



## YAŞLI HASTALARDA LAPAROSKOPIK ANTI-REFLÜ CERRAHİ UYGULAMASI İÇİN YAŞ BİR KONTRENDİKASYON MUDUR?

### Öz

**Giriş:** Bu çalışmada amaç, laparoskopik anti-reflü cerrahi (LARC) uygulamasının, yaşlı hasta grubundaki güvenilirliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Mayıs 2004 ile Kasım 2009 arasında 1000 hastaya LARC uygulandı. Altmış yaş üzeri olan hastalar A grubunu (A), 60 yaş altı olan hastalar ise B grubunu (B) oluşturdu. Preoperatif klinik, operasyon detayları ve perioperatif bulgular, prospektif veri tabanında analiz edildi.

**Bulgular:** A'da 48, B'de 952 hasta mevcuttu. Yaş ortalaması A için 64, B için 39 idi. ( $p < 0.0001$ ) Kadın hasta oranı, A'da (%60) B'ye (%37) göre daha fazla idi. ( $p = 0,002$ ) Eroziv ösefajit ve Barrett varlığı, sırasıyla A'da %72.9 ve %12.5, B'de 66.8% ve %8.3 idi. ( $p > 0.05$ ). Hiatal herni varlığı A'da %81, B'de %77 idi ( $p = 0.001$ ). Toupet A'da (%52) B'ye (%31) göre daha fazla uygulanan prosedürdü ( $p = 0.002$ ). Her iki grupta da mortalite ve açığa dönme olmadı. Postoperatif tüm minör komplikasyonlar gruplar arasında benzerdi ( $p > 0.05$ ). Majör komplikasyon olarak, yalnız B'de, üç hastada ösefagus perforasyonu, ince barsak perforasyonu ve pulmoner emboli görüldü ( $p > 0.05$ ). Postoperatif gas-bloat, yutma güçlüğü ve nüks yüzdeleri gruplar arası benzerdi ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** LARC 60 yaş üzeri hastalarda da güvenli bir şekilde uygulanabilir. Yaş LARC için bir kontrendikasyon olmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlı; Gastroöfageal Reflü; Laparoskopi; Fundoplikasyon.

Toygar TOYDEMİR<sup>1</sup>

Koray TEKİN<sup>2</sup>

Mehmet Ali YERDEL<sup>1</sup>



## IS AGE A CONTRAINDICATION FOR LAPOROSCOPIC ANTI-REFLUX SURGERY IN ELDERLY

### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study is to assess the safety of laparoscopic anti-reflux surgery (LARS) in the elderly.

**Materials and Method:** A total of 1000 patients underwent a LARS procedure between May 2004 and November 2009. Patients over 60 years were defined as group A (A) and under 60 years were defined as group B (B). All data, including demographics, operative details, operative/postoperative complications and outcomes were recorded in a prospective database.

**Results:** There were 48 patients in A and 952 patients in B. The mean age of A and B was 64, and 39 respectively. ( $p < 0.0001$ ). Female patients were more frequent in A (60%) opposed to B (37%) ( $p = 0.002$ ). Presence of erosive esophagitis and Barrett metaplasia was 73%, 12% in A, 67%, 8% in B respectively. ( $p > 0.05$ ) Hiatal hernia was more common in A (81%) opposed to B (77%) ( $p = 0.001$ ). Toupet was performed more frequently in A (52%) opposed to B (31%) ( $p = 0.002$ ). There was no mortality and conversion. Esophageal perforation, jejunal perforation and pulmonary emboli were the major complications and were seen only in B ( $p > 0.05$ ). All other minor complications and postoperative dysphagia, bloating and reflux recurrence were similar among the groups. ( $p > 0.05$ )

**Conclusion:** LARS is a safe procedure in patients over 60 years old. Age should not be a contraindication to LARS.

**Key Words:** Aged; Gastroesophageal Reflux; Laparoscopy; Fundoplication.

### İletişim (Correspondance)

Toygar TOYDEMİR  
İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi İSTANBUL

Tlf: 0505 374 33 68  
e-posta: toygartoydemir@hotmail.com

Geliş Tarihi: 22/03/2010  
(Received)

Kabul Tarihi: 13/07/2010  
(Accepted)

<sup>1</sup> İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü  
İSTANBUL

<sup>2</sup> Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi  
Anabilim Dalı DENİZLİ



## GİRİŞ

2050 yılı itibari ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD) nüfusunun yaklaşık %23'ünün 65 yaş üzeri olması beklenmektedir (1). Yaşam beklentisi uzadıkça cerrahi uygulanan yaşlı hasta sayısı da buna paralel olarak artmaktadır. Gastroözefageal reflü hastalığı (GERH) tüm yaş gruplarını etkileyen bir durum olsa da yaşa bağlı sindirim sistemindeki fizyolojik değişiklikler nedeni ile yaşlı popülasyonda daha sık görülmektedir (2). Altmış yaş üzeri erkeklerin %54, kadınların %66'sı ayda en az bir kez reflü semptomu yaşamaktadır (3).

Bu çalışmanın amacı, 60 yaş üstü hastalarda laparoskopik anti-reflü cerrahinin (LARC) güvenilirliğini irdelemektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs 2004 ile Kasım 2009 arasında, merkezimizde 1000 hastaya aynı cerrah tarafından LARC uygulandı. LARC öncesi tüm hastalar, rutin olarak, gastroskopi, üst batin ultrasonografisi ve ösefagus manometresi ile değerlendirildi.

Şikayetleri en az bir yıldır olan hastada, endoskopide ösefajit tespit edilmesi standart operasyon endikasyonumuzdu. Ösefajit tespit edilmeyen 'non-eroziv' olgularda operasyon endikasyonumuz, 24 saat-Ph metre sonucunda DeeMesteer skorunun 14.7 nin ve/veya reflü semptom indeksinin %50'nin üzerinde olması idi. Operasyon sonrası ikinci ay ve bir yıl aralarla hastalar kontrol edildi. Kontrole gelemeyen hastalar telefon ile aranıp, şikayetlerinin olup olmadığı soruldu. Kontrol endoskopi ve Ph metre yalnız şikayeti olan hastalara uygulandı.

Hasta gruplandırılması yaşa göre yapıldı. Altmış yaş üzeri 48 hasta A grubunu, 60 yaş altı 952 hasta ise B grubunu oluşturdu.

Bu seri tek cerrahın kişisel deneyimini yansıtmakta olup, cerrahın temel laparoskopik ameliyatlarda tecrübe kazanması ve ileri laparoskopik teknikler kurslarını tamamladıktan sonraki tek başına yaptığı ilk 20 laparoskopik reflü ameliyatını içermemektedir.

## Gastroskopi

Üst GIS endoskopisi için Olympus CV 260 sistemi kullanıldı. Tüm endoskopik işlemler anestezi uzmanı eşliğinde yapıldı. 0.05mg/kg midazolam ve 1microgram/kg fentanyl ile premedikasyon yapıp, vital bulgular monitörize edilerek 1-2mg/kg propofol ile spontan solunumda derin sedasyon sağlandı. Endoskopik olarak ösefajit değerlendirilmesi Los Angeles sınıflamasına göre yapıldı. Hiatus J manevrası ile değeri-

lendirilmiş olup, 5cm'nin üzerindeki defektler büyük hiatal herni olarak değerlendirildi. Tüm endoskopilerde rutin olarak mide antrumundan biopsi yapıldı. Endoskopik Barrett görüntüsü olan hastalarda ayrıca ösefagus alt uçtan biyopsiler yapıldı.

## Manometre

Dört kanallı su-perfüzyon sistemli, MMS UPS 2020 stationary GI modeli (UPS-2020-stationary measurement system MMS, Enschede The Netherlands) kullanıldı. 'Stationary pullthrough' tekniği ile alt ösefagus sfinkter lokalizasyonu ve uzunluğu tespit edildi. Sonuçlar bilgisayar programı ile analiz edilip alt ösefagus sfinkter basıncı (AÖS), ortalama ösefagus kontraksiyon basıncı, AÖS relaksasyon yüzdesi ve ösefagus peristaltizimi kaydedildi.

## 24-Saat Ph Metre

MMS Orion II (Ambulatory pH Recorder- MMS) ve Ohmega (Ambulatory Impedance-pH Recorder-MMS) cihazları kullanıldı. Çift sensörlü katater, uygulamadan önce Ph 1.07 ve 7.01 solüsyonlarda kalibre edilerek kullanıldı. Sonuçlar bilgisayar programı ile analiz edilerek yorumlandı.

## Cerrahi Teknik

Uygulanacak cerrahi prosedüre preoperatif yapılan manometrik incelemeye ve hastalığın evresine göre karar verildi. Ortalama ösefagus kontraksiyon basıncı 20mmHg den düşük olan hastalara 270 derece Toupet fundoplikasyon, normal olanlara ise 360 derece Nissen fundoplikasyon uygulandı. Ortalama ösefagus kontraksiyon basıncı 20-30mmHg arası olan hastalara ise Nissen/Toupet kararı, Barrett veya ileri ösefajit varlığı ve hastanın muhtemel erken postoperatif sıkıntıları ne derece anladığı ve kabullenebileceğine, diğer bir deyişle hastanın psikolojik durumu da göz önüne alınarak karar verildi. Endoskopik olarak schatzky halkası ve selim darlık tespit edilip operasyon öncesi balon dilatasyon yapılan hastalarda Toupet fundoplikasyon tercih edildi. Hastanın manometrik incelemeyi tolere edememesi diğer bir Toupet tercih nedeni idi. Nissen fundoplikasyon esnasında kısa gastrik damarlar rutin olarak alındı ve 1-2cm'lik kısa fundoplikasyon buji üzerinden yapıldı. Toupet fundoplikasyonda ise kısa gastrik damarların kesilme kararı, mide fundusunun serbestliğine göre karar verildi.

