

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

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
SOSYO-DEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN İYİ OLMA
HALİ İLE İLİŞKİSİ: ANTALYA KENT ÖRNEĞİ

Nazmiye Tuğba BAHAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020-ANTALYA

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

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
SOSYO-DEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN İYİ OLMA
HALİ İLE İLİŞKİSİ: ANTALYA KENT ÖRNEĞİ

Nazmiye Tuğba BAHAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2019-4799 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Gerontoloji Anabilim Dalı Gerontoloji Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 07 Şubat 2020

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK
Akdeniz Üniversitesi

HA Başibüyük

Üye : Prof. Dr. Velittin KALINKARA
Pamukkale Üniversitesi

V. Kalinkara

Üye : Doç. Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL
Akdeniz Üniversitesi

N. Korkmaz

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

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

Öğrenci

Nazmiye Tuğba BAHAR

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK

İmza

TEŞEKKÜR

Hayatımda bir şey değişti, beraberinde her şey değişti...

Dört yıllık lisans eğitimim sırasında, evet bende lisansüstü eğitime devam etmeliyim diyerek hayatıma bir hedef koymuştum. Çok istedim, çok inandım ve çalıştım. Yüksek lisans eğitimine başladığım ilk günden itibaren Gerontoloji Bölümü evim, hocalarım ve çalışma arkadaşlarım ailem oldu. Şüphesiz ki, tez aşamam boyunca birçok insandan destek aldım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerek ders aşaması, gerekse tez aşamasında desteğini bir an olsun esirgemeyen, sorularımı sabırla cevaplayan, heyecanımı ve tedirginliğimi çekinmeden paylaşabildiğim, hayata farklı bakış açıları ile bakmamı sağlayan çok değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. İstatistiksel verilerimin düzenlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması süresince değerli katkılarını ve yardımlarını aldığım Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a saygı ve şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca Gerontoloji lisans bilgilerimi daha ileriye taşımam için teşvik eden, Gerontoloji'nin ülkemizde bugünü ve geleceği üzerine yaptığı konuşmalarla ilham kaynağı olan sayın hocam Prof. Dr. İsmail TUFAN'a, donanımı, bilgi birikimi ve uygulamalı çalışmaları ile tecrübelerini aktaran, mesleki hayatımın her yerinde kullanacağım bilgiler edindiğim ve güler yüzünü eksik etmeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK'e teşekkür ediyorum. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü akademik ve idari personeline teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince bana verdikleri destek ve katkılardan dolayı adını saymadığım tüm hocalarıma, birlikte yol aldığımız bölümümüz öğrencilerine, bu süreçte psikososyal desteklerini eksik etmeyen, zaman mekân fark etmeksizin konferans görüşmeleri yaptığım AKKAYA-KOZAK çiftine, birlikte çalışmalar yürüttüğümüz yüksek lisans çalışma arkadaşlarıma ve ev arkadaşıma ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak, hayatımın her döneminde şüphesiz en büyük desteği veren, elde ettiğim her başarı da imzası olan, benden çok emek ve sabır gösteren, anlatmaya kelimelerin kifayetsiz kalacağı Canım AİLEM. Hayattaki en büyük şansım sizsiniz ve iyi ki varsınız. Sonsuz Teşekkürler ...

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı Antalya ili Kepez, Muratpaşa ve Konyaaltı ilçelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik haline etkisini değerlendirmektir. Bireylerin iyilik hali durumları arasındaki farklılıkların nedenleri ele alınmış ve bu farklılıkları etkileyen faktörlerin neler olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile demografik faktörlerin ne derece etkili oldukları araştırılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklemden %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile belirlenmiştir. Toplamda 211 kadın, 189 erkek katılımcı ile görüşme yapılmıştır. Olasılıklı örneklem tekniği kullanılmıştır. Görüşmeler gönüllülük esasına dayalı olup, ilçelerin halka açık alanlarında park, bahçe, pazar yerlerinde ve hanelerde gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizler, Statistical Package for the Social Sciences25 (SPSS 25.0) programı ile yapılmıştır. Toplanan veriler betimsel istatistik, bağımsız iki grup için T-testi, çoklu karşılaştırmalar için One Way ANOVA ve gruplararası ilişki için korelasyon testleri uygulanarak analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için TukeyHSD değerleri incelenmiştir.

Bulgular: Sosyo-demografik bilgiler kapsamında cinsiyet, yaş, ikamet edilen ilçe, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı gibi bilgiler ele alınmıştır. Ayrıca sağlıkla ilişkili olarak boy, kilo değerleri (BKI), algılanan sağlık, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, engel durumu ve medikal cihaz kullanımı gibi değişkenler incelenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve iyilik hali ölçeği kullanılmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda cinsiyet, eğitim durumu, algılanan gelir durumu ve benimsenen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: iyilik hali, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyo-demografik faktörler, yaşlanma

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the effects of socio-demographic factors and healthy lifestyle behaviours on the well-being of individuals aged 60 years and older living in Kepez, Muratpaşa and Konyaaltı districts of Antalya. The reasons of the differences between the well-being of individuals were discussed and the factors affecting these differences such as healthy lifestyle behaviours and demographic factors were investigated.

Method: The sample of the study was determined with 5% error rate and 95% confidence interval from the sample whose universe was known. A total of 211 female and 189 male participants were interviewed. Probability sampling technique was used.. The interviews were conducted on a voluntary basis in parks, gardens, market places and households in public areas of the districts. Statistical analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) analysis program. Collected data were analysed for descriptive statistics as well as T-test for two independent groups, One Way ANOVA for multiple comparisons and correlation tests for intergroup relationships. $P < .05$ was accepted as the level of significance. TukeyHSD values were examined in order to determine the meaningful difference between the groups.

Results: Within the scope of socio-demographic information, information such as gender, age, district of residence, marital status, education level, perceived income status and social security assets were considered. Also variables such as height, weight values (BMI), perceived health, chronic illness and regular drug use, alcohol and cigarette, disability status and medical device use which all related to healthiness, were examined. Healthy lifestyle behaviours scale and well-being scale were used.

Conclusion: As a result of the study, gender, educational status, perceived income status and adopted healthy lifestyle behaviours were found to be related to well-being.

