falan anca böyle atıyorum dışarı çıkıp yürüdükçe...”* (10, E, 70)

#### **4.2.1.4. Sağlık sorumluluğu**

Yaşlı bireyler sağlık sorumluluğunu düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve ilaçları düzenli kullanmak olarak ifade etmişlerdir.

*“Herhangi bir hastalığın olur ne olursa artık doktora gitmek lazım. Kontrol altında olmak lazım.”* (1, E, 65)

*“Böyle sağlıklı olmak için, tabii tedavilerine gideceksin. Ondan sonra böyle güzelce bi kendine baktıracaksın doktora. Saatinde, gününde ilaçlarını alacaksın, iğnelerin varsa onları almalısın, bunları kaçırmayacaksın.”* (7, K, 66)

*“Başka doktor kontrollerimizi falan yaptırmalıyız. Bir de boş yere falan ilaç kullanmamalıyız.”* (12, K, 65)

Yaşlı bireyler sağlığı geliştirmek, sağlığı daha iyi duruma getirmek için doktorun önerdiği ilaçları düzenli kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir.



*“Kendi doktoruna gideceksin, ilaçlarını düzenli alacaksın.” (2, K, 72)*

*“Başka hastalıklarımız var ise doktorların bize verdiği ilaçları zamanında kullanmamız gerekir. Buda bizim için önemli, bu da sağlığımızı geliştirmek için önemli.” (11, E, 65)*

Yaşlı bireyler düzenli sağlık kontrolü yaptırmak ve ilaçları düzenli kullanma ile ilgili deneyimlerini şöyle dile getirmişlerdir;

*“Her zaman kontrole gitmeye çalışıyorum. Mesela başım ağrıyor, gözüm zaten rahatsız, başka halsizlik falan oluyor, o zaman hemen gidiyorum doktora.” (6, K, 65)*

*“2002'den beri devamlı kontrol altındayım, gidip geliyorum. İlaçlarımı da öyle düzenli kullanırım. Doktorlar ne dediyse o... devamlı giderim öyle doktor kontrollerine giderim.” (21, E, 72)*

#### **4.2.2. Sağlığımı yönetemiyorum**

##### **4.2.2.1. Diyetime uyamıyorum**

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin bazıları tuzu, şekeri ve yağı azaltmak konusunda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bir kısmı ise doktorlarının önerdiği diyete uymakta zorlandıklarını belirtmiştir.

*“Mesela şekeri (diyabet) olan onu yemesin bunu yemesin tatlı yemesin acı yemesin deniyor ama yok ben her şeyi yiyorum. Doktorlarım bana diyet listeyi veriyor vallahi uymuyorum (gülme). Verdikleri kâğıdı bırakıyorum bir kenara, dediklerini yemiyorum.” (2, K, 72)*

*“Abur cubur çok yiyoruz, sigara içiyoruz, ondan kendi kendimize zarar veriyoruz. İşte dikkat edemiyoruz...” (8, E, 65)*

*“Beslenmeye dikkat etmek gerek ama ben hiç etmiyorum. Her şey hoşuma gidiyor o yüzden her şeyden yiyorum. O yüzden hiç dikkat edemiyorum (gülme). Beslenmeye hele hiç dikkat etmiyorum. Mesela yağlı yiyorum, tuzlu yiyorum. Bana yeme diyorlar bunu, mesela şekerli de çok yiyorum ama onu yiyince biraz kötü oluyorum. Ben mesela yağlı yerim, tuzlu yerim...” (15, K, 65)*

*“Tuzlu yemememiz lazım, yağlı yemememiz lazım...İşte bunları da ben çok yiyorum ya. Başka, kızartma falan çok yiyorum ben, tuzlu da yiyorum. Tansiyonum var bide benim.” (22, K, 65)*

#### **4.2.2.2. Yürüyüş yapamıyorum**

Çalışmaya katılan birçok katılımcı, düzenli yürüyüş yapamadıklarını, yürüyüş için zaman ve ortamlarının olmadığını ifade etmişlerdir.

*“Özel olarak yürüyüşe çıkmıyorum. Bana yararlı olduğunu biliyorum ama yapamıyorum. İşte böyle markete şuraya buraya ihtiyacımız oldukça hareketliyim, giderim. Ama öyle sabah akşam düzenli yürüyüşüm yok.” (3, K, 65)*

*“Haftada 1-2 gün anca düzenli (yürüyüş) olarak yapabiliyorum. O da yani haftada dediğim gibi bir iki gün, anca öyle her gün desem yalan olur yani yapamıyorum. Yani bir saat falan yürüyorum yürüdüğüm zaman işte. O da nasıl biliyor musun? ...öyle torunu falan okula getirip götürüyorsun işte. Markete gidiyorum biraz ileriye gidip işte yürüyüş yapıyorum öyle. Fazla öyle yürüyüş falan yapamıyorum kızım. Zaten yürüsen de yürüyüş alanı yok ki burada.” (8, E, 65)*

*“Bu yaştan sonra da ne bileyim hocam gerek yok bunlara yürüyüşe falan... Tek başıma çıkıp da yürüyemiyorum ki. Evde oturup duruyoruz, yine toruna baktığım için arada bir*

*gidip geliyorum pazara falan anca gidebiliyorum işte öbür türlü bişey yapamıyorum. Bir gün çıksam 3 gün çıkamıyorum. Yürüyünce kötü olmasam aslında bir çıkıp hava almak isterim...” (15, K, 65)*

*“Valla düzenli olarak yürüyüş yapmıyorum. İşte yaz gün oldu mu beş vakit camiye namaza gidiyorum, bana biraz yetiyor.” (17, E, 76)*

*“Nadir yaparım ya yürüyüş... ama çocuk eve bisiklet gibi bir alet getirdi. Ona bile eriniyorum binmeye. Yapabilsem çok iyi işte de... Bide bizim hiç böyle çıkıp da yürüyüş yapacağımız bir alanımız yok ki. Her yer burada yokuş. Gelirken de yokuş, giderken de yokuş.” (22, K, 65)*

#### **4.2.2.3. Sağlık kontrollerimi ihmal ediyorum**

Bazı yaşlı bireyler düzenli sağlık kontrolü yaptırmadıklarını ancak hasta oldukları zaman doktora gittiklerini ifade etmişlerdir.

*“İhtiyaç duyduğumuzda (aile hekimine) başvuruyoruz (gülme). Hastalandığımızda geliyoruz sağlık ocağına falan tabii.” (5, E, 65)*

*“İlaçlarım bittiği zaman geliyorum. Sadece hasta olduğum zaman geliyorum. Doktora muayene oluyorum, tarama falan oluyor, onlar çağırıyorlar, onları yaptırıyorum böyle.” (10, E, 70)*

#### **4.2.3. Gelecek kaygısı**

##### **4.2.3.1. Yük olmamak**

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler, sağlıklı yaşlanmak ve başkasına bağımlı olmamak için sağlığı geliştirici davranışları yerine getirilmesi gerektiğini ifade

etmişlerdir. Bunu “muhtaç olmamak”, “elden ayaktan düşmemek” kavramlarıyla ifade etmişlerdir.

*“Kimse el ayaktan düşmesin buna kendim dahil. Ölene kadar Allah kimseyi el ayaktan düşürmesin istiyorum. Yaşlılar ihtiyaçlarını karşılasın istiyorum. Bunlar hep hayatım, sağlığım için. İlerde perişan olmamak lazım. İnsan yükü ağırdır. Ne kadar çocukların severse sevsin fark etmez.” (1, E, 65)*

*“İnsan sağlıklı olursa mesela bir işe yaradığını hissediyorsun. Mesela bişeyler yapabiliyorsun yani ele ayağa düşmüyorsun, kimseye yük olmuyorsun dimi başkalarına da yük olmuyorsun bence en güzel şey bu. Ee sağlıksız olduğum zaman ona buna çocuklarıma evlatlarıma yük oluyorum. Yani yük olmak istemem kimseye.” (2, K, 72)*

*“Kendi ihtiyaçlarımı kendim görebilmem için, başkasına yük olmamam devlete fazla yük olmamam, başkasına yük olmamak için de kendi sağlığıma iyi bakmam gerekir.” (11, E, 65)*

*“O zaman sağlığına dikkat etmezsen kula kulluk yapmak zor. Kim bakacak o zaman sana? En azından çocuğun oldu mu bakar diye düşünüyorsun. Allah hiç kimseyi kimseye muhtaç etmesin. Yaşım 65 olmuş ama tabi hiçbir kul kula muhtaç olmasın aman Allah korusun. Hocam işte sağlığı geliştirmek gerekir, başkasına muhtaç olmamak için...” (15, K, 65)*

Yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışların maddi yükü azaltabileceğini de dile getirmiştir. Katılımcılar sağlığı geliştirici davranışların uzun dönemde sağlık harcamalarını azaltmaya etkisi olabileceğini ifade etmiştir.

*“Sağlık açısından düşündüğümde de bunların (yürüyüş yapma) iyi olduğunu biliyoruz ama maddi olarak da cebime kalsın istiyorum yani (gülme).” (5, E, 65)*

*“Eğer hareket etmezsen ne oluyor işte ilaç yazılıyor, ilaçlara para veriliyor bir sürü masraf. Bunlar da tabii hepsi sıkıntı. İşte ne oluyor hareket etmezsen yürümezsen, böyle harcamalarımız artıyor.” (10, E, 70)*

*“Ekonomik şartlarımızı da etkilememek için önemli. Eğer sağlıksız yaşıyorsam da kendime ekonomik olarak yük katmış olurum. Onun için bunların önemli olduğunu düşünüyorum.” (11, E, 65)*

*“Şimdi bu durum para açısından da önemli. Tabii hiç kimseye karşı yük olmak istemem.” (12, K, 65)*

#### **4.2.3.2. Sağlıklı olmak**

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin tamamına yakını, sağlıklı olmak, hasta olmamak ve iyi hissetmek için sağlığı geliştirici davranışların yerine getirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

*“İnsanın sağlığı olmadıktan sonra hiç şeyin kıymeti yok. O zaman hasta olmamak için de dikkat edilmeli. İşte dünya senin olsa da işe yaramaz. Bence sağlığı geliştirmek her şeye yararlı olur. En azından sağlığımıza yararlı olur yani. Kendimizi iyi hissetmemize yararı olur.” (5, E, 65)*

*“Kaslarımız zayıflarsa, kemiklerimiz zayıflarsa, çöküntüye gideriz, hasta oluruz, bunun için önce lifli gıdalar ve yeşil sebzeler bunları tüketmek gerekir. Kendimde her gün hastalık aramamak için önemlidir. Acaba bugün hasta olacak mıyım rahatsız olacak mıyım bu düşünceden kurtulmak için sosyal faaliyetlere spor aktivitelerine beslenme düzeyine dikkat etmem gerekir diye düşünüyorum.” (11, E, 65)*

*“Yaşamak için, hasta olmamak için dikkat edersin. Eğer ben sağlığıma iyi bakarsam daha az hastalanırım. Sağlığımızı geliştirmek için sağlıklı yaşamamız gerekir.” (12, K, 65)*

#### 4.2.3.3. Rol model olmak

Çalışmaya katılan bazı yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışların, çocuklara ve torunlara örnek olmak için yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

*“Mesela ben sağlıklı olursam çocuklarımın benden ibret almasını isterim. Benden tecrübe, örnek alsınlar.” (14, E, 70)*

*“Çocuklarda bize bakıp bizi örnek alıyorlar. Torunlarım da aynı şekilde biz ne yaparsak onlar da aynısını yapar.” (21, E, 72)*

#### 4.2.4. Zorunda kaldım

##### 4.2.4.1. Kronik hastalık tanısı almak

Yaşlı bireylerin büyük bir kısmı kronik hastalıkları nedeniyle yürüyüşe başladıklarını ve beslenmelerine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir.