## Çalışma Dizayını ve Veri Toplama Yöntemi

Hastaların preoperatif bulguları, operasyon süreleri, perioperatif komplikasyonları ve hastanede kalım süreleri pros-



pektif veri tabanında analiz edildi. İstatistik olarak ki-kare ve Mann-Whitney U test kullanılmış olup,  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir. Veriler uygun yerlerde ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. Tek değişkenli analizlerde, gruplarda bazı faktörlerin etkilerini kontrol etmek amacı ile uygun yerlerde kovaryans analizi (ANCOVA test) kullanıldı. Tüm analizler SPSS 15.0 yazılımı yardımı ile yapıldı (SPSS for Windows 15.0; SPSS, Chicago, IL, USA).

## BULGULAR

Çalışma sürecinde toplam 1000 hastaya LARC uygulandı. Her iki grupta da mortalite ve açık prosedüre dönme ol-

mamıştır. A grubunda 48 (%4.8), B grubunda 952 (%95.2) hasta mevcuttu. A grubundaki kadın hasta yüzdesi (%60.4), B grubuna (%39.6) göre daha fazla idi. Yaş ortalaması A grubu için  $64.19 \pm 4.20$  (60-78), B grubu için  $38.39 \pm 9.02$  (12-58) idi. Ortalama beden kütle indeksi ve ortalama takip süreleri her iki grupta da benzerdi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların preoperatif bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hiatal herni görülme sıklığı A grubunda %77.6, B grubunda ise %81.2 idi. Ortalama ösefagus kontraksiyon basıncı A grubunda ( $35.59 \pm 16.63$ ), B grubuna ( $41.32 \pm 18.42$ ) göre daha düşüktü.

Perioperatif parametreler Tablo 3'de gösterilmiştir. A grubunda Toupet fundoplikasyon yapılma yüzdesi (%52.1) B

Tablo 1— Demografik Bulgular

	Toplam	A	B	p
(n / %)	(1000/100)	(48/4.8)	(952/95.2)	
Yaş (yıl)	39 (12-78)	38 (12-59)	63 (61-78)	<0.0001
Cinsiyet n (%)				
Erkek	613 (61.2)	19 (39.6)	594 (62.4)	0.002
Kadın	387(38.8)	29 (60.4)	358 (39.6)	
Beden Kütle İndeksi (kg/m <sup>2</sup> )	25.10 (17.19-39.08)	26.13 (17.19-35.93)	25.06 (18.76-39.08)	0.067
Takip Süresi (ay)	35.67 (2-63)	33.58 (3-60)	35.77 (2-63)	0.512

Tablo 2— Preoperatif Bulgular

	Toplam	A	B	p
	n=1000	(48/4.8)	(952/95.2)	
Eroziv Ösefajit n (%)				
Yok	329 (32.9)	13 (27.1)	316 (33.2)	0.379
Var	671 (67.1)	35 (72.9)	636 (66.8)	
Barret Metaplazi n (%)				
Yok	915 (91.5)	42 (87.5)	873 (91.7)	0.308
Var	85 (8.5)	6 (12.5)	79 (8.3)	
Hiatal Herni (sliding) n (%)				
Yok	222 (22.2)	9 (18.8)	213 (22.4)	0.001
Küçük	643 (64.3)	23 (47.9)	620 (65.1)	
Büyük	123 (12.3)	14 (29.2)	109 (11.4)	
Diğer	12 (1.2)	2 (4.1)	10 (1)	
Ösefagus Kontraksiyon Basıncı (mmHg) (63 eksik veri)	40 (5-126) (n=937)	35.5 (5-78) (n=44)	40 (10-126) (n=893 hasta)	0.035
Preop. Balon Dilatasyon	15 (1.5)	2 (4.2)	13 (1.4)	0.119

**Tablo 3—** Peroperatif Bulgular

	Tüm (n=1000)	A (n=48)	B (n=952)	p
<b>Operasyon Süresi (dk)</b>	45 (15-180)	52.5 (23-100)	45 (15-180)	0.236
<b>İşlem n (%)</b>				<b>0.002</b>
<b>Nissen</b>	684 (68.4)	25 (47.9)	661 (69.4)	
<b>Toupet</b>	316 (31.6)	23 (52.1)	291 (30.6)	
<b>Hastanede Kalım Süresi (gün)</b>	1 (1-7)	1 (1-2)	1 (1-7)	0.793
<b>Greft Kullanımı (%)</b>	63.4	68.8	63.1	0.427

grubuna göre (%30.6) daha fazla idi. Ortalama ameliyat süresi ve hastanede kalım süresi her iki grupta da benzerdi. Greft kullanım yüzdeleri her iki grup arasında farklılık göstermemiştir.

Major komplikasyon olarak B grubunda bir hastada ösefa-geal perforasyon , bir hastada ince barsak perforasyonu ve bir hastada da pulmoner emboli görüldü. Bujiye bağlı ösefagus perforasyonu laparoskopik olarak sekelsiz tamir edildi. Pulmoner emboli görülen hasta antikoagulan tedavi ile sekelsiz tedavi edilmiş olup ince barsak perforasyonu gelişen olguya post op birinci gün akut batın tablosu nedeni ile laparotomi uygulanmış ve perforasyon primer tamir edilmiştir. Yaralanmanın göbek trokarına bağlı olduğu düşünülmüştür. Diğer

tüm minör komplikasyonlar gruplar arası benzerlik gösterdi (Tablo 4).

Tablo 5'de gösterilmiş olduğu gibi postoperatif yutma güçlüğü, gas-bloat, erken/geç revizyon ve nüks oranları her iki grupta benzerdi. Tüm erken revizyonlar 1-7 gün arası yapılmış olup, beş hasta taburcu edildikten sonra rehospitalize edilmiştir. Cinsiyet ve ameliyat tipinde gruplar arası anlamlı farklılıklar nedeni ile bu iki faktörün etkileri kontrol altına alınarak (Kovaryans analizi ile) yapılan karşılaştırmalarda yine anlamlı farklılıklar bulunmadı.

Tablo 6'da gösterildiği gibi, seri üç farklı zaman diliminde incelendiğinde, (ilk 334 olgu, ikinci 333 olgu ve son 333 olgu) 60 yaş üzeri hastaların dağılımları benzerdir (p= 0.549).

**Tablo 4—** Perioperatif Komplikasyonlar

	Toplam (n=1000)	A (48/4.8)	B (952/95.2)	p
<b>Trokar Yeri Enfeksiyonu n (%)</b>	9 (0.9)	0 (0)	9 (0.9)	0.459
<b>Trokar Yeri Hematomu n (%)</b>	22 (2.2)	3 (6.3)	19 (2)	0.050
<b>Dalak Yaralanması n (%)</b>	17 (1.7)	1 (2.1)	16 (1.7)	0.883
<b>Karaciğer Yaralanması n (%)</b>	6 (0.6)	1 (2.1)	5 (0.5)	0.173
<b>Ösefagus Perforasyonu n (%)</b>	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	0.822
<b>İnce Barsak Perforasyonu n (%)</b>	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	0.822
<b>Lenfanjit n (%)</b>	2 (0.2)	1 (2.1)	1 (0.1)	0.075
<b>Pulmoner Emboli n (%)</b>	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	0.822
<b>Diyare n (%)</b>	15 (1.5)	0 (0)	15 (1.6)	0.381
<b>Anksiyete n (%)</b>	8 (0.8)	0 (0)	8 (0.8)	0.524
<b>Erken Atipik Semptomlar n (%)</b>	3 (0.3)	0 (0)	3 (0.3)	0.697
<b>Toplam Komplikasyon</b>	85 (8.5)	6 (12.6)	79 (8.2)	0.308



Tablo 5— Postoperatif Bulgular

	Tüm	A	B	p	p*
	n=1000	(48/4.8)	(952/95.2)		
<b>Yutma Güçlüğü (%)</b>					
<b>Yok</b>	848 (84.8)	43 (89.6)	816(85.7)		
<b>&lt; 6 ay</b>	121 (12.1)	5 (10.4)	116(12.2)	0.611	0.093
<b>&gt; 6 ay</b>	20 (2)	0 (0)	20 (2.1)		
<b>Gas Bloat n (%)</b>	168 (16.8)	5 (10.4)	163 (17.1)	0.154	0.118
<b>Rehospitalizasyon n (%)</b>	32 (3.2)	–	32 (3.4)	0.197	0.063
<b>Erken Revizyon n (%)</b>	9 (0.9)	–	9(0.9)	0.717	0.454
<b>Geç Revizyon n (%)</b>	4 (0.4)	1 (2.1)	4(0.4)		
<b>Reflü Nüksü n (%)</b>	15 (1.5)		14 (1.5)	0.733	0.288

\*Cinsiyet ve ameliyat yöntemi faktörlerinin etkileri kontrol edildiğinde (ANCOVA test)

## TARTIŞMA

GERD sindirim sistemini etkileyen hastalıklar arasında en sık görülen patolojilerden birisidir. Batı ülkelerindeki prevalansı %20 (4) civarında bildirilmiştir ve ADB'de her yıl yaklaşık 18.6 milyon kişi GERD nedeni ile tedavi edilmektedir (5). GERD tüm yaş gruplarını etkileyen bir hastalık olmakla beraber yaşlı hasta popülasyonunda daha sık görülür (6). Yaşla beraber öfagus motilitesinin ve mide boşalımının azalması, alt öfagus sfinkter tonusundaki değişiklikler bunun en belirgin sebebidir (7). Goldschmedt ve arkadaşları yaşlı popülasyonda mide asit sekresyonunun gençlere göre daha fazla olduğunu göstermişlerdir (8). Yaşla beraber gelişen tüm bu fizyolojik değişiklikler sonucu yaşlıların gençlere göre daha agresif bir tedaviye ihtiyaç duyduğu bilinmektedir (9).