Key words: wellness, healthy lifestyle behaviours, socio-demographic factors, ageing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık	3
2.1.1. Yaşlı, Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları	3
2.1.2. Demografik Değişim ve Dönüşüm	4
2.2. İyilik Hali	7
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi	11
2.4. Gerontolojik Bakış Açısıyla İyilik Hali	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı	19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	20
3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi	20
3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	20
3.4.2. İyilik Hali Ölçeği	20
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	21
3.4.4. Verilerin Analizi	21
3.5. Araştırma Takvimi	21

4. BULGULAR	22
4.1. Bulgulara Genel Bakış	222
4.2. Sosyo-demografik Faktörlere İlişkin Bulgular	299
4.3. Sağlıkla İlişkili Bulgular	344
4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular	399
5. TARTIŞMA	
4141	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	522
KAYNAKLAR	588
EKLER	688
EK 1: Aydınlatılmış Onam	
EK 2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	
EK 3: İyilik Hali Ölçeği	
EK 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği	
EK 5: Etik Kurul Onayı	
EK 6: Araştırma İzin Belgeleri	
ÖZGEÇMİŞ	799

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Katılımcıların Sosyo-demografik Profili	23
Tablo 4.2.	Katılımcıların Sağlıkla İlişkili Profili	24
Tablo 4.3.	İlaç Kullanıma Bağlı Kronik Hastalık	27
Tablo 4.4.	Katılımcılara Ait Diğer Bulgular	28
Tablo 4.5.	Beden Kitle Endeksi (BKI)	29
Tablo 4.6.	Katılımcıların Cinsiyete Göre İyilik Hali Durumu	29
Tablo 4.7.	Katılımcıların Yaşa Göre İyilik Hali Durumu	30
Tablo 4.8.	Katılımcıların Medeni Duruma Göre İyilik Hali	30
Tablo 4.9.	Katılımcıların Eğitim Duruma Göre İyilik Hali	31
Tablo 4.10.	Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Gruplararası Farklılığın Sebebi	31
Tablo 4.11.	Katılımcıların Algılanan Gelir Durumuna Göre İyilik Hali	32
Tablo 4.12.	Katılımcıların Algılanan Gelir Durumuna Göre Gruplararası Farklılığın Sebebi	33
Tablo 4.13.	Katılımcıların Sosyal Güvence Durumuna Göre İyilik Hali	33
Tablo 4.14.	Katılımcıların Yaşadıkları İlçeye Göre İyilik Hali	34
Tablo 4.15.	Katılımcıların Algılanan Sağlık Durumuna Göre İyilik Hali	35
Tablo 4.16.	Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanımına Göre İyilik Hali	35
Tablo 4.17.	Katılımcıların Beden Kitle Endeksi Değerlerine Göre İyilik Hali	36

Tablo 4.18.	Katılımcıların Alkol Sigara ve Medikal Cihaz Kullanımına Göre İyilik Hali	37
Tablo 4.19.	Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Göre İyilik Hali	39
Tablo 4.20.	Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Faktörlerine Göre İyilik Hali	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Sağlık ve İyilik Hali İlişkisi	8
Şekil 2.2.	Tufan Çark Modeli	16
Şekil 2.3.	Gerontolojik Bakış Açısı ile İyilik Hali	17

SİMGELER ve KISALTMALAR

Akt	: Aktaran
BKI	: Beden Kitle Endeksi
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GEROATLAS	: Türkiye Gerontoloji Atlası
İHYM	: İyi Hali Yıldızı Modeli
İHYÖ	: İyi Hali Yıldızı Ölçeği (Lifestyle)
SPSS 25.0	: Statistical Package for the Social Sciences25
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ve ark	: ve arkadaşları
WEL Lifestyle)	: Orijinal İyi Hali Ölçeği (The Wellness Evaluation of Lifestyle)

1. GİRİŞ

Küreselleşen toplumla birlikte doğumda beklenen yaşam süresi ve toplam doğurganlık hızı azalmış, buna bağlı olarak nüfus artış oranı ve ortanca yaşta değişiklikler meydana gelmiştir. Türkiye nüfus verilerine göre; 1960 yılında 45,3 olan beklenen yaşam süresi, 2018 yılında 78,3'e yükselmiştir. Toplam doğurganlık hızı 1960 yılında 6,7 iken, 2018 yılında 2,10'a düşmüştür. Ayrıca nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında 1,85'e düşeceği ve nüfusun daha yavaş artış göstereceği tahmin edilmektedir. Buna bağlı olarak Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. 2014 yılında 65 yaş üstü nüfus 6 milyon 192 bin 962 son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204'e ulaşmıştır. Ülkemizdeki yaşlı nüfus oranı 2014 yılında %8 iken; 2018 yılında %8,8'e yükselmiş ve bu oranın 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9 olacağı tahmin edilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin de artmasıyla birlikte, 80 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan ileri yaş kavramı ortaya çıkmaya başlamıştır. İleri yaşla bireylerde ekonomik kayıplar ve yetersizlik, eş kaybı ve bireyselleşme, özgüven eksikliği ve toplumdan izole olma, dulluk, kronik hastalıkların artması ve bakıma muhtaçlık gibi sorunlar artmaya başlamıştır (Tufan ve ark., 2017; Kalıncara ve Kapıkıran, 2018). Koşulların iyileştirilmesi ve sağlık sorunlarının çözülmesi için öncelikle durum tespitinin yapılması ve bireylere sağlıklı yaşam biçimini benimsetmek gerekmektedir. Bu noktada bireylerin iyilik haline erişmeleri temel amaç olmalıdır.

İyilik hali, bireylerin sağlıklı yaşam tarzına yönelimi ile bireyin kendini keşfetmesi ve akıl-beden-ruh bütünlüğünü sağlayarak yaşamını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000). İlk akademik tanım Dunn (1958) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı olmaya ek olarak bireyin yetenek ve becerilerini kullanma kapasitesini artırması ve maksimum insan performansı sergilemesi olarak tanımlanmıştır (Dunn, 1958; Myers ve Williard, 2003). İyilik haline yönelik geliştirilen model ve ölçeklere bakıldığında ortak paydanın bireylerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri olduğu görülmektedir. Bireyin anne karnına düştüğü andan, ölümüne kadar devam eden süreçte, sağlıklı yaşam biçimi ne kadar erken benimsenirse, bireyin yaşam kalitesi uzun yıllar devam edecek ve ileri yaşla ortaya çıkan sorunlar o oranda azalacaktır.

Bu nedenle öncelikle bireylerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri sağlanmalı, daha sonra iyilik haline erişebilmeleri için çeşitli yöntemler denenmelidir.