*“Önceden sağlıklı beslenmiyordum. Herhâlde fazla hasta olmadığım için belki biraz da farkında değildim. Şimdi bakıyorum gerçekten beslenme çok önemli. Gençliğimden beri hastayım...” (2, K, 72)*

*“Hastalıklar beni etkilediği zaman bunları (yürüme, beslenme) yapmam gerektiğini anladım...” (4, E, 65)*

*“İki ayağımı alçıya aldılar, o alçıyı çıkarttıktan sonra işte kendim harekete başladım. O hareketleri egzersizleri yapmaya çalıştım.” (10, E, 70)*

*“Hastalıklar böyle üst üste gelince kendime daha iyi bakmaya başladım. Önceden çok bu kadar dikkate almıyordum. Ameliyatlardan sonra daha dikkat etmeye çalışıyorum. Bu yüzden de hem yememe içmeme dikkat ettim hem de yürüyüşe falan başladım. İşte hastalıklar çok oldukça sağlığıma dikkat etmeye başladım. Bunları yeniden yaşamak istemiyorum bunun için önemli, bu yüzden sağlığıma iyi bakmam gerek.” (12, K, 65)*

#### **4.2.4.2. Stresten kurtulmak**

Yaşlı bireylerden bazıları stresle başa çıkmak ve rahatlamak için yürüyüşe başladıklarını ifade etmişlerdir.

*“Dışarı çıktığım zaman bir nebze siliniyor bazı şeyler kafamdan ama evde olduğum zaman sürekli düşünüp stres oluyorum.” (3, K, 65)*

*“Yani bu yürüyüşleri falan mecbur yapmak zorundayız. Ben yürümeyip evde oturup ne yapcam? Ya hanımla tüm gün kavga ederim ya da çocuklarla kavga edicem, sonra iyice strese girerim. Ben de ne yapıyorum, çıkıyorum öyle dışarı yürüyorum, kafamı dinliyorum.” (16, E, 65)*

*“O (eşi) öldüğünde biraz stres oldum, iyice sıkıldım. Sonra kendi sağlığıma bakmak zorunda hissettim, yalnız kaldım bi anda. Yürüyüş yapmaya başladım işte. Kendime dikkat edeyim dedim, kendimce arada yürüyüş yaparak stres atmaya çalışıyorum.” (17, E, 76)*

#### **4.2.5. İyi ki varlar**

##### **4.2.5.1. Aile desteği**

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin tamamına yakını eşinden, çocuklarından, torunlarından, akrabalarından destek gördüklerini ifade etmişlerdir.

*“Çocuklarım destek oluyor, eşim de çok destek oluyor bu konuda. Yürüyüşe gittik mi mesela beraber gideriz eşimle. Çocuklarım da destek verir, eşim de destek verir, kızlarım özellikle destek verir...” (6, K, 65)*

*“Aslında akrabalarım yardımcı ve destek oluyorlar. Tabii tabii, çocuklarım her zaman her an için destek olurlar.” (9, E, 73)*

*“Evdeki aile bireyleri zaman zaman destek olurlar. İnsanı teşvik ediyorlar. Diyorlar belli bir yaşa geldiniz artık kendinizi iyi hissetmeniz için spor faaliyetlerinden faydalanın, yürüyüşlerinizi eksik etmeyin, bunlara devam edin beslenme düzeninize dikkat edin... Bunlar aile bireyleri içerisinde çocuklarımızla konuştuğumuz konular. İşte ailemiz, eşimiz, çocuklarımız... Beraber yürüyüşe gitmemiz olsun veya evde egzersiz yapmamız olsun bu konuda birbirimize desteğimiz oluyor.” (11, E, 65)*

*“Başka çocuklarım destek olur. Oğlum falan olur, bize bisiklet falan aldı eve, spor yapın diye...” (22, K, 65)*

#### **4.2.5.2. Arkadaş desteği**

Yaşlı bireylerin bir kısmı arkadaş ve komşularının teşvikiyle yürüyüşe başladıklarını ifade etmiştir.

*“Komşularım var mesela onlar hadi gidelim yürüyüşe çikalım derler.” (3, K, 65).*

*“Arkadaşlarım yürüyorlardı onlara bakarak ben de yürümeye başladım. Yürüyüşe başladıktan sonra arkadaşlarım da arttı. Bu da beni daha motive etti. Çevrem çoğaldı...” (12, K, 65)*

*“Mesela insan sağlıklı yaşadıkça, milletin içine çıktığımda dostum, ahbablarım artıyor...onlarla falan daha iyi anlaşmamı sağlıyor.” (17, E, 76)*



#### 4.2.6. Olanağım yok

##### 4.2.6.1. Ekonomik sıkıntılar

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden biri, ekonomik sıkıntılarının sağlıklı beslenmede önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir.

*“Başka etkileyen unsurlar ise insanın ekonomik şartları. Maddi sıkıntılar da insanı rahatsız eder. Çalışırken ki ekonomik şartlar ile emekli olduktan sonraki şartlar biraz farklı. Eğer ekonomik düzeyin zayıfsa yani sağlığı etkileyecek unsurlara yeterli ekonomini ayıramıyorsan bu da insanın yaşantısını etkiler. Sağlıklı beslenmek için sağlıklı mutfak lazım bunu da gelir düzeyi belirler.” (11, E, 65)*

##### 4.2.6.2. Spor yapacak tesis yok

Yaşlı bireylerin bir kısmı spor yapacak tesisler olmadığı için fiziksel aktivite yapamadıklarını ifade etmiştir.

*“Devlet bize güzel bir imkân verse çok daha güzel olurdu. Özellikle yaşlılar için yapılırsa çok güzel olurdu. Özellikle bizim yaştaki yaşlılar için böyle bi imkân yok. Olursa mesela yaşlılara göre bi spor salonu ya da bi alan park bi fırsat olsa çok iyi olurdu. Oysa imkânımız olsa yerimiz (yürüyüş parkı) olsa çok güzel olurdu.” (2, K, 72)*

*“Yürüyüş alanlarını düşünelim, bence hiç yeterli değil. Onlardan (yürüyüş parkuru) daha iyi faydalanabilmemiz ortamların bize ayrılması gerektiğini düşünüyorum. Yürüyüş alanların yumuşak olması gerekir. Sonra yürüyüş alanlarında da engellerin olmaması gerekir.” (11, E, 65)*

*“Bide bizim hiç böyle çıkıp da yürüyüş yapacağımız bir alanımız yok ki. Her yer burada yokuş. Gelirken de yokuş, giderken de yokuş.” (22, K, 65)*

#### 4.2.7. Çok daha iyiyim

Çalışmamıza katılan birçok yaşlı birey yürüyüş ve spor yaptıkları zaman kendilerini daha dinç ve daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir.

##### 4.2.7.1. Daha dinç hissediyorum

*“Daha sağlıklı, daha dinç, daha güzel, daha düzenli, daha cıvı cıvı, daha pozitif oluyorum. Kendimi iyi hissediyorum. Gerçekten böyle... baktım kendime geliyorum, baktım kemiklerim hareket etmeye başlıyor açılıyor... enerjide oluyorum bunlar iyi geliyor bana.” (7, K, 66)*

*“Daha dinç oluyorsun, kendimi daha iyi, daha güzel, daha mutlu hissediyorum, daha çok sevinçleniyorum. Aktif olunca kendimi daha iyi hissediyorum.” (9, E, 73)*

*“Vallahi bunları yapınca hocam, kendimi çok dinç, huzurlu hissediyorum.” (17, E, 76)*

*“O zamanlar, yürüdüğüm zaman kendimi daha dinç, daha zinde, daha huzurlu hissedirdim. Tabii yürüdüğün zaman kendini daha dinç hissediyorsun.” (19, E, 70)*

*“Rahatım, sağlığım yerinde oluyor... Devamlı oturup da bişey yapmazsan, yürümezsen, mutsuz olursun. İnsanın moralini düzeltir. Ben mesela 72 yaşındayım yürüyüş yapınca, 20 yaşında gibi oluyorum (gülme). Kendimi çok dinç, sağlıklı hissediyorum.” (21, E, 72)*

#### 4.2.7.2. Daha iyi hissediyorum

*“Bunları (beslenme, yürüyüş) yapma da ben kendi şahsıma söylüyorum yürüdüğüm zaman biraz açılıyorum. Yani kendimi rahat hissediyorum, daha zinde hissediyorum mesela moralim yükseliyor.” (4, E, 65)*

*“Mesela yürüyüş falan yaptığımda o gün kendimi daha iyi hissederim, daha mutlu ve huzurlu hissederim. Mesela moralim daha iyi ve yerinde olur. Kendime dikkat ettiğimde, yürüdüğümde, yememe içmeme dikkat ettiğimde kendimi çok iyi, mutlu, şen hissederim.” (13, K, 67)*

## 5. TARTIŞMA

Çalışma sonucunda yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerine yönelik bulgular yedi tema altında tartışılmıştır.