GERD tedavisinde, yaşam tarzı değişiklikleri ve asit basılcı ilaçlarla medikal tedavi oldukça etkilidir. Fakat yaşlı hastalarda olduğu gibi uzun yıllar bu ilaçların kullanımı etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır ve medikal tedavi altında hastalığın ilerlediği ve komplikasyonlar geliştiği bildirilmiştir (10). Rantanen ve arkadaşları proton pompa inhibitörleri (PPI) ve H2 reseptör antagonistleri ile agresif antireflü tedavi altında hemorajik öfajit, aspirasyon pnömonisi ve öfageal ülser perforasyonu nedeni ile ölümler olduğunu bildirmişlerdir (11). Ayrıca PPI gibi antisekretuar ilaçların uzun

dönem kullanımlarında, akciğer enfeksiyonlarına yatkınlık yaratmaları ve kalça kırıklarına neden olabilmeleri nedeni ile çok masum olmadıkları da bilinmektedir (12). Diğer bir önemli konu ise, anti-reflü ilaçların, warfarin, phenytoin, teofilin ve diazepam gibi yaşlı hasta popülasyonunun sıklıkla ihtiyaç duyduğu ilaçlarla etkileşmesidir (13).

Antireflü cerrahi geçmişte torokotomi ve/veya laparotomi ile uygulanmış bir girişim olup, yüksek morbidite ve komplikasyon yüzdeleri nedeni ile hiçbir zaman sık uygulanan bir prosedür olmamıştır. Fakat doksanlı yılların başında işlemin laparoskopik olarak uygulanmaya başlanması popülaritesini hızla artırmış ve cerrahi tedavinin altın standartı haline gelmiştir. Litaratürde bir çok yayında, %85-100 arası başarı oranı ile çok iyi sonuçlar bildirilmiştir (14-16). Son yıllarda ise işlemin yaşlı hastalardaki başarısı ilgi konusu olmuştur.

Kamolz ve arkadaşları 500 hastaya LARC uygulamış ve 65 yaş üzeri 72 hastanın postoperatif yaşam kalitesini araştırmıştır (17). Çalışma sonucunda, LARC nin yaşlılarda yüksek başarı ve hasta memnuniyeti ile uygulanabileceğini göstermişlerdir. Grotenhuis ve arkadaşları 210 yaşlı hasta içeren geniş serilerinde, 129 hasta paraöfageal herni, 81 hastada GERH nedeni ile opere edilmiştir (18). Paraöfageal herni nedeni ile opere edilen hastalarda ameliyat süresinin ve açık prosedüre dönmemin daha fazla olduğunu ama her iki hasta

Tablo 6— 60 Yaş Üzeri Hastaların Üç Farklı Zaman Dilimindeki Dağılımı

	İlk 334 olgu	İkinci 333 olgu	Son 333 olgu	p
<b>60 yaş üzeri hasta sayısı (%)</b>	13 (27.1)	19 (39.6)	16 (33.3)	0.611



grubunda da başarılı sonuçlar alındığını bildirmişlerdir. Brunt ve arkadaşları çalışmalarında, LARC sonrası yaşlı hastalarda hastanede kalım süresinin daha uzun olduğunu göstermişlerdir (19). Bammer ve arkadaşları ise yaşlı hasta grubunda minör komplikasyonların gençlere oranla daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (20). Bizim çalışmamızda yaşlı ve genç hasta grupları arasında, LARC sonrası komplikasyonlar, operasyon süresi, hastanede kalım süresi ve reflü nüksü açısından bir fark olmadığını görmüştür.

Uygulanan işlem (tam fundoplikasyon veya parsiyel fundoplikasyon) ve cerrahın deneyimi gibi faktörlerin anti-reflü ameliyatlarının başarısını etkileyebileceği bilinmektedir. Çalışmamızda, cinsiyet ve ameliyat tipinde gruplar arası anlamlı farklılıklar nedeni ile bu iki faktörün etkileri kontrol altına alınarak (Kovaryans analizi ile) yapılan karşılaştırmalarda yine anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Diğer önemli bir faktör olan cerrahın yıllar içerisinde deneyiminin artmasının, komplikasyon ve nüks yüzdelerinin azaltacağı bir gerçektir fakat serimiz üç farklı zaman dilimi analizinde (Tablo 6), 60 yaş üzeri olan hastaların bu zaman dilimlerine dağılımının farklı olmaması nedeni ile bu çalışmanın sonucunun deneyim faktöründen etkilenmediği ifade edilebilir.

Sonuç olarak dünya nüfusunun yaş ortalaması giderek artmaktadır ve GERH yaşlılarda çok sık görülen, hayat kalitesini önemli ölçüde bozan kronik bir hastalıktır. Deneyimli merkezlerde LARC, 60 yaş üzeri hastalarda da güvenli bir şekilde uygulanabilir. Yaş, LARC için tek başına bir kontrendikasyon olmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Evers BM, Townsendcm Jr, Thompson JC. Organ physiology of aging. *Surg Clin North Am* 1994;74:23-39.
2. Allen R, Rappaport W, Hixson L, Sampliner R, Case T, Fenerty MB. Referral patterns and the results of antireflux operations in patients more than sixty years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1991;173:359-62.
3. Raiha IJ, Impivaara O, Seppala M, Sourander LB. Prevalence and characteristics of symptomatic gastroesophageal reflux disease in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:1209-11.
4. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54:710-7.
5. Richards WO, Houston HL, Torquati A, Khaitan L, Holzman MD, Sharp KW. Paradigm shift in the management of gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 2003;237:638-47.
6. Zhu H, Pace F, Sangaletti O, Bianchi Porro G. Features of symptomatic gastroesophageal reflux in elderly patients. *Scand J Gastroenterol* 1993;28:235-8.
7. Holt PR. Gastrointestinal diseases in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2003;6:41-8.
8. Goldschmiedt M, Barnett CC, Schwarz BE, Karnes WE, Redfern JS, Feldman M. Effect of age on gastric acid secretion and serum gastrin concentrations in healthy men and women. *Gastroenterology* 1991;101:977-90.
9. Collen MJ, Abdulian JD, Chen YK. Gastroesophageal reflux disease in the elderly: more severe disease that requires aggressive therapy. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1053-7.
10. Monnier P, Ollyo JP, Fontollet C. Epidemiology and natural history of reflux esophagitis. *Semin Laparosc Surg* 1995;2:2-9.
11. Rantanen TK, Salo JA. Gastroesophageal reflux disease as a cause of death: analysis of fatal cases under conservative treatment. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:229-33.
12. Cote GA, Howden CW. Potential adverse effects of proton pump inhibitors. *Curr Gastroenterol Rep* 2008;10(3):208-14.
13. Garnett WR, Garabedian-Ruffalo SM. Identification, diagnosis, and treatment of acid-related diseases in the elderly: implications for long-term care. *Pharmacotherapy* 1997;17:938-58.
14. Terry M, Smith CD, Branum GD, Galloway K, Waring JP, Hunter JG. Outcomes of laparoscopic Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease and paraesophageal hernia. *Surg Endosc* 2001;15:691-9.
15. Hinder RA, Filipi CJ, Wetscher G, Neary P, DeMeester TR. Laparoscopic Nissen fundoplication is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 1994;220:472-83.
16. Arnavd JP, Pessaux P, Ghavami B, Flamont JB, Trebuchet G, Meyer C, et al. Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux: multicenter study of 1470 cases. *Chirurgie* 1999;124:516-22.
17. Kamolz T, Bammer T, Granderath FA, Pasiut M, Pointner R. Quality of life and surgical outcome after laparoscopic antireflux surgery in the elderly gastroesophageal reflux disease patient. *Scand J Gastroenterol* 2001;2:116-20.
18. Grotenhuis BA, Wijnhoven BP, Bessell JR, Watson DI. Laparoscopic antireflux surgery in the elderly. *Surg. Endosc* 2008;22(8):1807-12.
19. Brunt LM, Quasebarth MA, Dunnegan DL, Soper NJ. Is laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease in the elderly safe and effective. *Surg Endosc* 1999;13:838-42.
20. Bammer T, Hinder RA, Klaus A, Libbey JS, Napoliello DA, Rodriguez JA. Safety and long-term outcome of laparoscopic antireflux surgery in patients in their eighties and older. *Surg Endosc* 2002 ;16(1):40-2.