Bu araştırmada 60 yaş ve üzeri bireylerin iyilik halinin değerlendirilmesi amaçlanmış olup, iyilik haline etki eden faktörler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Yapılan literatür araştırması sonucunda bireyin iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülen bir dizi değişken ortaya çıkmış ve soru formu bu doğrultuda hazırlanmıştır. Katılımcılar Antalya ili Kepez, Konyaaltı ve Muratpaşa ilçelerinde seçilmiş ve örneklem büyüklüğü evreni bilenen örneklem formülü ile hesaplanmıştır. Araştırmanın temel hipotezleri (i) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali ile ilişkisinin ve (ii) sosyo-demografik faktörlerin iyilik hali ile ilişkisinin varlığı veya yokluğunun sınanmasıdır.

Yaşlı bireylerin iyilik halini sağlıklı yaşam biçimi ve sosyo-demografik faktörlerle birlikte ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden, araştırmaya başlamadan önce, Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi öğrencilerinden oluşan 96 kişilik bir grupta Mart 2019 tarihinde pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, cinsiyet ve gelir ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, yaş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iyilik hali arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki çıkmıştır. İlköğretim ile üniversite mezunu katılımcıların iyilik hali arasında anlamlı farklılıklar çıkmıştır. Medeni durum ile iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasına rağmen, eşi vefat etmiş katılımcıların iyilik hali puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (bkz. Bahar ve Başbüyük, 2019). Bu şekilde araştırmanın yapılabilirliği test edilmiş ve soru formunda revizyonlar yapılmıştır.

60 yaş ve üzeri bireylerin iyilik hali üzerine araştırmaların sınırlı olması, araştırmaya duyulan ilgiyi artırmıştır. Bireylerin iyilik hali düzeyleri ve iyilik haline etki eden faktörler belirlendikten sonra soruna yönelik hizmet modellerinin geliştirilmesi planlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

2.1.1. Yaşlı, Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Demografik değişim ve dönüşümlerin etkisiyle günümüzde nüfuslaşma ve yaşlanma kavramlarında değişiklik yaşanmaktadır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda hızlı nüfus artışı ile birlikte nüfuslaşma kavramı ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının azalması, doğumda beklenen ömür uzunluğunun artması ile birlikte yaşlı nüfusun artması ve yaşlanma kavramı ortaya çıkmıştır (Aktan, 2008). Meydana gelen bu değişiklikler yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık kavramlarının daha açık bir dille anlatılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Öyle ki, bu kavramlar birbirleriyle yakın anlamda kullanılmasına rağmen aralarında farklılıklar söz konusudur (Kurtkapan, 2018).

Yaşlanma ve yaşlılık temelde biyolojik bir faktör olarak ele alınmasına rağmen, farklı sosyokültürel algılar barındıran toplumlara, hatta aynı toplumda zamana göre değişkenlik gösteren kavramlardır (Tuna ve Tenlik, 2017; Kurtkapan, 2018). Yaşlanma, canlının anne rahmine düştüğü anda başlayan daha çok bireysel ve biyolojik faktörleri işaret eden zaman sürecidir. Yaşlılık ise; belli bir yaştan sonra başladığı kabul edilen toplam yaşam süresinin dönemlerinden biridir ve daha çok toplumsal faktörleri barındırmaktadır (Tufan, 2002; Tuna ve Tenlik, 2017; Kurtkapan, 2018). Yaşlılık ve yaşlanma kavramı gibi yaşlı kavramı da döneme, topluma ve zamana göre değişiklik göstermiştir. Kavramsal olarak yaşlı; bireylerin biyolojik, psikolojik ve fizyolojik olarak yeterliliklerini kaybetmesi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini üst düzeyde sürdüremeyecek duruma gelmesi olarak kullanılmaya başlanmıştır (Akin, ve ark., 2015). Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği’ne göre ise; “60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç kişi” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, Sayı:24325). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletlere (BM) göre yaşlı; belli bir yaşı aşan ve toplam yaşam süresinin dönemlerinden biri olan yaşlılık dönemine giren kişi olarak tanımlanmaktadır (Tufan, 2007; Kurtkapan, 2018; Alaydın, 2019).

BM'ye göre; 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık olarak kabul edilmektedir. Bu ayrımların yanı sıra, toplumlar da yaşlı nüfus oranına göre gruplandırılmıştır. Yaşlı nüfusun, toplam nüfusa oranı %4 ve altı olan ülkeler Genç toplumlar olarak adlandırılırken, %4-7 arası Erişkin Toplum, %7-10 arası Yaşlı toplum, %10 ve üzeri olan ülkeler ise Çok yaşlı toplum olarak kabul edilmektedir (Tümerdem, 2006; Akyıldız, 2013). Ayrıca bir ülkedeki yaşlı nüfusun, toplam nüfusa oranı %8-%10 arasında olması o ülke nüfusunun “yaşlı”, %10'un üzerinde olması ise “çok yaşlı” olduğu anlamına gelmektedir (Özkul ve Kalaycı, 2015).

Modern insan türü olan *Homo sapiens*'in yaklaşık 200.000 yıllık tarihinin son birkaç yüz yılında yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık kavramlarının değişimi ve çeşitliliği dünya genelindeki demografik dönüşümlerden kaynaklanmaktadır. İnsan popülasyonunun hızla artışının en önemli nedeni, insanın dünyayı dönüştürme ve kendi ekolojik nişini yaratma konusundaki üstün yeteneğinden kaynaklanmaktadır (Özgün Başbüyük ve Başbüyük, 2019).

2.1.2. Demografik Değişim ve Dönüşüm

İnsanlık tarihi boyunca 1800'lü yılların başına kadar Dünya nüfusu çok yavaş bir artış göstermiştir. Modern insanın 200.000 yıllık geçmişine bakıldığında; yapılan savaşlar, sağlık koşullarının elverişli olmaması ve hastalıklardan kaynaklı ölümlerin fazla olması gibi yaşam standartlarının düşük olduğu Dünya'da 1000 yılında 310 milyon olan insan nüfusunun 1 milyona ulaşması yaklaşık 1850'li yıllara uzanmıştır. Bu tarihten sonra nüfus hızlı bir artış eğilimi göstermiştir. 1959'da yaklaşık 3 milyar olan dünya nüfusu, 1974'te 4 milyarı bulmuştur ve günümüzde 7,5 milyarın üstünde insan popülasyonu söz konudur (Kalınkara, 2009; Özgün Başbüyük ve Başbüyük, 2019).