### 5.1. Dikkat Ediyorum

#### 5.1.1. Sağlıklı beslenme

Yapılan görüşmelerde katılımcıların tamamına yakını sağlıklı beslenmeyi sağlığı geliştirici davranışlardan biri olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Yaşlı bireyler bunu, sağlığı geliştirmek için yediğine içtiğine dikkat etmek gerekir şeklinde ifade etmişlerdir. Literatürde de bu çalışmanın bulgusu ile benzer şekilde sağlıklı beslenmenin yaşlı bireyler tarafından sağlığı geliştirici davranış olarak tanımlandığı görülmektedir. Bayık Temel vd (2009) yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin yarısından çoğu sağlıklarını korumak için beslenmelerine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Boggatz ve Meinhart (2017) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde yaşlı bireyler sağlıklı beslenmeyi, sağlığı geliştirici davranışlardan biri olarak tanımlamışlardır. Van Leuven (2010) tarafından yapılan çalışmada da yaşlı bireyler sağlığı geliştirmek için sağlıklı beslenmenin önemini vurgulamıştır. Yaşlı bireyler sağlıklı beslenme davranışlarını ise “daha az yemeye çalışmak, şeker, tuz ve yağ miktarını azaltmaya çalışmak” şeklinde ifade etmişlerdir. Yaşlı bireylerin ifadesine göre şeker, tuz ve yağ miktarını azaltma çabası içinde oldukları anlaşılmaktadır. Boggatz ve Meinhart (2017) tarafından yapılan nitel çalışmada yaşlı bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarının dengeli ve ölçülü yeme alışkanlığı olduğu vurgulanmıştır. Sağlıklı beslenmenin sağlığın ve yaşam

kalitesinin korunması ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Çağlayan ve Yılmaz 2016, Boateng ve Jeptanui 2016). Bu nedenle yaşlı bireylerin sağlıklı beslenme davranışı kazandırmak için sağlıklı beslenme algı ve deneyimlerinin öğrenilmesi önemlidir.

### 5.1.2. Yürüyüş yapmak

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu fiziksel aktiviteyi sağlığı geliştirici davranış olarak tanımlamıştır. Pender (1987) tarafından da fiziksel aktivite ve egzersiz, sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarından biri olarak tanımlanmıştır (Pender 1987). Belza vd (2004) yaptığı çalışmada da bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde fiziksel aktivite sağlığı geliştirici davranışlar arasında sayılmıştır. Yaşlı bireylerin bu tanımlamaları fiziksel aktivitenin sağlığı geliştirmedeki önemini farkında olduklarını göstermektedir. Bunun yanında katılımcıların birçoğu yürüyüş yaptıklarını ifade etmiştir. Fakat yapılan görüşmelerde katılımcıların çoğunun markete, camiye gitmeyi düzenli yürüyüş yapmak olarak algıladıkları belirlenmiştir. Boggatz ve Meinhart (2017) tarafından yapılan nitel çalışmada da yaşlı bireylerin ev işi, bahçede çalışmak ve alışveriş yapmak gibi aktiviteleri fiziksel aktivite olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerinin sağlığı geliştirici davranış olarak algılanması üzerinde durulması gereken bir bulgudur. Çünkü literatür düzenli yürüyüş ve egzersiz programların yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumlu etkilediğini bildirmektedir (Lima vd 2009, Mura vd 2014, Awick vd 2015, Komatsu vd 2017). Yaşlı bireylerin düzenli yürüyüş olarak adlandırdıkları alışverişe gitmek, camiye gitmek, ev işi yapmak gibi aktivitelerin ise yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin fiziksel aktiviteden ne anladıkları, fiziksel aktivite süre ve sıklığının değerlendirilmesi önemlidir.

### 5.1.3. Stres yönetimi

Çalışmaya katılan bazı yaşlı bireylerin stres yönetimini sağlığı geliştirici davranış olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Yapılan görüşmelerde yaşlı bireyler, sağlığı geliştirmek için stresten uzak durulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Stres yönetimi Pender tarafından da sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarından biri olarak tanımlanmıştır (Pender 1987). Bu çalışmada yaşlı bireylerin ifadeleri incelendiğinde; stres yönetimini stresten kaçınma olarak tanımladıkları görülmektedir. Bazı katılımcılar stresle başa çıkmak için dışarı çıkıp yürüyüş yaptıklarını ifade

etmişlerdir. Daha önce yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını inceleyen nitel çalışmalarda (Costello vd 2011, Bethancourt vd 2014, Janssen ve Stube 2014) stres yönetimine ilişkin bulguya rastlanılmamıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici yaşam tarzının değerlendirildiği çalışmalarda stres yönetimi alt boyut puanı diğer alt boyutlardan daha düşük bulunmuştur (Stockert 2000, Korkmaz Aslan vd 2017, Rababa vd 2020, Iddrisu vd 2020). Literatürden farklı olarak bu çalışmada yaşlı bireylerin sağlığın geliştirilmesi için stresten kaçınılması gerektiğini ifade etmelerinin nedeni stres yaşamaları olabilir.

#### **5.1.4. Sağlık sorumluluğu**

Yaşlı bireyler düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve düzenli ilaç kullanımını sağlığı geliştirici davranış olarak tanımlamışlardır. Tıbbi kontrollerin yaptırılması ve tıbbi tedaviye uyum sağlama, yaşlı bireylerin sağlık sorumluluğu aldıklarını gösteren davranışlardır. Sağlık sorumluluğu Pender tarafından da sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarından biri olarak tanımlanmıştır (Pender 1987). Van Leuven (2010) tarafından yaşlı bireylerle yapılan çalışmada da sağlık kontrolü yaptırmak sağlığı geliştirici davranış olarak tanımlanmıştır. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (Bahar vd 2008, Roomaney vd 2017). Literatürde sağlık sorumluluğu yüksek bireylerin uygun tıbbi tedaviyi zamanında aldığı ve sağlık profesyonellerin önerilerine bağlı kaldıkları bildirilmektedir (Iddrisu vd 2020). Iddrisu vd (2020) Malezya'da yaptıkları çalışmada; sağlık sorumluluğuna sahip yaşlı bireylerin uygun tıbbi tedaviyi zamanında aldığı ve sağlık uzmanlarının önerilerine bağlı kaldıkları belirtilmiştir. Sağlık sorumluluğunu sağlığı geliştirici davranışlardan biri olarak tanımlamalarına karşın yaşlı bireylerle yapılan görüşmelerde daha çok kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçları yazdırmak, kolesterol ve kan şekeri kontrollerini yaptırmak ya da sadece şikayetleri olduğu zaman doktora gittikleri belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin periyodik kontroller ve sağlık taramaları için de sağlık kurumlarına başvurmaları teşvik edilmelidir.

## **5.2. Sağlığımı Yönetemiyorum**

### **5.2.1. Diyetime uyamıyorum**

Bazı yaşlı bireyler beslenmeleriyle ilgili önerilere uyma konusunda ve sağlıklı beslenmeyi alışkanlık haline getirme konusunda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Yaşlı bireyler tuzu, şekeri ve yağı azaltmak konusunda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde de yaşlı bireylerin beslenmelerine ilişkin sınırlamalara uymada güçlük çektiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Li vd 2005, Sönmez vd 2007, Rasool 2016, Iddrisu vd 2020, Rababa vd 2020). Yaşlı bireylerin beslenmelerinde yüksek lif alımını arttırmaları, şeker ve tuzu azaltmaları, sıvı alımını arttırmaları sağlığın ve yaşam kalitesinin korunmasına destek sağlar (Boateng ve Jeptanul 2016). Bu nedenle yaşlı bireylere sağlıklı beslenme davranışı kazandırılması önemlidir.

### **5.2.2. Yürüyüş yapamıyorum**

Birçok yaşlı birey düzenli yürüyüş yapamadıklarını, yürüyüş için zaman ve ortamlarının olmadığını ifade etmiştir. Bazı yaşlı bireylerin ise alışverişe, eczaneye gitme gibi aktiviteleri de düzenli yürüyüş yapma olarak algıladığı görülmüştür. Daha önce yapılan nitel çalışmalarda da bazı yaşlı bireyler hiç egzersiz yapmadığını veya sedanter bir yaşamları olduğunu ifade etmişlerdir (Costello vd 2011, Bethancourt vd 2014). Türkiye’de yapılan nicel çalışmalarda da yaşlı bireyler arasında fiziksel aktivite yapma sıklığının yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2013, Lök ve Lök 2016, Yuvakgil 2017). Fiziksel aktivite ve egzersiz sağlıklı yaşlanmayla yakından ilişkilidir (Demirtaş vd 2017). Hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde de öncelikli sağlık davranışlarından biridir (Nelson 2007). Bu çalışmanın bulgusu yaşlı bireylerin fiziksel aktivite seviyesini iyileştirilmesi gereksinimini ortaya çıkartmaktadır.

### **5.2.3. Sağlık kontrollerimi ihmal ediyorum**

Bu çalışmada bazı yaşlı bireyler düzenli sağlık kontrolü yaptırmadıklarını ancak hasta olduklarında doktora gittiklerini ifade etmişlerdir. Sağlık sorumluluğunun yanı sıra

sağlık kurumlarının erişilebilirliği, sosyo-ekonomik faktörler ve yaşlı bireyin fonksiyonel kapasiteleri düzenli doktor kontrolüne gitmelerini etkilemiş olabilir. Bu nedenlerle bazı yaşlı bireyler düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırdıklarını ifade ederken bazı yaşlı bireyler yaptıramadıklarını ifade etmiştir.

### **5.3. Gelecek Kaygısı**

#### **5.3.1. Yük olmamak**

Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerin çoğu başkasına bağımlı olmamak için sağlığı geliştirici davranışları yerine getirdiklerini ifade etmiştir. Yani yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarla ilgili sonuç beklentileri başkasına bağımlı olmamaktır. Bunu “muhtaç olmamak”, “elden ayaktan düşmemek” kavramlarıyla ifade etmişlerdir. Bandura (2004) davranış değişikliğinde sonuç beklentisinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Sonuç beklentisi, bireyin yapacağı davranış değişikliğinin kendisini olumlu bir sonuca götüreceğini değerlendirmesidir (Bandura 2004). Daha önce farklı ülkelerde yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili sonuç beklentilerinin belirlendiği nitel çalışmalarda; başkasına bağımlı olmamak sonuç beklentileri arasında yer almamıştır (Levy ve Aberg 2010, Costello vd 2011, Bethancourt vd 2014, Boggatz ve Meinhart 2017). Bu çalışmada başkasına bağımlı olmamak için sağlığı geliştirici davranışları yaptıklarını ifade edilmesinin nedeni; yaşlı bireylerin gelecekteki bakımlarına ilişkin endişe duymaları olabilir. Geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması ve kadının çalışma hayatına girmesi gibi nedenlerle yaşlı bireyin bakımının aile tarafından sağlanması güçleşmiştir. Ülkemizde yaşlının aile dışındaki bir kurumda bakılması yaşlı açısından kolay kabul edilebilir bir durum değildir (Kalınkara 2014). Bu nedenle ülkemizde yaşlı bireylerin başkasına bağımlı olma kaygılarının daha fazla olabileceği düşünülmüştür.