Erhan ESER<sup>1</sup>

Gül SAATLİ GERÇEKLİOĞLU<sup>2</sup>

Sultan ESER<sup>3</sup>

Caner FİDANER<sup>4</sup>

Pınar BAYSAN<sup>5</sup>

Tümer PALA<sup>6</sup>

Pınar DÜNDAR<sup>1</sup>

İletişim (Correspondance)

Erhan ESER  
Celal Bayar Üniversitesi, Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı MANİSA  
Tlf: 0236 231 83 73  
e-posta: e.eser@bayar.edu.tr

Geliş Tarihi: 26/01/2010  
(Received)

Kabul Tarihi: 07/07/2010  
(Accepted)

<sup>1</sup> Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı MANİSA

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı İZMİR

<sup>3</sup> İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kanser İzlem ve Denetim  
Merkezi İZMİR

<sup>4</sup> İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bornova Sağlık Grup  
Başkanlığı İZMİR

<sup>5</sup> Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar  
Şubesi TOKAT

<sup>6</sup> Sağlık Bakanlığı Hudut Sahiller Aliğa Birimi  
İZMİR



ARAŞTIRMA

## DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ – AVRUPA “YAŞLANMA TUTUMU ANKETİ (AAQ)” TÜRKÇE SÜRÜMÜNÜN (AYTA-TR) PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

### Öz

**Giriş:** Bu çalışma Dünya Sağlık Örgütü - Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe sürümünün psikometrik çözümlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem ve Gereç:** Toplam 24 sorudan oluşan DSÖ - Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA), her biri 8 soru içeren üç boyuttan (Psikososyal Kayıp -PK, Bedensel Değişim -BD ve Psikososyal Gelişme -PG) (min 8 max 40) oluşur. Puan arttıkça algılanan yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Bu çalışmada, 22merkezli AB 5.çerçeve QLRT-2000-00320 projesinin Türkiye verileri (n=833) sunulmuştur. Güvenilirlik (iç tutarlılık, madde analizi) ve Geçerlilik analizleri (Yapısal, Birleşim-Ayrışım geçerliliği ve Bilinen gruplar) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Yaşlılarının %38.7'si erkek, %32.3'ü evde desteksiz yaşamaktadır.Yaş ortalaması 72.7± 6.1'dir. PK, BD ve PG boyutlarının alfa değerleri sırasıyla 0.75, 0.74 ve 0.62dir. 'dir. BD boyutunda yer alan 7 no-lu soru ve PG boyutundaki 4 nolu soru iç tutarlılığı bozmaktadır. Yaş ve Gelir algısı kötüleştikçe tüm boyut skorları düşmektedir (p<0.05). Gelirden ve nesnel sağlıktan en çok etkilenen alan BD alanıdır (EB=0.50). PK ve BD skorları, evli, evde destek olarak yaşayanlarda daha yüksektir (p>0.05). Doğrulayıcı faktör analizi, BD boyutunda tatmin edici (RMESEA= 0.09; KUI=0.93) PK boyutunda sınırdı, PG boyutunda zayıf uyum göstermiştir. WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD ve YDÖ ile AYTA-TR olumlu birleşim-ayrışım geçerliliği göstermiştir.

**Sonuç:** Bu araştırmanın bulguları ATYA-TR'nün Türk yaşlılarında kullanılabileceğini ancak Psikososyal Gelişme boyutundan elde edilecek sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Tutum; Yaşlı; Veri Toplama Formu; Türkiye; Yaşam Kalitesi.



RESEARCH

## PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TURKISH VERSION (AYTA-TR) OF THE WHO-EUROPE ATTITUDES OF AGING (EAAQ) QUESTIONNAIRE

### ABSTRACT

**Introduction:** This study was carried out for psychometric analysis of the Turkish version of the WHO – Attitudes of Aging Questionnaire (AAQ).

**Materials and Method:** AAQ consists of 24 items classified in three domains (Psychosocial Loss-PL; Physical Change-PC and Psychological Growth-PG) with 8 items each (min8 max40). Turkish centre results are presented in this EU FP 5th funded international project (n=833). Internal consistency analysis, Construct validity, Convergent - Divergent validity and Known Groups validity were used.

**Results:** 38.7 % of the sample was male, with a mean age 72.7± 6.1. Alpha values of the domains PL, PC ve PG were 0.75, 0.74 and 0.62 respectively. 7th item of the PC and 4th item of the PG violate the internal consistency. BD was the most affected domain by income and objective health (ES=0.50). PL and PC scores were higher among married and who received support(p>0.05). CFA resulted acceptable fit for PC domain (RMESEA= 0.09;CFI=0.93); borderline for PC domain and a poor fit for PG domain. Satisfactory convergent-divergent validity results were obtained between WHOQOL and AAQ scales.

**Conclusion:** Results revealed that psychometric properties of Turkish version of theAAQ can be used for the assessment of the attitudes of aging but Psychosocial domain results should be interpreted with caution.

**Key Words:** Attitudes; Aged; Questionnaires; Turkey; Quality of Life.



## GİRİŞ

Erikson'un yaşam döngüsünün son iki aşamasında yer verdiği yaşlanmanın, yaşlılar tarafından "bütünlük" ile "çaresizlik" arasındaki çatışma ile algılandığı belirtilir (1). Toplumların gelişimi ile birlikte yaşlılık, geleneksel toplumlardaki algılandığı "olgunluk ve bilgelik" yerine, "yoksunluk, zayıflık ve bağımlılık" olarak algılanmaya başlamaktadır (2). Bu nedenle yaşlılık deneyimi yanında, yaşlı bireylerin yaşlılığa yönelik tutumu, sağlıklı yaşlanma için önemli bir belirleyicidir. Nitekim yaşlıların sağlıkla ilgili olumlu davranışlarındaki değişimin %22'sini, yaşlıların, yaşlılığa yönelik tutumlarının açıklayabildiği gösterilmiştir (3). Yaşlanma ve yaşlılık algısı temel olarak psikolojinin konusudur ve psikolojide yaşlanma, ırk ve cinsiyet gibi stereotipik tehdit olarak değerlendirilir. Psikolojideki Stereotipik tehdit kuramı (4), "bu tehditler ne kadar erken içselleştirilirse insan için o kadar zararlı olur" sonucuna varmaktadır. Stereotipik tehditlerin Halk Sağlığı açısından önemi ise bunların sağlık düzeyi ve yaşam beklentisi üzerine olan potansiyel etkileridir. Nitekim Levy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar (5-7), yaşlıların yaşlılıkla ilgili olumlu algılarının ömrü uzattığını ortaya koymuştur. Bu çalışmalarda olumlu yaşlılık algısının yaşam süresi üzerinde, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yalnızlık ve işlevsel sağlık durumundan daha etkili bir değişken olduğu gösterilmiştir. Bu etki, olumlu sağlığı geliştirme davranışları ile ortaya çıkmaktadır.

Yaşlı bireylerin yaşlılık algısının ölçümü amacıyla geliştirilmiş az sayıda araç mevcuttur (8). Bu çalışma, yaşlıların, yaşlılık üzerine tutumlarını değerlendirmek ve bu alanda kültürler arası karşılaştırma yapabilmek amacıyla, AB 5. Çerçeve Programı tarafından desteklenen (proje no: QLRT-2000-0032022) ülkeden oluşan çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiş olan Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi (AYTA) (Attitudes of Aging Questionnaire)'nin Türkçe sürümünün (AYTA-TR) psikometrik özelliklerini ve AYTA-TR gerecinin Türk yaşlılarında kullanılabilirliğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi (AYTA) Türkiye adına İzmir Merkezinin de içinde bulunduğu çok merkezli (23 Uluslar arası merkez) uluslar arası bir proje ile geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe sürümü de dahil olmak üzere AYTA son alan sürümünün oluşturulma süreci AYTA global çalışmasında yayınlanmıştır (9). AYTA-TR anketi, global projede üretilen

İngilizce sürümün İngilizce'den Türkçeye iki çevirini birleştirilmesi ile elde edilen Türkçe sürümün geri çevriminin Global çalışma mermezince onaylanması sonrası psikometrik çözümlenmelerin yapılması amacıyla alandaki yaşlılara uygulanmıştır.

*Araştırmanın izinleri*, AYTA Global Merkezi (Edinburg) tarafından alınmış ve onaylanmış (9), Türkiye (İzmir) merkezi verileri yanıtlayıcılardan alınan aydınlatılmış onamlar sonrasında toplanmıştır.

## AYTA Hakkında Bazı Bilgiler

AYTA, üç boyut (Psikososyal Kayıp, Bedensel Değişim ve Psikososyal Gelişme) içinde, 24 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1-5 arası değer alan 5'li Likert tipi yanıt ölçeği ile değerlendirilmektedir. Boyut (en küçük 8, en büyük 40) arasında değerlendirilmektedir. Psikososyal kayıp boyut skoru ters çevrildikten sonra, ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir.

## Araştırmaya Katılan Bireyler ve Veri Toplama Yöntemi

Burada sunulan sonuçlar Manisa Kent merkezinde (kentsel ve gecekondu bölgelerinde) yaşayan 65 yaş ve üstündeki evde yaşayan, 327'si olasılıksız (fırsatçı) örnekleme yöntemiyle geri kalan 506'sı da alandan hane bazlı sistematik örnekleme ile seçilmiş 833 Türk yaşlısında yapılan AYTA Türkçe sürümü alan uygulaması verilerine aittir. 327 kişilik olasılıksız örnekleme, global proje sırasında Türkiye merkezinden istenen örnektir. Bu örneği büyütme amacıyla Manisa kent merkezi yaşlı evreninden %95 güven, %5 sapma ile belirlenen örnek, çok aşamalı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

## Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmada kullanılan araç ve ölçekler, AYTA Türkçe sürümü, Sosyodemografik anket, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi yaşlı modülü WHOQOL-OLD ve Yaşlı Depresyon Ölçeği YDÖ-30 ölçekleridir.