İnsanlığın avcı toplayıcı toplumdan yerleşik hayata geçmesi ve tarımsal faaliyetlerin gelişmesi benimsenen yaşam tarzını değiştirmeye başlamıştır. Tarımsal alandaki gelişmeler, kırsal alanda daha iyi beslenme ve yaşam koşullarını beraberinde getirmiştir. Bu durum kırsal alanda yaşam süresinin uzamasını ve nüfusun artmasını sağlamıştır. Öte yandan endüstrileşmeyle birlikte yaşam koşullarında daha köklü değişiklikler ortaya çıkmaya başlamış, teknoloji ve tıptaki gelişmelerle sağlık koşulları iyileştirilmiş ve dolayısıyla ölüm oranları düşmeye başlamıştır.

Sağlığı koruma ve sürdürme konusundaki bilinç düzeyinin artırılması, sanayileşme ile iş olanaklarının artması, iyi eğitim ve toplumların çağdaşlaşması gibi gelişmelerle yaşam standartları yükselmeye, doğumda beklenen yaşam süresi artmaya başlamıştır (Tufan, 2016; Başbüyük, 2017; Bektaş ve ark., 2019).

Nüfusun yaşlandığını gösteren belirleyiciler; doğuştan beklenen yaşam süresi, toplam doğurganlık hızı, nüfus artış oranı ve ortanca yaşa dair verilerdir (Varışlı, 2017). Bu oranlar gelişmiş, gelişmekte ve az gelişmiş ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte dünya genelinde 1950 yılında 46 olan yaşam beklentisi, 1980 yılında 59,5'e 2016 yılında 72,04'e yükselmiştir (Kalınkara, 2009). Toplumların değişmekte olan nüfus yapılarını Demografik Geçiş Teorisi ile açıklamak mümkündür. Teori ilk defa 1929 yılında Amerikalı demograf Warren Thomson tarafından gündeme getirilmiştir. Bütün toplumlar kaçınılmaz olarak yüksek doğum ve ölüm oranlarından yüksek doğum, düşük ölüm oranlarının olduğu evreye ve son olarak düşük doğum ve ölüm oranlarının olduğu evreye geçiş yaparlar. Başlangıçta düşük olan nüfus artış hızı, 2.evrede yüksektir ve son evrede bu artış hızı azalarak sifıra yaklaşır ve dengeye ulaşır. Bu demografik süreci Avrupa ülkelerinde olduğu gibi bazı toplumlar 100 yılda tamamlarken, Türkiye gibi gelişmekte olan toplumlar 40-50 yıl gibi bir sürede tamamlamak durumunda kalabilir. Bu aşamada önemli olan toplumların er ya da geç yaşlı bir nüfusa sahip olacağı ve Dünya nüfusunun yaşlanmakta olduğudur (Özgün Başbüyük ve Başbüyük, 2019; Tenlik ve Tuna, 2017). Bu noktada Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılığı biyopsikososyal yönden ele alan Gerontoloji bilim dalının ortaya çıkışı kaçınılmaz bir zorunluluk halini almıştır (Tufan, 2016).

Public Data tarafından paylaşılan Türkiye nüfus verilerine göre; 1960 yılında 45,3 olan beklenen yaşam süresi, 1990 yılında 64,2 2018 yılında ise 75,7'ye ulaşmıştır. Doğurganlık hızı 1960 yılında 6,7 iken, 1990 yılında 3,11'e ve 2018 yılında 2,10'a düşmüştür. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında 1,85'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu durum Türkiye'nin yaşlanmakta olan nüfusunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Mart 2019 tarihinde yayınlanan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2014 yılında 65 yaş üstü nüfus 6 milyon 192 bin 962 son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204'e ulaşmıştır. Ülkemizdeki yaşlı nüfus oranı 2014 yılında %8 iken; 2018 yılında %8,8'e yükselmiştir.

Ayrıca nüfus projeksiyonlarına bakıldığında, ülkemizdeki yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2019).

2018 TÜİK verilerine göre; doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 80,8 erkeklerde 75,3'e yükselmiştir. Yaşlı nüfus ve ömür uzunluğunun artması ile 2000'li yıllardan itibaren ileri yaşlılık kavramı belirginleşmeye başlamıştır. İleri yaşlılık, 80 yaş ve üzeri nüfusu ifade etmekte ve Türkiye'nin en hızlı büyüyen yaş grubunu oluşturmaktadır (TÜİK, 2018; Tufan, 2007; Tufan ve ark., 2018). Yaşlanan toplumlarda olduğu gibi Türkiye'nin de kısa sürede yaşlanacağı tahmin edilmektedir (Korkmaz, 2014). Buna bağlı olarak muhtemel sorunların önceden tahmin edilerek çözüm modellerinin oluşturulması gerekmektedir. İleri yaşla birlikte ekonomik düzeyde yetersizlik, dulluk, rol kaybı, bireyselleşme, yaşlılığa hazırlıksız yakalanma, özgüven eksikliği, toplumdan izole olma, bakıma muhtaçlık gibi sosyal sorunlar artmaya başlamıştır. Bunun yanı sıra yaşla birlikte metabolik sendromların oluşması ve artışı, kronik hastalıkların ve demansın görülme sıklığının artması gibi sağlık sorunları da artmaya başlamıştır (Tufan ve ark., 2017; Kalıncara ve Kapıkıran, 2018). Bahsi geçen sosyal ve sağlık sorunların çözülmesi bireylerin sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve iyilik haline ulaşmaları ile mümkün olacaktır. Ayrıca yaşlılığı tek boyutla ele almak yerine biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirmek köklü çalışmaların hayata geçirilmesi açısından önemlidir.

Baltes ve Baltes'e göre; "*Gerontoloji, yaşlanma ve yaşlılığın bedensel, psişik, sosyal, tarihsel ve kültürel yönlerinin tarifi, açıklaması ve modifikasyonu ile ilgilenmektedir.*" Gero yunanca yaşlı adam anlamına gelmekteyken, Gerontoloji kavramı ilk kez 1903 yılında Elie Metchnikoff tarafından öne sürülmüştür. Multidisipliner bir alan olan Gerontoloji, diğer bilim dalları ile iş birliği içinde çalışırken yaşlılık ve yaşlanma dönemleri üzerine uzmanlaşan bir bilim dalı haline gelmiştir (Baltes ve Baltes, 1992; Kalıncara, 2014). Türkiye'de yaşlılık alanında çalışmalar olmasına rağmen, Gerontoloji'nin tarihi 2000-2023 yıllarını kapsayan Türkiye Gerontoloji Atlası (Geroatlas) çalışmaları ile başlamış ve ilk Gerontoloji Bölümü 2005-2006 yılında Akdeniz Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi bünyesinde kurulmuştur. 2009-2010 yılında lisans eğitimine başlamış ve 2013 yılında Türkiye'nin ilk gerontologları mezun olmuştur (Tufan, 2017).