#### **5.3.2. Sağlıklı olmak**

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin bir kısmı sağlıklı olmak, hasta olmamak ve iyi hissetmek için sağlığı geliştirici davranışların yerine getirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Janssen ve Stube (2014) tarafından ABD’de 15 yaşlı bireyin fiziksel aktiviteye ilişkin



algılarını belirlemek amacıyla yapılan nitel çalışmada da yaşlı bireyler sağlıklarının daha iyi olması ve daha iyi hissetmek için fiziksel aktivite yaptıklarını ifade etmişlerdir. Yine Berthancourt vd (2014) tarafından ABD’de 52 yaşlı birey ile yapılan nitel çalışmada da beklenen sonucun, sağlığın daha iyi olması ve daha iyi hissetmek olduğu ifade edilmiştir. Costello vd (2011) tarafından 60 yaşlı birey ile yapılan odak grup görüşmesinde de yaşlı bireyler sağlıklarının daha iyi olması ve iyi hissetmek için fiziksel aktivite yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın bulgusunun literatürle benzer olduğu görülmektedir.

### **5.3.3. Rol model olmak**

Bu çalışmaya katılan bazı yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışları; çocuklarına ve torunlarına örnek olmak için yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam tarzı davranışları ile ilgili yapılan nitel çalışma bulguları incelendiğinde beklenen yarar algısı altında benzer ifadelere rastlanmamıştır (Levy ve Aberg 2010, Costello vd 2011, Bethancourt vd 2014, Janssen ve Stube 2014, Boggatz ve Meinhart 2017). Literatürden farklı olarak bu çalışmada beklenen yararın çocukları ve torunlarına örnek olmak şeklinde ifade edilmesinin nedeni; yaşlı bireylerin çocukları ve torunlarıyla birlikte yaşamaları olabilir.

## **5.4. Zorunda Kaldım**

### **5.4.1. Kronik hastalık tanısı almak**

Bazı yaşlı bireyler kronik hastalık tanısı aldıktan sonra yürüyüşe başladıklarını ve beslenmelerine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Kronik hastalıkların prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır (Chernoff 2001, Grundberg 2015). Sağlıklı beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivitenin, genel sağlığı geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak için hayati önem taşıdığı bilinmektedir (Jung 2014). Literatürde yaşlı bireylerde sağlığı geliştirici davranışları başlatan faktörlerin de incelendiği birkaç nitel çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan Berthancourt vd (2014) tarafından ABD’de 52 yaşlı birey ile yapılan nitel çalışmada ve Costello vd (2011) tarafından 60 yaşlı birey ile yapılan odak grup görüşmesinde de yaşlı bireyler hastalıkları nedeniyle sağlığı

geliştirici davranışlara başladıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalar sağlığı geliştirici davranışların kronik hastalık gelişimini azaltmanın yanında kronik hastalıkların sonuçlarını da hafiflettiğini göstermiştir (Buffart vd 2015, Mofrad vd 2016, Feng vd 2020). Bu nedenle yaşlı bireylerin kronik hastalık nedeniyle sağlığı geliştirici davranışlara başlamaları beklenen bir bulgudur.

#### **5.4.2. Stresten kurtulmak**

Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerden bazıları stresle başa çıkmak ve rahatlamak için yürüyüşe başladıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Kwong ve Kwan'ın (2004) Hong Kong'da yaptığı nitel çalışmada; yaşlı bireylerin stresi azaltmak için yürüyüş ve egzersiz yaptıkları belirlenmiştir. Bu bulgu sağlığı geliştirici davranışların yaşlı bireylerin ruh sağlığının korunmasında da önemli olabileceğini göstermektedir. Yaşlı bireylerin sağlığını geliştirici çalışmalarda bu bulgular da göz önünde bulundurulmalıdır.

### **5.5. İyi ki Varlar**

#### **5.5.1. Aile desteği**

Bazı yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışlarının eşleri, çocukları veya torunları tarafından desteklendiğini ifade etmiştir. Yapılan görüşmelerde eşlerin yürüyüşe eşlik etmesi destekleyici bir faktör olarak belirlenmiştir. Erkek katılımcılardan biri ise diyetine uyum konusunda eşinin destek olduğunu ifade etmiştir. Çocukları ve torunlarının desteğini ise fiziksel aktivite yapmaları ve sağlıklı beslenmeleri konusunda uyarıda bulunma şeklinde ifade etmişlerdir. Li vd (2013) tarafından Çin'de yaşlı bireylerin fiziksel aktivite ile ilgili algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da yaşlı bireyler aile üyeleri tarafından desteklendiğini ifade etmişlerdir. Berthancourt vd (2014) tarafından ABD'de 52 yaşlı birey ile yapılan nitel çalışmada da bireyler aile üyeleri tarafından desteklendiklerini ifade etmişlerdir. Sağlığı geliştirici davranışlara başlama ve sürdürülmesinde aile desteğinin önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme çalışmalarında aile desteği göz önünde bulundurulması gereken bir faktör olarak düşünülebilir.

### 5.5.2. Arkadaş desteği

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin bir kısmı, arkadaş ve komşularının teşvikiyle yürüyüşe başladıklarını ifade etmiştir. Jenkin vd (2016) tarafından Avustralya'da 50 yaş üstü 49 kişi ile sekiz odak grup görüşmesi ve 50 yaş üstü 1296 kişi ile de anket çalışması yapılmıştır. Çalışmaya katılan bazı katılımcılar arkadaşlarının teşvikiyle spor yapmaya başladığını belirtmiştir. Benzer şekilde Costello vd (2011) tarafından 60 yaşlı birey ile yapılan odak grup görüşmesinde de yaşlı bireyler arkadaşları tarafından desteklendiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca Li vd (2005) tarafından Tayvan'da yapılan çalışmada çevre etkileşimi ve sosyal desteğin sağlığı geliştirici davranışları olumlu etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada komşuların da destekleyici faktör olarak algılanması bulgusunu destekleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun nedeni ülkemizdeki mahalle kültürü ile ilişkili olabilir. Aynı mahallede oturan arkadaşlar komşu olarak adlandırılmıştır.

### 5.6. Olanağım Yok

#### 5.6.1. Ekonomik sıkıntılar

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden biri ekonomik sıkıntıların sağlıklı beslenmede önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir. Berthancourt vd (2014) tarafından ABD'de 52 yaşlı birey ile yapılan nitel çalışmada katılımcılar ekonomik sıkıntılar nedeniyle fiziksel aktivite programına devam edemediklerini bildirmiştir. Janssen ve Stube (2014) tarafından ABD'de 15 yaşlı bireyin fiziksel aktiviteye ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yapılan nitel çalışmada da ekonomik sıkıntılar engel olarak belirtilmiştir. Daha önce yapılan birkaç çalışmada da sağlığı geliştirici davranışlar ile sosyo-ekonomik düzey arasında ilişki bulunmuştur (Conklin vd 2013, Bernardelli vd 2020). Rababa vd (2020) Ürdün'de 220 yaşlı birey ile yaptığı çalışmada yüksek gelirlili yaşlı bireylerin, fiziksel aktivite ve beslenme düzeyi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Pioreschi vd (2020) çalışmasında kadınlarda fiziksel aktivite seviyeleri ölçülmüş ve egzersiz davranışları ile gelir düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu

bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara katılımını arttırmak için gelir durumlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

### 5.6.2. Spor yapacak tesis yok

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin bir kısmı spor yapacak tesisler olmadığı için fiziksel aktivite yapamadıklarını ifade etmiştir. Janssen ve Stube (2014) tarafından yapılan nitel çalışmada da spor tesislerine ulaşım güçlüğü fiziksel aktivitenin sürdürülmesi için engel olarak bildirilmiştir. Benzer şekilde Berthancourt vd (2014) ve Costello vd (2011) tarafından yapılan çalışmalarda uygun sağlığı geliştirici programların olmaması engel olarak dile getirilmiştir. Jenkin vd (2016) tarafından Avustralya'da yapılan çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılarak yaşlı bireylerin yaşlarına uygun spor yapabilecekleri kulüp ve tesislerin yetersiz olduğu ve bunların yaygınlaştırılması gerektiği vurgulanmıştır. Iddrisu vd (2020) Malezya'da sağlığı geliştirme davranışlarının yaşlı sağlığına etkisini inceleyen çalışmasında yaşlı bireylere özel spor tesisleri ve yaşlı bireylere uygun sosyal park alanlarının yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu bulgular, özellikle fiziksel aktiviteyi arttırmak için ücretsiz ve kolay ulaşılabilir tesislerin kurulmasının gerekliliğini göstermektedir.