*WHOQOL-BREF*: Genel amaçlı bir yaşam kalitesi profil ölçeği olan WHOQOL'un uzun ve kısa olmak üzere iki sürümü vardır: WHOQOL-100 ve 26 sorulu WHOQOL-BREF. WHOQOL-100'de 25 alt boyut ile altı boyut bulunmaktadır. WHOQOL-BREF ise yalnızca dört boyuttan oluşur. Bunlar, bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarıdır. WHOQOL'un ölçek yapısı, uluslararası sürümün psikomet-





rik özellikleri ve bu ölçeğin Türkçe geçerliliği daha önce yayımlanmıştır (10, 11).

**WHOQOL-OLD:** D.S.Ö. Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı modülü (WHOQOL-OLD) yaşlı topluma yönelik epidemiyolojik araştırmalar ile klinik müdahale çalışmalarında, WHOQOL'e ek olarak kullanılmak üzere bu makalenin konusu olan AYTA ölçeği ile aynı araştırma sürecinde geliştirilmiştir. WHOQOL-OLD modülü, altı boyut (Özerklik ,Geçmiş Bugün Gelecek Faaliyetleri, Sosyal katılım, Ölüm ve ölmek ve Yakınlık) içinde, 24 sorudan oluşmaktadır (12).

**Yaşlı Depresyon Ölçeği - YDÖ-30:** 30 sorudan oluşan bu ölçek, 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (13). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları (14) tarafından yapılmış, daha sonra ölçek Sağduyu tarafından uyarlanmıştır (15).

### İstatistik Çözümlenmeler

Tanımlayıcı analizlerde ölçek boyutlarının taban ve tavan etkileri ve dağılımın çarpıklığı (skewness) gösterilmiştir. Güvenilirlik analizlerinde iç tutarlılık (Cronbach alfa) ve madde analizi yöntemleri kullanılmıştır. Geçerlilik analizlerinde yapısal geçerlilik (faktör çözümü, Birleşim-Ayrışım geçerliliği ve ayırt edici geçerlilik) yaklaşımı kullanılmıştır.

Madde analizleri ankette bulunan olası sorunlu soruların ortaya konmasında önemlidir. Bu analizlerde belirli bir boyut içinde yer alan bir sorunun (maddenin) içinde bulunduğu boyutun toplam puanı ile, diğer boyutların toplam puanlarına kıyasla daha yüksek korelasyon göstermesi beklenmektedir. Buna ölçek başarısı denir. Ölçek başarısı %0-100 arasında bir değer almaktadır. Ayrıca iç tutarlılık yaklaşımı ile de madde başarıları gösterilmiştir. Buna göre aynı boyut içinde yer alan soruların o boyutun iç tutarlılığına katkılarına bakılmıştır. Her bir soru çıkarıldıktan sonra tekrarlanan alfa değerlerinin boyut içindeki bütün sorularla hesaplanan alfa değerinden daha yüksek çıkmayacakları varsayılmıştır. Yani bir soru çıkarıldığında hesaplanan alfa değeri eskisinden daha yüksek çıkarsa o sorunun, içinde bulunduğu boyutun iç tutarlılığını bozduğu kabul edilmiştir. Böyle sorular, “sorunlu sorular” olarak kabul edilmişlerdir.

Yapısal geçerlilik, doğrulayıcı faktör çözümü, Birleşim-Ayrışım Geçerliliği ve Bilinen Gruplar yöntemleri ile ortaya konmuştur (16). Doğrulayıcı faktör çözümlemesinden elde edilecek sonuçlar, Türkçe sürümün orijinal sürüm ile uyumunu ortaya koymayı amaçlamaktadır. Doğrulayıcı faktör çözümlemesinde Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comparative Fit Index – CFI) ve Root Mean Square Error of Approx-

imation ölçütleri kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümü global ölçek yapısı ile ne kadar örtüşüyorsa bu göstergelerin o kadar uyumlu çıkması beklenir. KUI için bu kriter 0.90 'dan daha büyük bir değer, RMSEA için ise en azından 0.10 'dan büyük bir değerdir (17). Birleşim-Ayrışım geçerliliği ise WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD ve YDÖ-30 ölçekleri kullanılarak gösterilmiştir. Yaş, cinsiyet, ekonomik durum ve yaşama biçimi ve Hastalık/Sağlık algısı değişkenleri kullanılarak ölçeğin bilinen gruplar (ayırt edici) geçerliliği değerlendirilmiştir.

Kriter geçerliliği yaklaşımında Student's t testi ve Cohen'in Etki Büyüklüğü yaklaşımı (18) kullanılmıştır. Psikometride sık kullanılan Etki Büyüklüğü (Effect size), son zamanlarda diğer sosyal bilimlerde yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. İki grubun ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı ve hatta aynı tip 1 hata düzeyinde anlamlı bulunan karşılaştırmaların hangisinin daha ayırt edici olduğu bilgisini verir. Bu yaklaşım ortalamalar yanında standart sapmalara özel atıfta bulunur. Hesap formülü şöyledir:

$$\text{Etki büyüklüğü (EB)} = (\text{Grup 1 ortalama} - \text{Grup 2 ortalama}) / \text{Ortak Standart sapma}$$

Cohen'e göre 0.2 düzeyindeki bir EB zayıf; 0.5 düzeyindeki orta, 0.8 düzeyindeki ise güçlü bir etkiye işaret eder.

Konvansiyonel istatistiksel çözümlemelerde SPSS 11.0, madde analizlerinde MAP ve doğrulayıcı faktör çözümlemelerinde Lisrel 8.0 istatistik paket programları kullanılmıştır.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %38'i erkek, %15.2'si 80 yaş ve üzerindedir (ortalama 72.7 ± 6.1). Yaşlıların ancak %28.1'i kendilerini sağlıklı olarak tanımlamışlardır (Tablo 1). AYTA alt boyutlarında ve toplam puanda taban ve tavan etkileri çok düşük düzeylerde kalmıştır (<%20) ve hiçbir alt boyutta dağılımda çarpıklık gözlenmemiştir (Tablo 2a). Ölçeğin iç tutarlılık göstergesi olarak Cronbach alfa değerleri Genel ölçek, Psikososyal Kayıp ve Bedensel Değişim boyutlarında iyi (>0.75), Psikososyal gelişim boyutunda ise kabul edilebilir sınırlardadır (0.60).

AYTA ölçeği madde analizleri ve ölçek başarısı Tablo 3'de izlenmektedir. Madde analizlerinde belirli bir boyut içinde yer alan bir sorunun (maddenin) içinde bulunduğu boyutun toplam puanı ile, diğer boyutların toplam puanlarına kıyasla daha yüksek korelasyon göstermesine ölçek başarısı denir. Tablo 3'de izlendiği gibi Psikososyal Kayıp boyutunun tüm



**Tablo 1—** Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri (n=833)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
80 yaş altı	706	84.8
80 yaş ve üzeri	127	15.2
Ortalama±standart sapma	72.7±6.1	
Ortanca	71.0	
En küçük yaş	65	
En büyük yaş	98	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	322	38.7
Kadın	511	61.3
<b>Sağlık Durumu (özbildirime göre)</b>		
Sağlıklı	234	28.1
Sağlıklı değil	599	71.9
<b>Gelir Durumu</b>		
Yoksul	231	27.7
Orta düzey gelire sahip	438	52.6
Varsıl	164	19.7
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar, eşi ölmüş, boşanmış	405	48.6
Evlü, birlikte yaşıyor	428	51.4
<b>Evide Destek Alma</b>		
Destek almadan yaşıyor	269	32.3
Destek alarak yaşıyor	564	67.7

soruları bu boyutun toplam puanı ile istatistiksel açıdan anlamlı derecede korelasyon göstermektedir. Bu boyutun ölçek başarısı %100'dür. Bedensel Değişim boyundaki 7. soru ve Psikososyal Gelişim boyutu tündaki 4. soru kendi içinde bulunduğu boyutla değil başka bir boyut toplam puanı ile daha

yüksek korelasyon göstermişlerdir. (Tablo 3). Ancak yine de Bedensel Değişim ve Psikososyal Gelişim boyutlarının ölçek başarısı sırasıyla %93.8 ve %81.3 olmuştur. AYTA ölçeğinde aynı boyut içinde yer alan soruların o boyutun iç tutarlılığına katkıları da madde analizinde önemli sayılan bir göstergedir. Her bir soru çıkarıldıktan sonra tekrarlanan alfa değerleri boyut içindeki bütün sorularla hesaplanan alfa değerinden daha yüksek çıkmamalıdır. Yani bir soru çıkarıldığında hesaplanan alfa değeri eskisinden daha yüksek çıkarsa o sorunun iç tutarlılığına katkısının zayıf olduğu ve hatta iç tutarlılığı bozduğu düşünülebilir. Buna göre AYTA ölçeğinde 4. ve 7. inci soruların bu özellikteki sorular olduğu izlenmektedir. Öte yandan madde çıkarıldığında küçük de olsa daha yüksek bir alfaya neden olan Psikososyal boyutun 12 nolu sorusu ise kendinin de içinde olduğu Psikososyal boyutun toplam skoru ile en yüksek korelasyonu vermesi ( $r=0.21$ ) nedeniyle sorunlu olarak değerlendirilmemiştir

AYTA boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlar incelendiğinde Psikososyal Kayıp boyutunun diğer boyutlardan ayrıldığı, onlarla iyi bir korelasyon göstermediği saptanmıştır (Psikososyal gelişim ile 0.14; Bedensel değişim ile 0.29 ve Toplam skor ile 0.26). Bedensel değişim ile Psikososyal Kayıp ilişkisi ise ( $r = 0.49$ ) iyi bir düzeyindedir.