2017 yılında kurulan Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne bağlanan Gerontoloji bölümü lisans, yüksek lisans ve doktora programı bulunan tek bölümdür. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde kurulan Gerontoloji Bölümü ise; 2015 yılında lisans eğitimine başlamış ve 2019 yılında ilk mezunlarını vermiştir. Alanında uzman kişiler tarafından eğitimlerini tamamlayan gerontologlar, yukarıda bahsi geçen yaşa ve yaşlılığa bağlı ortaya çıkan sorunların çözümünde kilit rol oynamaktadır.

2.2. İyilik Hali

İyilik hali (Wellness) kavramının ortaya çıkışı 1940 yıllarına dayanmaktadır. 1958 yılına kadar iyilik hali sağlık tanımı ile birlikte ele alınmış; hastalık ve sakatlık belirtilerinin olmaması olarak ifade edilmiştir (Fişek, 1985; Witmer ve Sweeney, 1992; Doğan, 2006; Turğut, 2017). İyilik haline yönelik ilk akademik tanım 1958 yılında Dunn tarafından yapılmış ve 1980 yılında Hettler, 1998 yılında Ardell, gibi birçok yazar tarafından geliştirilmiştir (Korkut Owen ve ark., 2017). İyilik hali; sağlıklı yaşam tarzına yönelim, kendini keşfetme ve bireysel amaçlara sahip olma, akıl-beden-ruh bütünlüğünü sağlama ve optimal seviyede yaşam sürdürmek olarak tanımlanmaktadır (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000).

Dunn'a (1958) göre iyilik hali; sağlıklı olmaya ek olarak bireyin yetenek ve becerilerini kullanma kapasitesini artırması ve bireyin erişebileceği maksimum potansiyele erişmesidir (Dunn, 1958; Myers ve Williard, 2003). Ryff'a (1989) göre iyilik hali; psikolojik ve sosyal iyilik halini kapsayan bireylerin yaşam tutumlarını, yaşam doyumlarını ve duygulanımlarını ele alan çok boyutlu bir kavramdır. Hatfield ve Hatfield (1992) ise iyilik halini "*İnsanların entelektüel, fiziksel, sosyal, duygusal, mesleki ve ruhsal olmak üzere bütün yönleriyle iyi oluşlarını güçlendirmeyi amaçlayan bilinçli ve maksatlı süreç*" olarak tanımlamıştır (Kasapoğlu, 2013). Genel olarak iyilik hali; sağlıklı olmanın ötesinde her bireyin gerçekleştirme potansiyeline sahip olduğu biyolojik, psikolojik ve manevi esenlik durumuna sahip olmasıdır (Connolly ve Myers, 2003; Ivey ve ark., 2013).



Şekil 2.1. Sağlık ve İyilik Hali İlişkisi

Kaynak: Els, & De la Rey, (2006)'dan esinlenerek oluşturulmuştur.

Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile bireylerin iyilik haline yaklaşabilmeleri mümkündür. Sağlıklı olmak, iyilik haline ulaşmada ara basamak olarak değerlendirilebilir (Şekil 2.1). Bu açıdan, iyilik hali düzeyine ulaşmak ve mevcut potansiyeli artırmak amacıyla çeşitli araştırmalar yürütülmüş ve iyilik hali modelleri geliştirilmiştir. İyilik Hali Çemberi Modeli, İyilik Hali için Bölünmez Ben Modeli, İyilik Hali Yıldızı Modeli bilinen ve tercih edilen modellerdendir.

Türkiye’de en fazla bilinen ilk model Myers, Sweeney ve Witmer (2000) tarafından geliştirilen İyilik Hali Çemberi Modeli (The Wheel of Wellness) olmuştur. Adler’in yaşama görevleri kuramından esinlenilerek ortaya çıkan model çemberde yer alan unsurların bireylerin yaşam tarzını etkileyen 12 faktörden oluşturulmuştur. Kişinin kendisini gerçekleştirmesini sağlayan sosyal, sağlık ve ekolojik tüm alanlarda refah seviyesine ulaşması anlamına gelmektedir (Erbaş ve Kağnıcı, 2017; Gürkan, 2014; Doğan, 2006). Söz konusu model Ivey ve ark. (2013) tarafından geliştirilerek 5 bileşenli, 17 alt faktörlü İyilik Hali İçin Bölünmez Ben: Modeli adını almıştır (Gürkan, 2014). Türkiye’de Korkut-Owen ve Owen (2012) ise alanyazındaki modellerin çoğunda vurgulanan boyutlara dayanarak ve yıldız metaforundan yararlanarak beş boyutlu İyilik Hali Yıldızı Modeli (İHYM) adında bir model geliştirmiştir. Model, fiziksel, psikolojik/duygusal, sosyal, entellektüel/mesleki ve spiritüel olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. İyilik hali çemberi modelinde olduğu gibi bu modeldeki unsurların da birbirleri ile ilişki halinde olup, birbirini etkileyeceği düşünülmektedir. Fiziksel boyutuyla; yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, doktor kontrolü gibi sağlığın fiziksel boyutları, duygusal ve psikolojik boyutuyla; kendine güven, duyguları fark etme ve kontrol edebilme, tecrübe ve deneyimler gibi içsel faktörler, sosyal boyutuyla; bireylerin çevresi, ailesi, akraba ve komşu ilişkileri gibi sosyal ağlarını kapsayan faktörler, entellektüel ve mesleki boyutuyla; çalışma hayatı ve kendini geliştirmeyi sevip, yeteneklerini toplum için kullanma, gönüllülük esaslı faaliyetlere katılma gibi unsurlar ve spiritüel boyutuyla;

yaşamın amacını ve anlamını arama gibi unsurlar yer almaktadır (Korkut-Owen, Doğan, Demirbaş-Celik ve Owen, 2016). Mevcut modellerin birleştiği ortak nokta; bireylerin iyilik haline ulaşmaları sadece sağlık durumları ile değil, aynı zamanda sosyal, psikolojik, manevi duygulanımlarla da ilişkili olduğu yönündedir. Buna ek olarak, sağlıklı yaşam biçimi benimsendiği sürece iyilik hali sonradan öğrenilebilir ve değiştirilebilir özelliklere sahiptir (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000).

İyilik haline yönelik geliştirilen modellere ek olarak, bir dizi ölçek çalışmaları yürütülmüştür. Dayandığı modele bağlı olarak geliştirilen; Orijinal İyilik Hali leği, İyilik Hali Yıldızı leği ve İyilik Hali leği bilinen ve sıklıkla tercih edilen leklerdendir.