### 5.7. Çok Daha İyiyim

Yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışların sağlıkları üzerine etkilerini tanımlamak için bazı yaşlı bireyler daha iyi hissediyorum ifadelerini kullanırken bazıları ise daha dinç hissediyorum ifadesini kullanmıştır. Bazı yaşlı bireyler ise her iki ifadeyi birlikte kullanmıştır. Çalışmamıza katılan birçok yaşlı birey yürüyüş ve spor yaptıkları zaman kendilerini daha dinç ve daha iyi hissettiklerini belirtmiştir. Literatürde bu iki ifade birlikte değerlendirilmiştir. Jenkin vd (2016) tarafından Avustralya'da yaş ortalaması 60 olan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada, katılımcılardan biri spor yaptığı zaman kendini daha iyi hissettiğini ifade etmiştir. Goulmaris vd (2014) dans etkinliklerine katılan 290 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmada, dans aktivitelerine katılan yaşlı bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir. Mura vd (2014) tarafından İtalya'da yapılan randomize kontrollü çalışmada, 12 hafta boyunca günde 45 dakikalık egzersiz programına katılan yaşlı bireylerin psikolojik iyilik düzeyi ve yaşam kalitesi

daha yüksek bulunmuştur. Sağlığı geliştirici davranışlarla yaşam kalitesi arasında pozitif ilişkiyi gösteren tanımlayıcı çalışmalar da bulunmaktadır (Lima vd 2009, Awick vd 2015, Çağlayan ve Yılmaz 2016). Nicel çalışmalarda sağlığı geliştirici davranışlar ile yaşam kalitesi arasında bulunan ilişki bu çalışmada yaşlı bireyler tarafından da ifade edilmiştir. Bu bulgular sağlığı geliştirici davranışların yaşlı bireyin iyilik halini arttırdığını göstermesi açısından önemlidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimlerini belirlemek amacıyla nitel olarak yapılan bu çalışmanın bulgularına göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmada yaşlı bireyler sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğunu sağlığı geliştirici davranış olarak tanımlamıştır.
- Bazı yaşlı bireyler sağlıklarını geliştirmek için beslenmelerine dikkat ettiklerini, yürümeye çalıştıklarını, stresten uzak durmaya çalıştıklarını ve doktor kontrollerini yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Bazı yaşlı bireyler ise diyetlerine uymakta güçlük çektiklerini, yürüyüş yapamadıklarını ve sağlık kontrollerini ihmal ettiklerini belirtmişlerdir.
- Yaşlı bireyler, başkalarına yük olmamak, sağlıklı olmak, çocuk ve torunlarına rol modeli olmak için sağlığı geliştirici davranışların gerekli olduğunu ifade etmiştir.
- Bazı yaşlı bireyler kronik hastalık tanısı aldıktan sonra, bazıları ise stresten kurtulmak için sağlığı geliştirici davranışlara başladıklarını ifade etmiştir.
- Yaşlı bireylere sağlığı geliştirici davranışlara başlama ve sürdürmeleri için aile ve arkadaşlarının destek olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlı bireyler ekonomik sıkıntı ve spor yapacak tesislerin olmaması nedeniyle sağlığı geliştirici davranışları yapamadıklarını bildirmiştir.
- Yaşlı bireyler sağlığı geliştirici davranışların kendilerini daha dinç ve daha iyi hissettirdiğini ifade etmiştir.

## 6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşireler, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici davranış olarak tanımladıkları sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu davranışlarını değerlendirmelidir.
- Yaşlı bireylerin diyetlerine uymakta güçlük çekme, yürüyüş yapamama, sağlık kontrollerini ihmal etme nedenleri değerlendirilmelidir.
- Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler yaşlı bireyler için sağlığı geliştirme programları hazırlamalıdır. Bu konuda eğitim ve danışmanlık vermelidir.
- Yaşlı bireylerin sağlıklı ve aktif bir yaşam sürme, çocuk ve torunlarına rol modeli olma istekleri sağlığı geliştirme çalışmalarında motive edici faktörler olarak kullanılmalıdır.
- Sağlığı geliştirme çalışmalarında aile ve arkadaş desteğinden yararlanılmalıdır.
- Hemşireler ekonomik sıkıntı ve spor yapmak için uygun tesis bulunmamasının sağlığı geliştirici davranışlar için engel teşkil edebileceğinin farkında olmalıdır.
- Yürüyüş yolları, spor tesisleri ve park alanlarının yapılması için yerel yönetimlerle iş birliği yapılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelerin her biri ile ilgili algı ve deneyimlerin belirlemek amacıyla nitel çalışma yapılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. **Geriatrik Bilimler Dergisi** 2020; 3 (2): 75-80.

Ahmed K. Improving health literacy among elderly: The impact of low health literacy on health and well-being of older individuals. Doctoral Dissertation, **Arcada University**, Finlandiya, 2015, s.7-40.

Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. **Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics** 2019; 10 (3): 1-15.

Akgün Çıtak E. “Yaşlanmaya Bağlı Psikolojik Değişimler”, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 87-97.

Aksoydan E. Ankara’da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. **Turkish Journal of Geriatrics** 2006; 9 (3): 150-157.

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 2016; 15 (3): 181-189.

Anghel I, Vasile V. Ageing determinants of post-retirement participation in the labour market. **Romanian Journal of Economics** 2016; 43 (2 (52)): 61-79.

Arsenijevic J, Groot W, Tambor M, Golinowska S, Sowada C, Pavlova MA. Review of health promotion funding for older adults in Europe: A cross-country comparison. **BMC Health Services Research** 2016; 16 (5): 372-388.

Asante KB. Ageing and Chronic Diseases in Ghana: The case of akim oda. Doctoral Dissertation, **University of Ghana**, Gana, 2018, s. 1-14.

Ata EE. Hemşirelik eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2008, s. 45-60.

Awick EA, Wójcicki TR, Olson EA, Fanning J, Chung HD, Zuniga K. Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: A randomized controlled trial. **Quality of Life Research** 2015; 24 (2): 455-462.



Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. **Turkish Journal of Geriatrics** 2012; 15 (4): 424-33.

Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi** 2014; 7 (1): 59-67.

Bahar Z, Beşer, A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2008; 12 (1): 1-13.

Ballıel N. Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2009, s. 56-91.

Bandura A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior** 2004; 31 (2): 143-164. doi: 10.1177 / 1090198104263660.

Bardach SH, Schoenberg NE, Howell BM. What motivates older adults to improve diet and exercise patterns? **Journal of Community Health** 2016; 41 (1): 22-29.

Bardach SH. The nature and perceived influence of lifestyle discussions with older adults in primary care. Doctoral Dissertation, **University of Kentucky**, Lexington, 2013, s. 4-43.

Bayık Temel A, Altuğ Özsoy S, Uysal A, Ergül Ş, Vural B, Yıldırım B. Yaşlılarda sağlık anlayışı. **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi** 2009; 16 (16): 95-105.

Baysan NB. Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, **Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Manisa, 2008, s. 186-190.

Beattie BL, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. **American Journal of Health Promotion** 2003; 18 (2): 200-204.

Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. **Klinik gelişim** 2012; 25 (3): 1-3.

Belza B, Walwick J, Shiu-Thornton S, Schwartz S, Taylor M, LoGerfo J. Older adult perspectives on physical activity and exercise: Voices from multiple cultures. **Preventing Chronic Disease** 2004; 1 (4): 1-12.

Bernardelli LV, Pereira C, Kortt MA. The economic and social determinants of participation in physical activity in Brazil. **International Review of Applied Economics** 2020; 34 (2): 252-266.

Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. **Clinical Medicine & Research** 2014; 12 (1-2): 10-20.

Bilir N, Paksoy Erbaydar N. "Yaşlılık sorunları", Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, Eds. Güler Ç, Akın L, **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2015, s. 1528-1541.

Boateng N, Jeptanui N. Promoting healthy nutrition among the elderly living in a service home. Master's Thesis, **Centria University of Applied Sciences**, Kokkola- Finlandiya, 2016, s. 1-23.

Boggatz T, Meinhart CM. Health promotion among older adults in Austria: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26 (7-8): 1106-1118.

Borglin G, Edberg AK, Hallberg IR. The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies* 2005; 19 (2): 201-220.

Bosch-Capblanc X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 2: 1-6. vol. 2007:CD004808. [PMID: 17443556].

Bostan N. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2013, s. 8-18.

Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ* 2005; 331 (7531): 1548-1551.

Brand T, Gansefort D, Rothgang H, Röseler S, Meyer J, Zeeb, H. Promoting community readiness for physical activity among older adults in Germany—protocol of the ready to change intervention trial. *BMC Public Health* 2015; 16 (1): 1-6.

Browning GA. Health promotion and the older rural adult. Doctoral Dissertation, *The University of New Mexico*, Albuquerque ABD, 2011, s. 1-33.

Bryant C, Bei B, Gilson K, Komiti A, Jackson H, Judd F. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics* 2012; 24 (10): 1674-1683.

Buffart LM, Newton RU, Chinapaw MJ, Taaffe DR, Spry NA, Denham JW, Galvão DA. The effect, moderators, and mediators of resistance and aerobic exercise on health-related quality of life in older long-term survivors of prostate cancer. *Cancer* 2015; 121 (16): 2821–2830.

Çağlayan Ç, Yılmaz F. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2016; 20 (4): 129-140.

Campbell J, Aday RH. Benefits of a nurse-managed wellness program: A senior center model. *Journal of Gerontological Nursing* 2001; 27 (3): 34-43.

Casey D. Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16 (6): 1039-1049.

Chappell NL, Reid RC. Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist* 2002; 42 (6): 772-780.

Chen MY. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nursing* 1999; 16 (2): 125-132.

Chernoff R. Nutrition and health promotion in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2001; 56 (2): 47-53.

- Conklin AI, Maguire ER, Monsivais P. Economic determinants of diet in older adults: Systematic review. **J Epidemiol Community Health** 2013; 67 (9): 721-727.
- Costello E, Kafchinski M, Vrazel J, Sullivan P. Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. **Journal of Geriatric Physical Therapy** 2011; 34 (3): 138-147.
- Creswell JW, Hanson WE, Clark VLP, Morales A. Qualitative research designs: selection and implementation. **Couns Psychol** 2007; 35 (2): 236-264.
- Curl A, Thompson CW, Alves S, Aspinall P. Outdoor Environmental Supportiveness and Older People's Quality of Life: A Personal Projects Approach. **Journal of Housing for The Elderly** 2016; 30 (1): 1-17.
- Cutilli CC, Simko LC, Colbert AM, Bennett IM. Health literacy, health disparities, and sources of health information in us older adults. **Orthopaedic Nursing** 2018; 37 (1): 54-65.
- Davidhizar R, Eshleman J, Moody M. Health promotion for aging adults (CE). **Geriatric Nursing** 2002; 23 (1): 28-17.
- Dedeli Ö. "Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler/Sorunlar", Geriatrik Bakım İlkeleri, Eds. Kaptan G, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2013, s. 13-23.
- Demirtaş Ş, Güngör C, Demirtaş R. Sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite: Bireysel, psikososyal ve çevresel özelliklerin buna katkısı / Healthy aging and physical activity: The contribution of individual, psychosocial and environmental features to this. **Osmangazi Tıp Dergisi** 2017; 39 (1): 100-108. doi: 10.20515/otd.292504.
- Deneau J. Exploring the meaning of aging and physically active leisure in the lives of older canadian men: Directions for health promotion strategies, Doctoral Dissertation, **University of Windsor**, Kanada, 2018, s. 102-130.
- Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. **Nursing Research** 1996; 45 (1): 18-24.
- Engmann EB. *Place of residence and elderly health status in ghana*, college of humanities, Doctoral Dissertation, **University of Ghana**, Accra, Gana 2018, s. 1-15.
- Erdoğan S, Nahcihan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2014, s.403.
- Feng Z, Cramm JM, Nieboer AP. Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. **BMC Geriatr** 2020; 20: 299.
- Fenner DK. Health perceptions and health behaviors in the elderly age 65 and older. Doctoral Dissertation, **University of Michigan**, ABD, 2002, s. 2-17.
- Frenn M. Older adults' experience of health promotion: A theory for nursing practice. **Public Health Nursing** 1996; 13 (1): 65-71.
- Frey SM. Health promotion by nurses for older persons in hospitals. Tampere University Press. Doctoral Dissertation, **University of Tampere**, Tampere, 2018, s. 13-33.