Bu araştırmada AYTA yapısal geçerliliği doğrulayıcı faktör çözümlemesi ve Birleşim-ayrışım geçerliliği yöntemleri ile sınıanmıştır. Doğrulayıcı faktör çözümlemelerinde AYTA Türkçe sürümün, global çalışmada bu araştırmanın veri tabanında katkısıyla merkezlerce ortak olarak geliştirilen İngilizce sürümün yapısı ile uyuma bakılmıştır (Tablo 2b). RMSEA değerleri açısından Bedensel değişim ve genel (toplam) ölçeğin ( $<0.10$ ); Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) açısından

**Tablo 2**

A. Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü (AYTA-TR) Boyut Puanlarının Dağılım Özellikleri ve İç Tutarlılıkları (n=833)					B. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n=833)	
AYTA-Tr Boyutları	Ortalama±standart sapma	Tabanda %	Tavanda %	Çarpıklık	RMSEA b	KUI c
Psikososyal Kayıp (a)	25.15±6.00	0.2	0.5	-.140	0.13	0.88
Bedensel Değişim (b)	21.59±5.97	0.2	0.4	.364	0.09	0.93
Psikososyal Gelişim (c)	27.30±4.40	0.0	0.2	-.167	0.17	0.62
Toplam Puan	74.04±12.04	0.0	0.0	.387	0.10	0.81
Pa	<0.0001					

<sup>a</sup>Üç boyutun puan ortalamalarının karşılaştırılması (Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi). Post Hoc (kritik p değeri  $p=0.015$  alınarak yapılan Bonferoni Düzetmesi sonrası) Bağımlı gruplarda t testi analizlerde her üç boyut arasında da eşamalı ve anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $c > a > b$ )

<sup>b</sup> Root Mean Square Error of Approximation

<sup>c</sup>Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comparative Fit Index)



Tablo 3— Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe sürümü (AYTA-TR) Madde Analizleri ve Madde-Boyut Korelasyonları (S.E.=0.02) (n=833)

Madde Soru (no)	BOYUT	Ortalama±s	Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Değişim	Toplam	Alfa	Alfab	Ölçek Başarısı (%)	
3	BOYUT	Yaşlılık yalnızlık zamanıdır	2.81±1.17	.36a	.11	-.09	.19a	.75	100.0	
6		Psikososyal Kayıp	Yaşlılık hayatın keyif kaçırın (çe kapanma) dönemidir.	2.89±1.17	.47a	.22	.16	.39a	.72	
9			Yaşlılıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor.	3.40±1.24	.49a	.18	.07	.35a	.71	
12			İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	2.64±1.15	.21a	.01	-.12	.06a	.76	
15			Yaşlılıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.	2.93±1.24	.49a	.36	.16	.48a	.71	
17			Yaşlılıkça yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu.	3.14±1.39	.46a	.15	.07	.31a	.72	
20	Yaşlı olduğum için şimdiki kendimi toplumun içinde hissetmiyorum.		3.71±1.35	.50a	.17	.18	.39a	.71		
22	Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.	3.63±1.26	.53a	.18	.22	.42a	.70			
7	Bedensel Değişim	Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.	3.99±0.94	.13	.18a	.33	.28a	.74	.75	93.8
8		Yaşlanıyor olmak, sandığımdan daha kolaymış.	2.37±1.32	.05	.29a	.23	.25a	.74	.74	
11		Kendimi yaşlı hissetmiyorum.	2.23±1.38	.22	.49a	.26	.44a	.70	.70	
13		Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez.	2.80±1.22	.00	.35a	.23	.25a	.72	.72	
14		Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var.	2.66±1.34	.34	.63a	.41	.63a	.67	.67	
16		Fiziksel sağlığım ile ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.	2.67±1.36	.27	.49a	.30	.49a	.70	.70	
23		Sağlığım bu yaşlarda beklediğimden daha iyi.	2.94±1.24	.27	.59a	.45	.59a	.68	.68	
24		Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.	1.93±1.20	.07	.40a	.10	.26a	.72	.72	
1	Psikososyal Değişim	İnsanlar yaşlılıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	2.72±1.18	.13	.43	.42a	.43a	.60	.52	81.3
2		Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	3.00±1.18	-.06	.27	.41a	.24a	.53	.53	
4		Bilgelik yaşla edilir.	3.37±1.14	-.16	.06	.02a	-.04a	.65	.65	
5		Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.	3.01±1.12	.18	.41	.43a	.45a	.519	.519	
10		Yaşlılıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.	3.22±1.07	.05	.33	.42a	.33a	.527	.527	
18		Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.	4.24±0.78	.19	.18	.32a	.30a	.562	.562	
19		Hayatımın bir fark yarattığına inanıyorum.	3.48±1.24	.14	.15	.19a	.21a	.602	.602	
21		Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.	4.26±0.80	.17	.12	.24a	.23a	.581	.581	

<sup>a</sup>Örüşmeye göre düzeltilmiş

<sup>b</sup>Madde çıkarıldıktan sonra



**Tablo 4—** Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi Türkçe Sürümü (AYTA-TR)nün WHOQOL-BREF boyutları, YDÖ ve WHOQOL-OLD ile Birleşim/Ayrışım Geçerliliği

WHOQOL-BREF Boyutları (n=833)	YAŞLI TUTUM ALANLARI		
	Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişim
Bedensel alan	-.454 <sup>b</sup>	.625 <sup>b</sup>	.378 <sup>b</sup>
Ruhsal alan	-.467 <sup>b</sup>	.505 <sup>b</sup>	.449 <sup>b</sup>
Sosyal alan	-.236 <sup>b</sup>	.421 <sup>b</sup>	.444 <sup>b</sup>
Çevresel alan	-.348 <sup>b</sup>	.430 <sup>b</sup>	.382 <sup>b</sup>
<b>YDÖ (n=327)</b>	<b>-.310<sup>b</sup></b>	.146 <sup>b</sup>	-.048
<b>WHOQOL-OLD (24 madde) Boyutları (n=506)</b>			
Duyusal işlevler	-.062	-.030	-.023
Özerklik	.113 <sup>a</sup>	-.038	-.025
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	-.105 <sup>a</sup>	.124 <sup>b</sup>	.163 <sup>b</sup>
Sosyal katılım	-.543 <sup>b</sup>	.548 <sup>b</sup>	.487 <sup>b</sup>
Ölüm ve ölmek	-.540 <sup>b</sup>	.574 <sup>b</sup>	.423 <sup>b</sup>
Yakınlık	-.523 <sup>b</sup>	.369 <sup>b</sup>	.329 <sup>b</sup>
AYTA toplam puan	-.693 <sup>b</sup>	.823 <sup>b</sup>	.681 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>p < 0.05; <sup>b</sup>p < 0.01 (Pearson korelasyon)

ise yalnızca Bedensel değişim boyutunun uyumlu olduğu gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, AYTA Türkçe sürümünün İngilizce sürümle yeterli ölçüde uyumlu olmadığı izlenmektedir. AYTA yapısal geçerliliğinin Birleşim-ayrışım geçerliliği yöntemi ile değerlendirilmesinde WHOQOL-BREF ana ölçeği, WHOQOL-OLD (yaşlı modülü) yaşam kalitesi ölçekleri ve Yaşlı Depresyon Ölçeği (YDÖ) kullanılmıştır. Bu yaklaşımda beklenen, AYTA'nın ilgili boyutlarının, WHOQOL ilgili boyutları ve YDÖ ölçekleri ile ilişkili olmalarıdır. Buna göre elde edilen bulgular Tablo 4'de izlenmektedir. AYTA'nın WHOQOL-BREF ölçeğinin bütün boyutlarıyla anlamlı korelasyon gösterirken YDÖ ile beklediği gibi sadece AYTA Psikososyal Kayıp boyutunun ilişkili olduğu (r=0.31) gözlenmiştir. Buna karşılık AYTA boyutlarının WHOQOL-OLD modülünün Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık boyutları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır. WHOQOL-OLD modülünün "Duyusal işlevler" ve "Özerklik" boyut skorları ile AYTA boyutları arasında herhangi bir ilişki yoktur.

Son olarak Tablo 5'de yaş, cinsiyet ve algılanan hastalık durumu ile AYTA skorları arasındaki ilişki izlenmektedir. AYTA skorları açısından kadın ve erkekler arasında fark bulunmamıştır. Kriter (ölçüt) geçerliliği göstergesi olarak yaş ve hastalık durumu incelendiğinde: 80 yaşın altındaki yaşlıların daha yaşlı olanlara göre Psikososyal kayıp ve Bedensel Değişim

boyut skorlarının daha yüksek olduğu; kendisini "sağlıklı" olarak değerlendiren yaşlılarda "hasta" olarak değerlendirilenlere göre yalnızca Bedensel Değişim boyut puanının anlamlı ölçüde yüksek olduğu, diğer iki boyut skorunda ise fark gözlenmediği belirlenmiştir. Yani Psikososyal kayıp ve Psikososyal gelişim boyutları, yaşlıların hastalığından etkilenmektedir.