Türkiye’de iyilik hali ile ilgili lme araçları daha çok uyarlama çalışmaları biçimindedir (Owen ve ark., 2016). Orijinal İyilik Hali leği (The Wellness Evaluation of Lifestyle (WEL)): İyilik hali çemberi modelini destekler nitelikte olup, ilk olarak Witmer ve Sweeney (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 5 temel yaşam görevi (maneviyat, kendini düzenleme, çalışma-serbest zaman, sevgi ve arkadaşlık) ve 12 alt yaşam alanları (kendine bakma, stres yönetimi, beslenme, problemleri çözme ve yaratıcılık, egzersiz yapma, cinsel kimlik, kültürel kimlik, değerli olma duygusu, gerçekçi inançlar, kontrol duygusu, mizah duygusu ve duygusal farkındalık–başa çıkma) değerlendirilmektedir. Ölçek geliştirildikten sonraki yıllarda daha iyi hale getirmek amacıyla birkaç revizyondan geçirilmiştir (Kasapoğlu, 2013). İyilik Hali Yıldızı leği (İHY): İyilik hali yıldızı modelini temel alarak oluşturulmuştur. Korkut-Owen, Doğan, Demirbaş-elik ve Owen (2016) tarafından niversite öğrencileri üzerinde geliştirilen ölçek 24 maddeli beş boyutlu bir yapı göstermektedir. Ölçekte fiziksel, psikolojik/duygusal, entellektüel/mesleki, sosyal ve spiritüel olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. 291 kişi üzerinde çalışılmış ve geçerlilik güvenilirlik testi yapılmıştır (Owen ve ark., 2017). Diener ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen İyilik Hali leği (Flourishing Scale) sekiz maddelik lek; Fidan ve Usta (2013) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek; katılımcıların iyilik haline ilişkin algılarını değerlendiren ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesine dayanan (self-report) bir lme aracıdır. 385 kişi üzerinde yürütülmüş ve geçerlilik güvenilirlik testi yapılmıştır.

Katılımcılardan ölçek maddelerine 1-kesinlikle katılmıyorum yanıtından 7-tamamen katılıyorum yanıtına kadar değişkenlik gösteren 7'li Likert tipi bir derecelendirmede görüş bildirmeleri beklenmektedir. Ölçekte yer alan tüm maddelerin puanları toplanarak toplam bir iyilik hali puanı elde edilebilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 56, en düşük puan ise 8'dir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır (Fidan ve Usta, 2013).

Alanyazında yapılan çalışmalar sonucunda iyilik halinin; öznel ve psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu, yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti, mutluluk ve sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu durumu iyilik hali kavramının tanımından yola çıkarak öngörmek de mümkündür (Roysamb ve ark., 2002). Bu araştırmanın değişkenlerinden biri olan sağlıklı yaşam biçimi kavramına yoğunlaşmadan önce diğer kavramlar hakkında genel bilgi vermek yerinde olacaktır.

İyi oluş (Well-being) iyilik haline en yakın kavramlardan biridir. İyi oluş genellikle ruh sağlığını ifade etmektedir. İyilik halinin yanı sıra bireyin kendini nasıl anlamlandırdığı ve içsel doyumu ile ilişkili öznel yargılarını barındırmaktadır. İyilik hali ise bireyin nasıl bir yaşam tarzı benimsediği ve sadece psikolojik yönden değil aynı zamanda sağlık, kültürel, manevi ve sosyal yönden de tam refaha erişme durumu ile ilişkilidir. Bu açıdan her iki kavram da bireyin daha iyiye ulaşması ve olumlu duygulanımları içermesini kapsamasına rağmen perspektif yönüyle birbirinden ayrılmaktadır (Diener, Oishi ve Lucas, 2003; Korkut-Owen, 2016).

Yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti kavramları birbirleri ile iç içe girmiş durumdadır. Yaşam doyumu, bireyin kendi hayatı için belirlemiş olduğu kriterlere bağlı olarak hayatını devam ettirmesi ve kriterlere ulaşma durumuna bağlı olarak pozitif duygular barındırmasıdır. Yaşam doyumu, öznedir ve kişinin kendi tercihleri ile oluşur. Ayrıca belirli bir alana özelleşmeyip hayatın tamamına odaklanmaktadır (Dağlı ve Baysal, 2016; Haybron, 2004).

Yaşam kalitesi, bireyin kendisini ve içinde bulunduğu çevreyi nasıl anlamlandırdığı ve nasıl algıladığı ile ilgilidir. Ayrıca bireyin hayalleri ve beklentilerinin ne kadarının karşılandığını konu alır. Bu durum bireyin içinde bulunduğu koşullara uyum sağlaması ve değer sistemi ile ilişkilidir (Özmete, 2010).

Yaşam memnuniyeti kavramının tam olarak bir açıklaması bulunmamakla birlikte yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarından oluştuğu tahmin edilmektedir. Bireyin sahip olduğu imkanlar dahilinde hayatını idame ettirmesi ve bu durumdan duyduğu hoşnutluk durumudur. Sağlık, ekonomik ve çevresel koşulların yanı sıra sosyo-demografik faktörlerle de yakından ilişkilidir.

Kavramlar, kişinin kendi belirlediği standartları ifade etmekle birlikte öznel koşulları barındırmaktadır (Kurt ve ark., 2010).

Alanyazında yapılan araştırmalar sonucunda iyilik halinin kazanılabilir ve sonradan öğrenilebilir olduğu görülmüştür (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000; Korkut Owen ve Demirbaş Çelik, 2018). Bireyler sağlıklı yaşam biçimini benimsedikleri takdirde iyilik haline erişmeleri daha mümkün olacaktır. Ayrıca sağlıklı olmanın ötesine geçtikçe, kronik hastalıkların ortaya çıkma oranında düşme, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi faktörler daha az görülecektir. Bu açıdan bireylerin ve toplumların iyilik haline erişmelerinde en önemli faktörlerden birisi sağlıklı yaşam biçimidir (Korkut Owen ve Demirbaş Çelik, 2018; Gür ve Sunal, 2019; Doğan, 2008).

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlık, 1940 yılına gelinceye kadar hastalığın olmaması olarak tanımlanırken, 1947'den sonra genişletilerek sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır (Doğan, 2006). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine göre ise, bireylerin sağlık ve refah seviyesine ulaşmak için beslenme, konut, tıbbi bakım gibi gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Ayrıca, her birey insan onuruna yakışır ve sağlıklı biçimde yaşamayı hak etmektedir. Bu açıdan sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik sağlık hareketi ve programları başlamıştır. 21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri ise sağlığı geliştirme kavramı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi bireylerin iyilik haline etki edecek en önemli faktörlerden biridir (Bahar ve Açıl, 2014).