Gardner PJ. The public life of older people neighborhoods and networks. Doctoral Dissertation, **University of Toronto Graduate Department of Public Health Sciences**, Canada, 2008, s. 6-11.

Garg S. Daily activity monitoring and health assessment of the elderly using smappee, Doctoral Dissertation, **University of Cincinnati**, ABD, 2016, s. 1-3.

Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. **Journal of the American Geriatrics Society** 2010; 58 (12): 2315-2322.

Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. Health promotion targeting older people. **BMC Health Services Research** 2016; 16: 345.

Golinowska S, Health promotion for older people in Europe. Health promoters and their activities. **Knowledge for Training** 2017; 15 (1): 20-33.

Gönülal A. Yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü**, İzmir, 2005, s. 3-21.

Goos NW. Health care utilization among elderly according to body mass index and risk of malnutrition. Master's Thesis, **University of Tromsø of Public Health Sciences**, Norveç, 2013, s. 1-3.

Goulmaris D, Mavridis G, Genti M, Rokka S. Relationships between basic psychological needs and psychological well-being in recreational dance activities. **Journal of Physical Education and Sport** 2014; 14 (2): 277.

Grundberg Å. Mental health promotion among community-dwelling seniors with multimorbidity: Perspectives of seniors, district nurses and home care assistants. Doctoral Dissertation, **Sophiahemmet University**, Stockholm Sweden, 2015, s. 1-25.

Gurung S, Ghimire S. Role of family in elderly care. Master's Thesis, **Lapland University of Applied Sciences**, Finlandia 2014, s. 5-33.

Halaweh H. Active ageing a path towards ageing well. physical functioning, physical activity, falls self-efficacy and social participation in community-dwelling elderly. Doctoral Dissertation, **University of Gothenburg**, Gothenburg, Sweden, 2016, s. 3-11.

Haneefa M. Healthy Aging: Focus on the elderly people living at home with cardiovascular disease. Doctoral Dissertation, **Arcada – Nylands Svenska Yrkeshögskola**, Finlandiya, 2015, s. 6-10.

Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly's health in Arak. **Indian Journal of Medical Sciences** 2013; 67 (3/4): 70-77.

Hermida APA. Community well-being and cognitive health in a learning institute for older adults: A case study. Doctoral Dissertation, **The Pennsylvania State University**, ABD, 2016, s. 4-5.

Hetherington SA. Physical activity and healthy ageing: A mixed methods study of the factors influencing older people's physical activity decisions and behaviours. Doctoral Dissertation, **University of Tasmania**, Avustralya, 2012, s. 60.

Ho HK, Matsubayashi K, Wada T, Kimura M, Yano S, Otsuka K. What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. **Geriatrics & Gerontology International** 2003; 3 (2): 79-85.

Hung LW, Kempen GIJM, De Vries NK. Cross-cultural comparison between academic and lay views of healthy ageing: A literature review. **Ageing and Society** 2010; 30 (8): 1373-1391.

Iddrisu MA, Senadjki A, SPR CR, Yong HNA, Yew KT, Poulsaeman V. Factors of health promotion behaviour (hpb) and elderly health diseases in Malaysia. **Journal of Population Ageing** 2020; 5: 1-31.

İnal S, Subaşı F, Mungan Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. **Türk Geriatri Dergisi** 2003; 6 (3): 95-99.

Irvine F. Exploring district nursing competencies in health promotion: The use of the Delphi technique. **Journal of Clinical Nursing** 2005;14 (8): 965-975.

Janssen SL, Stube JE. Older adults' perceptions of physical activity: A qualitative study. **Occupational Therapy International** 2014; 21 (2): 53-62.

Jenkin C, Eime R, Westerbeek H, Van Uffelen J. Why don't older adults participate in sport. **Reported prepared for the Australian Sports Commission** 2016; 4-30.

Jin K, Simpkins JW, Ji X, Leis M, Stambler I. The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. **Ageing and Disease** 2015; 6 (1): 1-5.

Johansson J. The healthy ageing initiative: Prevention of falls and fractures. Doctoral Dissertation, **Umeå Universitet**, Umeå, İsveç, 2018, s. 1-13.

Jormfeldt H, Svedberg P, Arvidsson B. Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 2003; 10 (5): 608-615.

Jung SE. Development and evaluation of a health promotion program for older adults: Journey through health. Doctoral Dissertation, **Oklahoma State University**, ABD, 2014, s. 2-32.

Kaçan Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 2016; 9: 1-12.

Kaçan Softa H, Işıl Ö. Yaşlılarda sağlıklı yaşlanma ve ilişkili faktörler: Bir model geliştirme çalışması. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi**, 2017; 6 (2): 61-73.

Kalınkara V. "Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi", Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, 2. Basım, **Nobel Akademik Yayıncılık**, Ankara, 2014, s. 8-10.

Kalınkara V. "Yaşlanma ve Sağlık", Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, 2. Basım, **Nobel Akademik Yayıncılık**, Ankara, 2014, s. 102-103.

Karadakovan A. “Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler ve Bakım”, Yaşlı Sağlığı ve Bakım, Eds. Karadakovan A, **Akademisyen Tıp Kitapevi**, Ankara, 2014, s. 279-295.

Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2006, s. 16-17.

Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F, Kankaya FC. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni** 2008; 7 (1): 59-64.

Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. **International Journal of Nursing Practice** 2009, 15: 16-24.

Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses roles in health promotion practice: An integrative review. **Health Promotion International** 2013; 28 (4): 490-501.

Kim SH. Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behavior and health status. **Journal of Advanced Nursing** 2009; 65 (1): 84-91.

Kim SY, Jeon EY, Sok SR, Kim KB. Comparison of health-promoting behaviors of noninstitutionalized and institutionalized older adults in Korea. **Journal of Nursing Scholarship** 2006; 38 (1): 31-35.

Kitiş Y. “Yaşlılıkla İlgili Kavram ve Tanımlar”, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Yayıncılık**, Ankara, 2017, s. 2-17.

Kobus Matthews S, Barr J, Jackson S, Ziegenspeck A, Jiwani L, Easlick H. Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+. **Centre for Addiction and Mental Health** 2010; 14-31.

Koldaş ZL. Yaşlı popülasyonda bağışıklama. **Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi** 2017; 45 (5): 124-127.

Kolehmainen M. Enhancing elderly well-being through technology: An integrating literature review. Master's Thesis, **Laurea University of Applied Sciences**, Finlandiya, 2016, s. 1-12.

Komatsu H, Yagasaki K, Saito Y, Oguma Y. Regular group exercise contributes to balanced health in older adults in Japan: A qualitative study. **BMC Geriatr** 2017; 17 (1): 190.

Korkmaz Aslan G. “Yaşlı Sağlığın Geliştirilmesi”, Sağlığın Geliştirilmesi, Eds. Ayaz Alkaya S, **Hedef CS Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 285.

Korkmaz Aslan G, Kartal A, Özen Çınar İ, Koştü N. The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adults. **International Journal of Nursing Practice** 2017; 23 (6): 12-94. e12594.

Korkmaz Aslan G. Klinik bakım sınıflama sisteminin huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2010, s. 11-14.

Kouakou H, Soyang N. Health innovations in elderly care. Doctoral Dissertation, **Laurea University of Applied Sciences**, Finlandiya, 2016, s. 5-23.

Krizova E, Brzyski P, Strumpel C, Billings J, Lang G. Health promotion for older people in the Czech Republic in a European perspective. **Central European Journal of Public Health** 2010; 18 (2): 63-69.

Kudo H, Izumo Y, Kodama H, Watanabe M, Hatakeyama R, Fukuoka Y. Life satisfaction in older people. **Geriatrics & Gerontology International** 2007; 7 (1): 15-20.

Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız, T, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. **DEUHYO** 2012; 5 (2): 53-64.

Kulakçı H. Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü**, Ankara, 2011, s. 54-67.

Kümbetoğlu B. Sosyoloji ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. 2. Baskı. **Bağlam Yayıncılık**, İstanbul, 2008; s. 96-102.

Kwong EWY, Kwan AYH. Participation in health-promoting behaviour: Influences on community-dwelling older Chinese people. **Journal of Advanced Nursing** 2007; 57 (5): 522-534.

Kwong EWY, Kwan AYH. Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program. **Geriatric Nursing** 2004; 25 (2): 102-106.

Lee MK, Oh J. Health-Related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. **Healthcare (Basel)** 2020; 8 (4): 407. doi: 10.3390/healthcare8040407. PMID: 33081352; PMCID: PMC7712387.

Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies** 2006; 43 (3): 293-300.

Leenders M. Exercise and nutrition to support healthy aging. Doctoral Dissertation, **Maastricht University**, Belçika, 2016, s. 8-57.

Leavy B, Aberg AC. "Not ready to throw in the towel": Perceptions of physical activity held by older adults in Stockholm and Dublin. **Journal of Aging and Physical Activity** 2010; 18 (2): 219-236.

Li IC, Chen YC, Kuo HT. The health status and health promotion behavior of low-income elderly in the Taipei area. **The Journal of Nursing Research: JNR** 2005; 13 (4): 305-312.

Li Y, Du X, Zhang C, Wang S. Physical activity among the elderly in China: A qualitative study. **British Journal of Community Nursing** 2013; 18 (7): 340-350.

Lima MG, Barros MBDA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: A population-based study using SF-36 survey. **Cadernos De Saude Publica** 2009; 25 (10): 2159-2167.

Lök N, Lök S. Yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ile bilişsel durumları arasındaki ilişki. **In Yeni Symposium** 2016; 54 (2): 21-24.

Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. **New England Journal of Medicine** 2002; 347 (10): 716-725.

Mittelmark MB, Kickbusch I, Rootman I, Scriven A, Tones K. Health promotion. **Encyclopedia of Public Health** 2008; 2 (3): 451-461.

Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr\*-IR Iran. **Global Journal of Health Science** 2016; 8 (3): 139.

Moon H, Cha S, Park E. Perceived barriers to rural elderly women's health-promoting behaviors: An ecological perspective. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2020; 17(17): 6107.

Moore SL, Metcalf B, Schow E. The quest for meaning in aging. **Geriatric Nursing** 2006; 27 (5): 293-299.

Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Ruchi GB, Ehrampoush MH. Self-efficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran. **Social Behavior and Personality: An International Journal** 2006; 34 (7): 759-768.

Mura G, Sancassiani F, Migliaccio GM, Collu G, Carta MG. The association between different kinds of exercise and quality of life in the long term. Results of a randomized controlled trial on the elderly. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: Cp and Emh** 2014; 10: 36-41.

Mustakallio S. The experience of elderly people to cope with their lives at home: A literature review. **Lapland University of Applied Sciences**, Finlandia, 2015, s. 6-20.

Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation** 2007; 116 (9): 1094-1105.

Newell-Withrow C. Health protecting and health promoting behaviors of African Americans living in Appalachia. **Public Health Nursing** 2000; 17 (5): 392-397.

Niedermeier M, Herzog S, Kopp-Wilfling P, Burtscher M, Kopp M. Is the effect of physical activity on quality of life in older adults mediated by social support? **Gerontology** 2019; 65(4): 375-382.

Özkul M, Kalaycı I. Türkiye'de yaşlılık çalışmaları. **Sosyoloji Konferansları** 2015; 52: 259-288.

Özmete E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleri ile yordanması. **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi** 2008; 15 (15): 7-20.

Öztürk AÇ, Kızıldoğan ET. Yaşlı bireylerin kentsel/kamusal mekanları kullanım analizi: Eskişehir örneği. **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 2017; 10 (1): 1-13.



Peltzer K. Knowledge and attitudes of primary care nurses and midwives towards health promotion in rural South Africa. **Curationis** 2001; 24 (4): 46-51.

Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5 th ed. **Upper Saddle River NJ** 2006.

Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK, Strombog FM. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. **Nursing Research** 1990; 39 (6): 326-332.

Pender NJ. Health promotion in nursing practice (3rd ed.). **Connecticut: Appleton & Lange Stanford** 1996.

Pender NJ. Health promotion in Nursing Practice, Norwalk, second ed. **California** 1987 s. 57-63.

Phelan EA, Anderson LA, Lacroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging" how do they compare with researchers' definitions? **Journal of the American Geriatrics Society** 2004; 52 (2): 211-216.

Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. **Fırat Tıp Dergisi** 2013; 18 (4): 213-218.

Poscia A, Falvo R, La Milia DI, Collamati A, Pelliccia F, Kowalska-Bobko I. Healthy ageing happy ageing: Health promotion for older people in Italy. **Zdrowie Publiczne i Zarządzanie** 2017; 15 (1): 34-48.

Prioreschi A, Wrottesley SV, Norris SA. Physical Activity Levels, Food Insecurity and Dietary Behaviours in Women from Soweto, South Africa. **Journal of Community Health** 2020; 46 (1): 1-9.

Rababa M, Al Ali N, Alshaman A. Health Promoting Behaviors, Health Needs and Associated Factors among Older Adults in Jordan: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Community Based Nursing & Midwifery** 2020; 10: 1-11.

Rahimi FA, Estebarsari F, Mostafaei D, Eftekhar AH, Shojaeizadeh D, Dastoorpour M. The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: A clinical trial study. **Iranian Red Crescent Medical Journal** 2014; 16 (8): e18399.

Rasool AJ. Evaluation of Health Promotion Behaviors for Elderly Population at Geriatric Homes in Baghdad City: **Comparative Study** 2016; 6 (9): 369-376.

Resnick B. Health promotion practices of older adults: Model testing. **Public Health Nursing** 2003; 20 (1): 2-12.

Rizzo V, Seidman J. Health promotion and aging. **From Council on Social Work Education** 2016; 11: 1-8.

Roomaney R, Van Eeden S, Kagee A. The factor structure of the Health-Promoting Lifestyle Profile II among a South African student sample. **South African Journal of Psychology** 2017; 47 (3): 389-400.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, Ankara, 2013, s. 909.

Şahin H. Yaşlılık algısı ve yaşlılara sunulan kurumsal hizmetler farkındalığı üzerine bir inceleme: Erzurum ili örneğinde. Yüksek Lisans Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Erzurum, 2015, s. 12.

Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2010; 5 (13): 125-141.

Savcı A, Bilik Ö. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde geriatrik değerlendirme. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi** 2014; 7 (2): 156-163.

Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve koruyucu tıp. **GeroFam** 2010; 1 (1): 49-67.

Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2012, s. 19-20.

Sohng KY, Sohng S, Yeom HA. Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. **Public Health Nursing** 2002; 19 (4): 294-300.

Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2008;15 (3): 219-224.

Sönmez S, Temel AB, Vural BK. Yaşlılarda beslenme sağlığını etkileyen faktörler: Balıkesir ili göçmen konutları beldesi örneği. **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi** 2007; 3 (12): 33-46.

Sourtzi P, Roka V, Velonaki VS, Kalokerinou A. Health Promotion Programs for the Elderly in Greece, the "Health Pro Elderly" Project. **Hygiea Internationalis** 2010; 9 (1): 385-395.

Sözen F. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı. Yüksek Lisans Tezi, **Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Ankara, 2014, s. 20.

Stockert PA. The determinants of a health-promoting lifestyle in older adults. Doctoral Dissertation, **Saint Louis University**, ABD, Missouri, 2000, s. 31-80.

Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: Predictors and associated activities. **American Journal of Epidemiology** 1996; 144 (2): 135-141.

Strumpel C, Billings JR. Overview on health promotion for older people. **European Report** 2008; s. 6-15.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, **TSHGM**, Yayın No: 909, Ankara, 2013.

Tambağ H, Öz F. Grup psiko-eğitiminin yaşlıların hemşirelik bakımında kullanılması. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 2014; 1 (3): 47-53.

Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. **Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg** 2013; 4 (16): 23-31.

Tambor M, Domagała A, Zabdyr-Jamróz M, Kowalska-Bobko I, Sowa A, Sowada C. Health Promotion for Older People in Hungary: The need for more action. **Zdrowie Publiczne i Zarządzanie** 2017; 15 (1): 96-107.

Tavares RE, Jesus MCPD, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Healthy aging from the perspective of the elderly: An integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2017; 20 (6): 878-889.

Tezel A. "Yaşlılıkta Görülen Değişimler", Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 76-86.

Thiamwong L, Maneesriwongul W, Malathum P, Jitapunkul S, Vorapongsathorn T, Stewart AL. Development and psychometric testing of the healthy aging instrument. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2008; 12 (4): 285-296.

Thomason H. The meaning and potential of active ageing: A mixed-methods analysis in a sample of Australian and Portuguese older adults. Doctoral Dissertation, **The University of Queensland**, Australia, 2015, s. 14-37.

Tu H, Liao X, Schuller K, Cook A, Fan S, Lan G. Insights from an observational assessment of park-based physical activity in Nanchang, China. **Preventive Medicine Reports** 2015; 2: 930-934.

Türkeri F. Yetişkin eğitimi sağlık davranış modelleri ve sağlığı geliştirme kavramları arasındaki ilişkilerin tanımlanması. Yüksek Lisans Dönem Projesi, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi**, Ankara, 2006, s. 46.

Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013. İnternet sitesi. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=18522> (alındığı tarih: 20.12.2019).

Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. İnternet sitesi. [www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644) (son güncelleme tarihi: 15.03.2018, alındığı tarih: 04.04.2018).

Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. İnternet sitesi. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712> (alındığı tarih: 27.12.2019).

Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. İnternet sitesi. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. **World Population Ageing** 2017: Highlights.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects** 2019: Highlights.

Van Leuven KA. Health practices of older adults in good health. **J Gerontol Nurs.** 2010; 36 (6): 38-46. doi: 10.3928/00989134-20091110-99.

Vlaming R. Healthy Ageing: Prevention of loneliness among elderly people: Evaluation of a complex intervention in public health practice. Doctoral Dissertation, **Wageningen University and Research Centre**, Hollanda, 2013, s. 12-16.

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research** 1978; 36 (2): 76-81.

Walker SN. Health promotion for older adults: Directions for research. **American Journal of Health Promotion: AJHP** 1989; 3 (4): 47.

Wallace K. Determinants of health promoting behaviors in older adults. Master's Thesis, **Grand Valley State University**, ABD, 2000, s. 3-28.

Wang J, Lee CM, Chang CF, Jane SW, Chen MY. The development and psychometric testing of the Geriatric Health Promotion scale. **Journal of Nursing Research** 2015; 23 (1): 56-64.

WEB\_1.[https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1). (son güncelleme tarihi: 28.07.2016, alındığı tarih: 10.12.2020).

WEB\_2.<https://www.un.org/development/desa/ageing/wpcontent/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf> (son güncelleme tarihi: 10.03.2014, alındığı tarih: 28.08.2018).

Whitehead D. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. **Journal of Clinical Nursing** 2005; 14 (1): 20-27.

Whitehead D. The role of community-based nurses in health promotion. **British Journal of Community Nursing** 2000; 5 (12): 604-609.

Whitfield KE, Wiggins S. The influence of social support and health on everyday problem solving in adult African Americans. **Experimental Aging Research** 2003; 29 (1): 1-13.

World Health Organization. Health promotion glossary. **Geneva**, 1998. <http://www.who.int/> (Erişim Tarihi: 30.11.2018).

World Health Organization. Men, ageing and health: Achieving health across the life span (No. WHO/NMH/NPH/01.2). 2001. (Erişim Tarihi: 10.09.2019).

World Health Organization. Active ageing: A policy framework (No. WHO/NMH/NPH/02.8). **Geneva**, 2002. (Erişim Tarihi: 08.10.2019).

World Health Organization. The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. **Geneva**, 2007. (Erişim Tarihi: 24.10.2019).

World Health Organization, Noncommunicable diseases country profiles 2018. file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf (Erişim tarihi: 03.11.2019).

Yiğitbaş Ç, Devci SE. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. **Bakırköy Tıp Dergisi** 2016; 12: 57-63.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2013, s. 446.

Yuvakgil Z. Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Aydın, 2017, s. 33-62.