## TARTIŞMA

Araştırma örneği, iki ayrı veri setinin birleştirilmesinden oluşmaktadır. Bunlardan birinci örnek (n=327) bu ölçeğin geliştirildiği çok merkezli çalışmanın protokolü gereği ulaşılan, olasılıksız ancak yaş, cinsiyet, eğitim ve morbidite dengesinin gözetildiği bir örnektir. Geçerlilik-güvenilirlik çalışmalarında toplumu temsil eden örnekler üzerinde çalışmak yerine önceden tanımlanmış alt grupların seçimi daha önemli ve istendik bir durumdur. Ancak bu çalışmada kullanılan Türk yaşlıları veri seti, araştırma örneğinin toplumu temsil etmesini tercih etmemiz nedeniyle kent toplumundan olasılıklı örnekleme ile seçilmiş 506 yaşlı da eklenerek 833'e çıkarılmış, analizler bu veri seti üzerinde yürütülmüştür. Genişletilmiş örneğin yaş ve cinsiyet dağılımı açısından Türkiye Kent nüfusu yaş ve cinsiyet dağılımına çok yakındır. Örneğimizdeki 80 yaş ve üstündeki bireylerin yaşlı nüfus içindeki payı (%15.2), Türkiye nüfusu kentsel toplumundaki orana



**Tablo 5—** Yaşlanma Tutum Toplam ve Alt Alan Puanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Ayırt Ediciliği<sup>a</sup> (n=833)

Özellik		Psikososyal Kayıp	Bedensel Değişim	Psikososyal Gelişim	Toplam Puan
<b>Yaş</b>	<sup>p</sup>	.000	.000	.332	.000
<b>(80 yaş altı &gt; 80 yaş ve üzeri)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	<b>0.368</b>	<b>0.498</b>	0.094	<b>0.397</b>
<b>Cinsiyet</b>	<sup>p</sup>	.424	.393	.167	.750
<b>(Erkek &gt; Kadın)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	0.056	0.061	0.098	0.022
<b>Sağlık Durumu</b>	<sup>p</sup>	.208	.000	.283	.176
<b>(Sağlıklı &gt; Sağlıklı değil)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	0.095	<b>0.367</b>	0.080	0.105
<b>Gelir Durumu</b>	<sup>p</sup>	.000	.000	.002	.000
<b>(Orta – üst düzey gelire sahip &gt; Yoksul)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	<b>0.275</b>	<b>0.503</b>	<b>0.273</b>	<b>0.473</b>
<b>Medeni Durum</b>	<sup>p</sup>	.000	.011	.321	.000
<b>(Evlü, birlikte yaşıyor &gt; Bekar, eşi ölmüş, boşanmış)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	<b>0.436</b>	<b>0.178</b>	0.068	<b>0.330</b>
<b>Evde destek alma</b>	<sup>p</sup>	.274	.000	.976	.015
<b>(Destek alarak yaşıyor &gt; Destek almadan yaşıyor)</b>	<b>Etki büyüklüğü<sup>b</sup></b>	<b>0.081</b>	<b>0.282</b>	0.002	<b>0.180</b>

<sup>a</sup>Student's t testi

<sup>b</sup>Etki büyüklüğü = (Grup 1 ortalama - Grup 2 ortalama) / Ortak Standart sapma

(%16.2) çok yakındır. Örneğin içinde kadınların oranı (%61.3) ise yine Türkiye kent nüfusundaki kadın oranına (%57.0) yakındır (19). Ayrıca bu araştırmada sonuçları verilemeye de, bu araştırmada sunulan psikometrik analizler her iki veri setlerinin her biri için ayrı ayrı tekrarlandığında sonuçların dikkate değer farklılık göstermediği saptanmıştır.

Araştırmanın madde analizleri ve tanımlayıcı bulguları ilk geliştirilen İngilizce sürümde olduğu gibi AYTA-TR'de de dağılım sorunları olmadığına işaret etmektedir. Ölçeğin boyutlarının taban ve tavan puanları istenen sınırlar içinde kalmıştır. Taban ve tavan etkisi olarak tanımlanan bu durumda olası en düşük (taban) ve olası en yüksek (tavan) puan alan bireylerin yüzdesinin %20'yi geçmemesi beklenirdi. Gerek boyutlarda gerekse toplam puanda değil %20, bu yüzdelerin %1'in altında bulunması, ölçek puanlarının ilgili durumu ölçmede sınır etkilerinden bağımsız olduğu göstermektedir.

AYTA-TR güvenilirlik bulguları değerlendirildiğinde ölçeğin her 3 boyutunda ve toplamda iç tutarlılığın kabul edilir sınırlarda (20) olduğu ancak Psikososyal Gelişme boyutunda, 0.70'i geçen diğer boyutlardan çok daha düşük bir iç alfa değeri (0.60) verdiğini izliyoruz. Ayrıca her bir sorunun tek tek analize alındığı diğer bir madde analizi olan madde-boyut korelasyonlarından üretilen “ölçek başarısı” açısından da Psikososyal Gelişme boyutunun diğer boyutlardan daha olumsuz sonuç verdiği saptanmıştır. Gerek soru çıkarıldığında Alfa değeri hesaplarında gerekse madde-boyut korelasyon sonuçlarında, sorunlu soru sayısının Psikososyal Gelişme boyutunda

daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Bu açılardan en başarılı boyutun Psikososyal Kayıp boyutu olduğu izlenmektedir. Bedensel Değişim boyutunda yalnızca bir sorunlu soru (soru 7) varken, Bedensel Gelişme boyutunda bu sayının (belirgin sorun gösteren 4. soruya ek olarak sınırda sorunlu olduğu göze çarpan 1 ve 5. sorular da eklendiğinde) 3'e çıktığı gözlenmektedir. Global çalışmada da Psikososyal Kayıp boyutu en iyi ölçek başarısına (%100) işaret etmektedir, ancak global çalışmada başarıyı en düşük olan boyut %85.7 ile Bedensel Değişim boyutudur. Bunu %91.7 ile Psikososyal Gelişme izlenmektedir (9).

Boyut puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde toplam ölçek puanı ile en yüksek ilişkiyi veren boyutun Bedensel Değişim boyutu olduğu ( $r=0.82$ ) görülmektedir (Tablo 4). Bu durum bize Türk yaşlılarının yaşlılığa yaptıkları atfın, psikolojik olmaktan çok bedensel olduğuna işaret edebilir.

Ölçek boyut ortalamalarına bakıldığında, Türk yaşlı örneğinin en yüksek puanı yaşlılığın olumlu algılandığı Psikososyal Gelişim boyutundan aldığı bunu sırasıyla Psikososyal kayıp ve Bedensel değişim boyutlarından alınan puanların izlediği görülmüştür. Bu bulgu Türk yaşlılarının yaşlılığı olumlu algıladıkları, buna karşın bedensel değişim ve zindelik açısından yaşlılık algısının daha kötü olduğunu düşündürmektedir. Türk toplumunun ve özellikle de yaşlı toplumun egzersiz yapma ve bedensel sağlığı koruma konusundaki olumlu sağlığı geliştirme davranışlarına sahip olmama duru-





muna bakıldığında (21-23) bedensel değişim boyutundan göreceli düşük puan alınması olağandır.

AYTA-TR geçerlilik çözümlenmeleri, yapısal geçerlilik üzerinde temellendirilmiştir. Burada global çalışmada ilk geliştirilen İngilizce sürümün yapısı ile AYTA-TR yapısı arasındaki uyumun incelendiği doğrulayıcı faktör çözümlemesi, paralel ölçeklerin kullanıldığı birleşim-ayrışım geçerliliği ve son olarak da bazı bağımsız değişkenlerin kategorileri arasındaki karşılaştırmalara dayanan “bilinen gruplar” yaklaşımı kullanılmıştır. Yaşlılık tutumu açısından bir kriter ölçek olmadığından ve referans bir ölçüt de belirlenemediğinden ölçüt (kriter) geçerliliği sınanmamıştır. AYTA İngilizce sürümü yapısı ile AYTA-TR'nin, Genel ölçek (toplam) açısından kabul edilebilir sınırlarda (RMSEA = 0.10, KUI=0.81) uyumlu olduğu belirlenmiştir. Toplam skor açısından KUI değeri global (9) çalışma (KUI=0.83) ve Brezilya (25) uyarlama çalışması (KUI=0.83) sonuçlarına benzerdir. Buna karşın boyut düzeyinde değerlendirildiğinde Bedensel Değişim boyutunun çok iyi, Psikososyal Gelişim Boyutunun ise kabul edilebilir sınırları önemli ölçüde aşan bir uyumsuzluk gösterdiği izlenmektedir (RMSEA=0.17 ; KUI= 0.62). Psikososyal gelişim boyutunun uyumu global çalışmada %91.7 olarak bulunmuştur (9).