Pender'e göre sağlığın geliştirilmesi; bireyin kendini kontrol etmesi, sağlık davranışlarını kazanarak uzun süre bunu yürütmesi ve yürütmeye istekli olması anlamına gelmektedir (Gürsel ve ark., 2016; Pender, 1996).

Sağlığı geliştirmek amacıyla edinilen olumlu sağlık davranışları bireyin sağlıklı yaşam biçimini benimsemesini sağlayarak, kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltacak ve yaşam kalitesi ile birlikte mevcut iyilik düzeyini artıracaktır (Owens, 2006). Sağlıklı yaşam tarzı, yeterli ve dengeli beslenme, yeterli uyku, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilgi ve iletişim, düzenli fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi-spiritüel ilişkileri kapsamaktadır (Pender ve ark., 1992; Walker ve Hill-Polerecky, 1996).

DSÖ bireylerin yaşam kalitelerinin %60'ının ve Demirbaş-Çelik ve Korkut-Owen ise bireylerin iyilik halinin %68'inin onların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarından kaynaklandığını saptamıştır (Demirbaş-Çelik ve Korkut-Owen, 2017; Yılmaz ve Çağlayan, 2016).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin ilk versiyonu Walker tarafından 1987 yılında 48 madde ve 6 faktör olarak geliştirilmiştir. 1992 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak geliştirilmiş ve 52 soru, 6 alt faktör haline getirilmiştir (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Ölçekte yer alan sorular, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler alt faktörlerine göre şekillenmiştir. Bireyin kendi sağlığı hakkında bilgisinin olması, ihtiyaç halinde gerekli profesyonel yardıma açık olması ve sağlık koşullarını daha iyiye ulaştırma bilincine sahip olması sağlık sorumluluğunu içermektedir. Bireyin fiziksel aktiveyi günlük yaşamın bir parçası haline getirip, düzenli olarak hafif, orta veya ağır egzersizleri yapıyor olması fiziksel aktivite alt faktörünü oluşturmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme, uygun öğün seçme ve öğün atlamama gibi faktörler beslenme alışkanlıkları kapsamına girmektedir. Bireylerin içsel huzuru yakalaması ve kişisel gelişimleri için fırsat yaratması manevi gelişime girerken, sorunlarla baş edebilme potansiyeli ve bunun için fiziksel, psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ise stres yönetimi alt faktörünü oluşturur. Son olarak kişilerarası ilişkiler ise; bireyin içinde bulunduğu koşullara uyum sağlaması ve çevresindeki bireylerle sağlıklı iletişim kurmasını kapsamaktadır. Ölçeğin sağlıklı yaşam biçimini bütüncül bakış açısıyla ele alması bu araştırma için ilgi çekici olmuştur.

Bahsi geçen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Bahar ve ark., tarafından 2008 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ters puanlanan soru yer almamaktadır ve 1- hiçbir zaman, 4-düzenli olarak yanıtına kadar değişkenlik gösteren bir puanlama ile değerlendirilmiştir En düşük puan 52, en yüksek puan 208 olarak hesaplanmıştır (Bahar ve ark., 2008).

2.4. Gerontolojik Bakış Açısıyla İyilik Hali

Gerontoloji, “yaşlanma ve yaşlılığın bedensel, psikik, sosyal, tarihsel ve kültürel yönlerinin tanıtılması, açıklanması ve modifikasyonu ile ilgilenmektedir. Bunlara yaşlanma açısından önemli ve yaşlılığı yapılandıran çevreler ve sosyal kurumlar da dahildir” (Baltes ve Baltes, 1992; akt. Tufan, 2017). Gerontoloji farklı bilimlerin bakış açılarını dikkate alarak multidisipliner, interdisipliner ve transdisipliner çalışmalar yürütmektedir (Tufan, 2015). Bu noktada Gerontolojik bakış açısı oldukça önemlidir.

Gerontolojik Bakış açısı, yaşlılığın yapısal değişimini göz önünde bulundurarak bireyin kendi istek ve hedefleri doğrultusunda ihtiyaca yönelik çalışmaların yapılmasını hedef almaktadır (General Altersstudie, akt. Tufan, 2019). Böylece yaşlılık ve yaşlanma üzerindeki kırılma, zayıf hatta yaşlılığın ağlayan yüzü algısı değişecektir. Yaşamın birbirini takip eden dönemlerden ibaret olduğu unutulmamalı ve hayata geçirilen sosyal politikalarda gerontolojik bakış açısı göz ardı edilmemelidir. Bahsi geçen sosyal politikaların uygulanmasında sadece yaşlılığa özgü olanlarda değil yaşamın her döneminde dikkatle alınması gerektiği unutulmamalıdır. Bugünün genç kuşağının, yarınların yaşlı kuşağını oluşturacağı bilinmeli ve iyilik hali daha yüksek bir toplum için yaşamın her dönemi için özenle çalışmalar planlanmalıdır. Yaşlı bireylerin iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülen Yaşam Durum Konsepti, Müdahale (İntervensiyon) Gerontolojisi ve Tufan Çark Modeli kavramlarının açıklanması yerinde olacaktır.

Yaşam Durum Konsepti, insan-çevre ilişkisinde, bireyi etkileyen ve krize sokan problemlere odaklanmaktadır. Fakat problemlerin yönetiminden farklı olarak olanakların, fırsatların ve bireylerin oyun alanlarının yönetimi ile ilgilenmektedir (Tufan ve ark., 2017). Yaşam durum konseptinde önemli olan bireydir. Bahsi geçen oyun alanları ise, bireyin kendi istekleri doğrultusunda davranacağı, kendi planları dâhilinde eylemlerini gerçekleştireceği yaşam alanlarını ifade etmektedir.

Bireyin ihtiyacına yönelik hizmetlerin üretilmesi ve kaynakların hazırlanması, bireye kendini gerçekleştirmesi için fırsat tanınması yaşam durum konseptinin temelini oluşturmaktadır (Tufan, 2016).

Yaşam durum konseptine, farklı alanlardan farklı yorumlar getirilmiştir (Neagele, 1998; Backes ve Clemens, 2001; Schulz-Nieswandt, 2006).

Bireylerin rezervleri ve ihtiyaçlarını temel alarak, onlara uygun hizmet ve model geliştirilmesi yani; uygun kaynaklar aracılığıyla uygun oyun alanlarının oluşturulması yaşam durum konseptini oluşturmaktadır. Gerontolojik yaşam durum konseptine göre, yaşlılık döneminde ortaya çıkan bir sorun, tolerans sınırına eriştiğinde, bu sorunu ortadan kaldırmak üzere değişim isteği açığa çıkar. Bu durumda iki seçenek söz konusudur.