Zincir H. "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi", Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Yayıncılık**, Ankara, 2017, s. 118-120.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

1992 doğumlu olan araştırmacı, ilk, orta ve lise öğrenimini Denizli'de tamamladı. 2015 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden üçüncülükle mezun oldu. 2015-2017 yılında İstanbul Yeni Hayat Sağlık Meslek Lisesinde hemşire öğretmen olarak görev yaptı. 2017 yılında Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2018 yılından itibaren İstanbul Esenler Kriter OSGB'de iş yeri hemşiresi olarak çalışmaya devam etmektedir.

## 9. EKLER

### EK-1. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/08/2018-E.53197



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/53197  
Konu :Başvurunuz hk.

08/08/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

İlgi :30.07.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "**Yaşlı Bireylerde Sağlık Geliştirme: Nitel Bir Çalışma**" konulu çalışmamız **07.08.2018 tarih ve 16 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.02.2021-E.22830



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-22830  
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

İlgi : 11/02/2021 tarihli dilekçeniz. *10.186.1.90*  
*4763*  
*23.02.2021*

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye İlişkin Tutumları: Nitel Bir Çalışma**" konulu çalışmanız **16.02.2021 tarih ve 04 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın adının "**Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye İlişkin Algı ve Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan



## EK-2. Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
05 31 2818 99 16 - 39967222 - 604.01.01 - E.5457



00080114071

Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Kerime Kübra ~~KOCU~~  
Tez Çalışma İzni ~~İk~~

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 03/09/2018 tarihli ve 71211201-16945 sayılı yazı.  
b) 16/10/2018 tarihli ve 64222187-604.01.01-5323 sayılı yazı.  
c) 25/09/2018 tarihli ve 64222187-604.01.02-395 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kerime Kübra ~~KOCU~~, Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN'ın danışmanlığında yürütülen "Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye Tutumları: Nitel Bir Çalışma" konulu tez çalışmasını, ~~Sultangazi~~ Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu ASM, Esenler 1 Nolu ASM ve ~~Başakşehir 19 Nolu~~ Aile Sağlığı Merkezinde araştırma yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu çalışma, ilgi b) ve c) sayılı yazınızda belirtilen koşullara uymak kaydı ile Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, kişiye gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi arz / rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dt. Şule TUYGUN  
Başkan a.  
Başkan Yardımcısı

### EKLER:

1-Tez ~~Dökümü~~

### Dağıtım:

#### Gereği:

İstanbul ~~Sultangazi~~ İlçe Sağlık Müdürlüğü  
İstanbul Esenler İlçe Sağlık Müdürlüğü  
İstanbul ~~Başakşehir~~ İlçe Sağlık Müdürlüğü

#### Bilgi:

İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı  
(Aile Hekimliği Birimi)  
(Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birimi)

Sağlık Bakanlığı Mah. ~~Mevlana~~ Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr ~~www.istanbul saglik.gov.tr~~

Evsalın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 75de0083-e031-4de5-95e2-1e3786f5dbf7 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile ~~imzalanmıştır~~.

Bilgi için ~~Arzu~~ SARMUSAK

~~Uz. Dr. Arzu~~

Telefon No:0212 638 33 ~~32~~ 3102





T.C. Sağlık Bakanlığı  
İSTANBUL  
SAĞLIK  
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL AİLE  
HEKİMLİĞİ BİRİMİ  
16102018 09:37 - 64222187 - 604.01.01 - E.5123  
00078823739

Sayı : 64222187-604.01.01  
Konu : Kerime Kübra KOÇ'un  
Tez Çalışma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 05/10/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-3047 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde bulunan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Kerime Kübra KOÇ'un**, Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN'ın danışmanlığında yürütülen "**Yaşlı Bireylerin Sağlığı Geliştirmeye Tutumları: Nitel Bir Çalışma**" konulu tez çalışmasını, **Sultangazi Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu ASM, Esenler 1 Nolu ASM ve Başakşehir 19 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde** araştırma yapma talebi Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve ilgili aile sağlığı merkezlerinde aktif kullanılan odaların dışında farklı bir bölümde sağlık hizmetlerini aksatmayacak şekilde yapması koşulu ile Kerime Kübra KOÇ'un Sultangazi Prof. Dr. Kamile Şevki Mutlu ASM, Esenler 1 Nolu ASM ve Başakşehir 19 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde araştırma yapma talebi Birimimizce uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Erdoğan KOCAYIĞIT  
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbul/Tel:0(212)409  
20 00 hsm34.istbil@saglik.gov.tr Büşra Arslan Karaduman Aile Hekimliği Birimi  
Faks No:02125461350

e-Posta:busra.arslan5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: busra.arslan5@saglik.gov.tr

Bilgi için:Büşra ARSLAN  
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL  
Telefon No:02124092676  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2211387f-bf29-4a69-86dd-4c923d6781ee kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-3. Nitel Araştırma Kursu

 T.C.  
ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**KATILIM BELGESİ**

**KERİME KÜBRA KOÇ**

Merkezimiz tarafından 15.12.2018 – 16.12.2018 tarihlerinde düzenlenen  
Niteliksel Araştırma Yöntemlerine Giriş (16 Saat)  
eğitimini başarıyla tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır

  
**Dr. Öğr. Üyesi Rüştü UÇAN**  
ÜSEM Müdürü

  
**Prof. Dr. Nevzat TARHAN**  
Rektör

Belge No: 3756

Tarih: 16.12.2018

 **ÜSEM** Sürekli Eğitim  
Uygulama ve Araştırma Merkezi

DÜZENLEME NO: 2.116.12.2018

#### **Ek-4. Kişisel Bilgi Formu**

##### **1) Yaşınız**

65-69 ( )

70-74 ( )

75-79 ( )

80-84 ( )

85 ve üzeri ( )

**2) Cinsiyetiniz** ( ) Kadın ( ) Erkek

##### **3) Öğrenim düzeyiniz Nedir?**

( ) Okuryazar değil

( ) Okuryazar veya İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu

( ) Üniversite veya Yüksekokul mezunu

##### **4) Medeni durumunuz nedir?**

( ) Evli

( ) Bekar/Hiç evlenmemiş

( ) Dul

( ) Boşanmış/Ayrı

##### **5) Ailenizin gelir durumu nedir?**

( ) Gelir giderden az

( ) Gelir gidere eşit

( ) Gelir giderden fazla

##### **6) Yaptığınız iş/ Mesleğiniz**

( ) Çalışmıyor/Ev Hanımı

( ) İşçi

( ) Esnaf

( ) Memur

( ) Diğer

**7) Aile içindeki konumunuz nedir?**

Anne

Baba

Eş

**8) Kiminle yaşıyorsunuz?**

Eş

Çocuk

Eş ve çocuk

Yalnız

**9) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise hangileri?

**10) Sağlığınızı tehdit eden zararlı alışkanlıklarınız var mı?**

Evet     Hayır

Cevabınız evet ise hangi zararlı alışkanlıklarınız var?

**11) Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?**

## Ek 5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Sizce sağlıklı olmak nedir/ne anlama gelir?
2. Yaştlarınızı düşündüğünüzde kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? Aynı yaş grubunuzla sağlık durumunuzu karşılaştırır mısınız?
3. Sağlığımızı geliştirmek bir başka ifadeyle sağlığımızı daha iyi duruma getirmek ne demektir?
4. Sağlığımızı daha iyi duruma getirmek (sağlığımızı geliştirmek) neden önemlidir? Yani neden sağlığımızı daha iyi duruma getirmeliyiz?
5. Sizce sağlığımızı daha iyi duruma getirmeyi hangi durumlar veya faktörler etkiler?
6. Sağlığımızı daha iyi duruma getirmek (sağlığımızı geliştirmek) için sizce neler yapmamız gerekir?
7. Sağlığınızı daha iyi duruma getirmek (sağlığınızı geliştirmek) için siz neler yapıyorsunuz?
8. Sağlığınızı daha iyi duruma getirmek (sağlığınızı geliştirmek) için yaptığınız aktiviteleri (yürüme, sağlıklı beslenme gibi) yapma nedeniniz nedir? Bunların size ne yarar sağlayacağını düşünüyorsunuz?
9. Sağlığınızı daha iyi duruma getirmek (sağlığınızı geliştirmek) için yaptığınız aktiviteler sağlığınız üzerinde veya yaşam tarzınız üzerinde herhangi bir değişim yaptı mı? Yaptı ise, nasıl bir değişim yaptığını söyler misiniz?
10. Sağlığınızı geliştiren/iyileştiren bu aktivitelere başlamanızda ne gibi durumlar etkili oldu?
11. Sağlığınızı daha iyi duruma getirmek (sağlığınızı geliştirmek) için herhangi bir aktivite yapıyor iseniz bunları yapmanız konusunda size destek olan biri/birileri var mı?

## Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

### PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

“Yaşlı Bireylerde Sağlığı Geliştirme: Nitel Bir Çalışma” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu çalışma, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin tutum ve algılarının derinlemesine anlamaya çalışmak amacıyla yapılacaktır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar ise daha çok tanımlayıcı çalışmalardan oluşmaktadır. Ülkemizde, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme konusunda yapılan nitel bir çalışmaya rastlamadık.

Araştırmada yer almamız gereken süre; anketi doldurmak için gerekli olan 30-60 dakikadır.

Bu çalışma için yaklaşık 50 kişinin katılımı yeterli olacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmada size, işitme ve bilişsel problemi olmayan yaşlı bireylere sosyo demografik özelliklerini içeren ‘Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu’ uygulanacaktır. Bu form doldurularak, her bir katılımcı ile bir kez yüz yüze derinlemesine görüşme yapılacaktır. Bu formu doldurmak için gerekli süre 30-60 dakikadır.

Sizlerden toplanan bu bilgiler isim belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Toplanan bilgiler bu amacın dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Araştırma yaklaşık 20 katılımcıya ulaşıncaya kadar devam edilecektir.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Bu çalışmada yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme aktivitelere katılmalarını motive eden ve engelleyen faktörleri belirlemek temel hedefdir. Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme konusunda bakış açılarını ve sağlığı geliştirme aktivitelere katılımının nelerin engellediğini bilmek, sağlığı geliştirme programların etkin olabilmesi için yol gösterici olması önemlidir.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Kerime Kübra KOÇ  
GÖREVİ : Yardımcı Araştırmacı  
TELEFON :

**(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)**

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN ve Kerime Kübra KOÇ tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Bilgilendiren Araştırıcı**

Adı, Soyadı: Kerime Kübra KOÇ

Adres: Pamukkale Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi Kınıklı Kampüsü  
20160 DENİZLİ

Tel:

İmza:

Tarih