AYTA-TR'nin paralel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak sınanan Birleşim-Ayrışım geçerliliğinin genel olarak iyi olduğu göze çarpmaktadır. Psikososyal kayıp boyut skorunun, paralel ölçekler olan WHOQOL ve WHOQOL-OLD ölçeklerinin boyutları ile ters yönlü (negatif) korelasyon vermesi en belirgin “Ayrışım” göstergesidir (Tablo 4). Diğer taraftan WHOQOL-BREF Bedensel Boyutu ile AYTA-TR bedensel boyutu arasındaki göreceli yüksek korelasyon ( $r=0.625$ ) ve Yaşlı Depresyon ölçeği (YDÖ) puanı ile AYTA-TR Psikososyal kayıp boyut puanı arasındaki göreceli anlamlı korelasyon da Birleşim geçerliliği göstergeleri olarak kabul edilebilir. Ancak burada dikkati çeken nokta, WHOQOL-OLD yaşlılar için yaşam kalitesi modülünün Duyusal işlevler, Özerklik ve kısmen de Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri boyutları ile AYTA-TR boyutları arasında hiçbir ilişkinin gözlenmemesidir. Diğer bir deyişle AYTA-TR yalnızca WHOQOL-OLD modülünün Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık boyut skorları ile ilişkilidir. WHOQOL-OLD (DSÖ Yaşlı Modülü) ölçeğinin Türk yaşlıları geçerlilik çalışmasında Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık boyutlarının Bedensel ve Psikolojik Yaşam Kalitesi algısı ile olan anlamlı ilişkisi bu çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir. Ancak aynı çalışma, “Özerklik” , “Geçmiş, Bugün , Gelecek Faaliyetleri” ve “Sosyal katılım” boyutlarının genel yaşam kalitesini önemli ölçüde belirlediklerini ortaya koymuştur. Burada her iki çalışmada, hem yaşam kalitesini hem de yaşlı-

lık tutumunu etkileyen tek ortak boyutun “Sosyal Katılım” olduğu anlaşılmaktadır. Batı Anadolu'nun bir kırsal bölgesinde yürütülen diğer bir çalışmada da yaşlılarda “Sosyal katılım” boyutunun hemen hemen tüm sosyodemografik değişkenlere duyarlı olması bu örtüşmeyi destekler niteliktedir (26). Yaşlılık tutumu ile ilişkili bulunan diğer iki yaşlı yaşam kalitesi boyutunun “Ölüm ve ölmek” ve “Yakınlık” olduğunu belirtmiştik. Bunu biraz açarsak ölümü yaşamın bir parçası olarak kabullenen ve yakınlık duygusunu tatmin etmiş bireylerin yaşlılığı daha olumlu algıladıklarını görüyoruz. Stereotipik tehdit kuramı (4) çerçevesinde yaşlılığı ele alan Levy'nin belirttiği gibi diğer iki tehdit olan cinsiyet ve ırk ayrımcılığına karşı geliştirilen kişisel korunma stratejileri (toplumdan ayrılma ve hak mücadelesi) yaşlılık tehdidinden korunmada etkili olan stratejiler değildir (5). Yani Levy'e göre insan yalnız yaşlılarla birlikte olarak (diğerlerinden saklanarak) ya da yaşlılar için hak mücadelesi yaparak yaşlılığı daha olumlu algılayamaz. Özellikle ölümü olumlu karşılayabilmek ve yakınlık duygusunu tatmin edebilmek durumunda kişi yaşlılığını da daha olumlu algılıyor demektir.

Duyusal işlevler ve Özerkliğin hiçbir şekilde yaşlılık algısından (tutumundan) etkilenmemesi ilginçtir. WHOQOL-OLD ölçeğinin Türkçe sürümün geliştirilme aşamasında Türk yaşlılarının katıldığı odak grup sonuçları (27), yaşam kalitesini belirleyen en önemli iki değişkenin “sağlıklı olmak” ve “başkalarına bağımlı olmamak” olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu durum, yaşam kalitesi ile yaşlılık algısının neredeyse tamamen farklı kavramlar olduğunu göstermektedir. Ancak yine de “özerklik” kavramının Türk yaşlıları tarafından nasıl algılandığı da önemlidir. Çünkü aynı odak grup çalışmasında “başkalarına bağımlı olmamanın” dört odak gruptan üçünde yaşam kalitesini çok belirleyici bir değişken olarak ifade edilirken, günlük işleri yardım almadan yürütebilmek ise dört gruptan yalnızca biri tarafından yaşam kalitesi açısından önemli bulunmuştur.

Yapısal geçerliliğin sınanmasındaki bir diğer yaklaşım olan “bilinen gruplar” karşılaştırmasında, AYTA-TR boyutlarının tümüne duyarlı olan tek bağımsız değişkenin gelir durumu olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 5). Gelir durumu etki büyüklüğü açısından da en ayırt edici değişken olarak karşımıza çıkmıştır. Toplam puanda ve Bedensel Değişim boyutunda orta-üst sınırlarda etki büyüklüğü elde edilmiştir. Bedensel değişimi en çok etkileyen diğer bir değişken de yaşıdır. Yaşın bedensel değişime duyarlı olması beklenen bir durumdur. Benzer şekilde Bedensel değişime etkili olması beklenen ama göreceli daha küçük bir etkisi olduğu görülen değişken ise evde destek olarak yaşamaktır. Psikososyal kayıp boyutuna en duyarlı olan değişken ise medeni durumdur. Evli olmak





veya evli gibi yaşamak Psikososyal Kayıp boyut skorunu olumlu yönde etkilemektedir. Psikososyal Gelişme boyutunun sorunlu bir boyut olduğu ise bu bulgulardan da anlaşılabilir. Bu boyut gelir düzeyi dışında hiçbir değişkenden etkilenmemektedir. Ancak yine de burada söz edilen “bilinen gruplar” çözümlenmelerine dikkatli yaklaşmak gereklidir. Çünkü bilinen gruplar “hasta tarafından bildirilen sonuçlar”, yani algılanan (öznel) sağlık araştırmalarında kullanılan bir yaklaşımdır. Yani nesnel sağlık göstergelerinde olduğu gibi algılanan sağlık göstergelerinin de sosyoekonomik değişkenlere duyarlı olması beklenir. Nitekim Avrupa’da yapılan yeni bir araştırmada (5) da pozitif yaşlılık algısının öznel sağlığı ve olumlu sağlık davranışlarını yine olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Ancak kesitsel çalışmalarda yaşlılık algısının mı sağlığı etkilediği yoksa sağlık algısının mı yaşlılığı etkilediği sorunsalı çözümsüzlüğünü korur. Bu nedenle, yukarıda da belirtildiği gibi yaşlılık algısı algılanan sağlıktan daha farklı bir kavram olarak değerlendirilebilir. Bu durumda belki de bilinen gruplar karşılaştırmalarında bazı psikososyal değişkenlerin kullanılması da uygun olurdu. Bu ölçeğin değişen durumlara duyarlılığının sınanmasında araştırmamızın en önemli eksiğinin karşılaştırmalarda bazı psikososyal değişkenlerin eksikliği olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları genel olarak AT-YA-TR’nün Türk yaşlılarının yaşlılık tutum ve algısını değerlendirmede kullanılabileceğini ancak AYTA boyutlarından Psikososyal Gelişme boyutundan elde edilecek sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini ortaya koymuştur. Ölçeğin güvenilirlik sonuçları tatminkar bulunmakla birlikte bazı boyutlarda geçerlilikle ilgili doyurucu kanıtlara ulaşılamamıştır. Ölçeğin sorunlu sorularının tekrar değerlendirilerek, gerekirse yazımlarının değiştirilerek alanda tekrar denemesi ve psikometrik çözümlenmelerin yeni veri setlerinde tekrarlanması uygun olacaktır.

## TEŞEKKÜR VE ANMA

Projeyle birlikte başladığımız ve aramızdan aniden ayrılan değerli hocamız merhum Profesör Dr. Hüray Fidaner’in anısını önünde saygıyla eğiliyor, ona bir kez daha şükranlarımızı sunuyoruz. Işıklar içinde yatsın.

## KAYNAKLAR

1. Erikson EH (Ed). The Life-Cycle Completed. Extended version with new chapters on the ninth stage of development by J.M. Erikson. W.W. Norton&Company, New York, 1997, p 134.
2. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. J of Gerontology 2003;58B:203-11.

3. Quinn KM, Laidlaw K, Murray LK. Older peoples’ attitudes to mental illness. Clin Psychol Psychother 2009;16(1):33-45.
4. Wheeler SC, Petty RE. The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. Psychological Bulletin 2001;127:797-826.
5. Levy BR, Ashman O, Dror I. To be or not to be: The effects of aging self-stereotypes on the will-to-live. Omega: Journal of Death and Dying 2000a;40:409-20.
6. Levy BR, Hausdorff J, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. Journals of Gerontology: Psychological Sciences 2000b;55:205-13.
7. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology 2002;83(2):261-70.
8. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. Journal of Gerontology 1975;30:85-9.
9. Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S, and the WHOQOL-OLD Group. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. Int J Geriatr Psychiatry 2007 ;22(4):367-79.
10. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998; 28(3):551-8.
11. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999; (Ek 7): 23-41.
12. Power M, Quinn K, Schmidt S, and the WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. Quality of Life Research 2005;14:2197-214.
13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37-49.
14. Ertan T, Eker E, Şar V, et al. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997;34:62-71.
15. Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8:3-8.
16. Fayers PM, Machin D (Eds).Quality of Life:The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes.2. ed. John Wiley & sons ltd.West Sussex, England, 2007, pp 83-91.
17. Fayers PM, Hays R (Eds). Assessing Quality of Life in Clinical Trials. 2nd ed Oxford University Pres, NewYork 2005, p 44.
18. Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin 1992;112:155-9.
19. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese göre nüfus kayıt sistemleri sonuçları 2008. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992&tb\\_id=3](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992&tb_id=3). Erişim: 14.01.2010.
20. Schmitt N. Uses and abuses of coefficient alpha. Psychological assessment 1996;8:350-3.
21. Karan Ö, Koz M, Ersöz G. İstanbul ilindeki huzurevlerinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7 (3):143-7.



22. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurunda yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4 (3):106-12.
23. Bilir N, Aslan D, Güngör N, et al. Ankara'da Altındağ sağlık ocağı bölgesinde Sakarya mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002;5(3):97-102.
24. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N. Van ili kent merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin sigara içme durumları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(2):74-7.
25. Chachamovich E, Fleck MP, Trentini CM, Laidlaw K, Power MJ. Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6(5):1-10.
26. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10(3):117-23.
27. Eser E, Eser S, Özyurt BC, Fidaner C. Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalitesi algısı: WHOQOL-OLD projesi Türkiye Odak Grup sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(4):169-83.