Eğer alınan önlemler bireylere uygun oyun alanları oluşturuyorsa sorun çözülür. Fakat alınan önlemler yetersiz ve geçici ise, uygun oyun alanları oluşmaz ve sorun tekrar eder. Kısa süreliğine çözülmüş görülebilir fakat tekrar tolerans sınırına erişerek patlak verecektir (Schneider, 2000).

Ayrıca Dünya'da yapısal değişim ve dönüşüm olduğu bilinmektedir. Bireyin toplumu, toplumun da bireyi etkilediği bir döngü söz konusudur. Toplumun imkân ve şartları değiştikçe, bireylerin rezerv ve kapasiteleri de değişiklik gösterecektir. Dinamik yapı var olduğu sürece, bireye özgü eylem oyun alanı ihtiyacı artacaktır. Bireyi oluşturan bireysel kaynaklar ve bu kaynakların yeterliliği (günlük yaşam yeterlilikleri, bilişsel yeterlilikler, psişik yeterlilikler) ile çevreden gelen bağlamsal kaynaklar (ekonomik kaynaklar, altyapısal kaynaklar, sosyal kaynaklar) arasında denge kurulmalıdır. Bunun yanı sıra bireyin sahip olduğu sağlık durumu ile yaşadıkları yer, trafik sistemi, mevcut hizmetler gibi çevresel faktörler de bireyin oyun alanlarına etki edecektir (Tufan, 2016; 2017).

Özetle, bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarının bilinmesi için öncelikle durum saptamalarının yapılması gerekmektedir. Ardından ihtiyaca yönelik eğitim ve modeller tasarlanmalıdır. Bu konsept sistematik olarak her alanda yapıldığı takdirde, müdahale gerontolojisi dahilinde bireyin mevcut durumuna yönelik, optimalleştirme, önleme (prevensiyon), rehabilitasyon ve tersinmez değişimlerin idaresi kendiliğinden yürütülmüş olacaktır.

Müdahale Gerontolojisi, temeli teorik bilgilere dayanan Gerontoloji'nin alt kollarından biridir (Tufan, 2015) ve planlı davranış değişimleri ile ilişkili, gerontolojik girişimleri kapsamaktadır (Tufan, 2018; 2019). Ursula Lehr (1979)'a göre gerontolojik müdahale, bireylerin psikolojik yönden kendilerini iyi hissetmeleri yani, psikolojik iyi oluşa ulaşarak ileri yaşlara erişebilmeleridir.

Petzold (1979) ise benzer bir tanım yaparak bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesi, korunması ve geliştirilmesi için önlem almak olarak ifade eder (Tufan, 2015 yayınlanmamış ders notu). Yapılan tanımlardan yola çıkarak, müdahale gerontolojisinin bireylerin daha sağlıklı yaşamaları için temel oluşturduğunu ve yaşam kalitesinin yükselmesi aynı zamanda bireylerin iyilik haline erişmeleri için bir takım girişim olduğunu söylemek mümkündür.

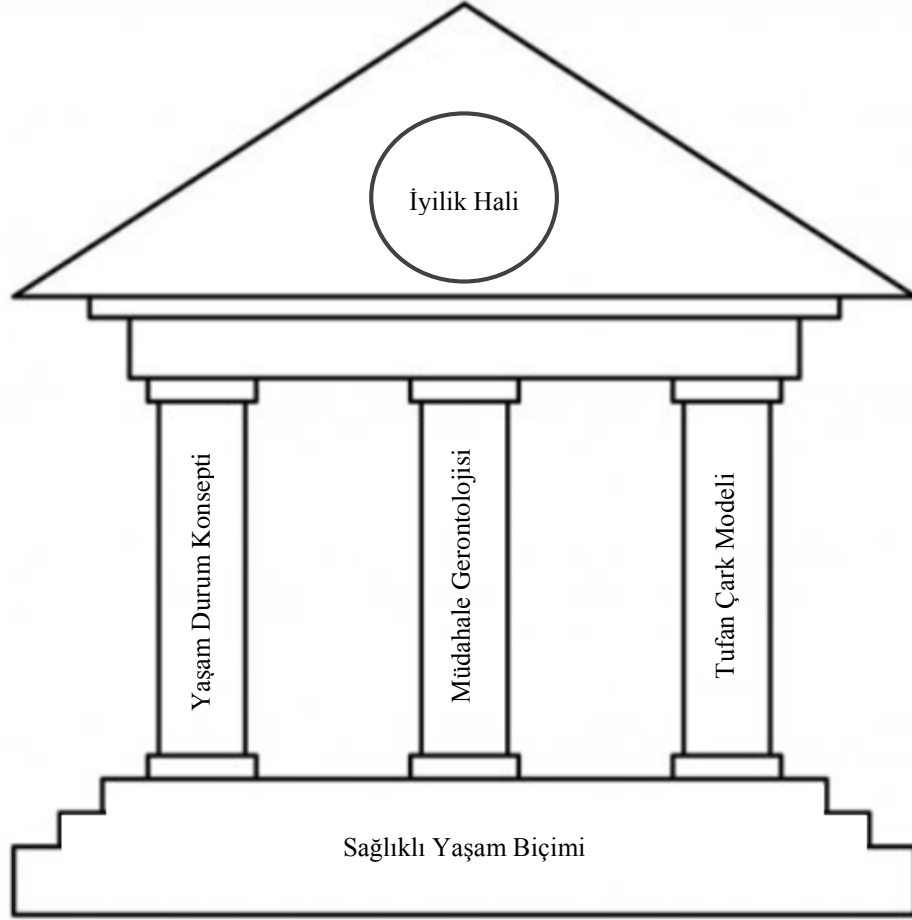
Gerontolojik müdahale, bireyin yaşam rezervleri ile ilgilidir ve sahip olduğu yetilerin korunması, kayıpların önlenmesi üzerine çalışmaktadır. Yaşam rezervlerinin, bireyin gelişim evrelerinin birikimi olduğunu söylemek mümkündür. Bu noktada müdahale gerontolojisinin 4 temel hedefi bulunmaktadır.

1. **Optimalleştirme;** yaşamın erken dönemlerinde bireyin gelişim koşullarını elverişli hale getirme, birikim yapmasını sağlama.
2. **Geroprofilaks ve Önleme;** yaşamın yetişkinlik evrelerinde (orta yaş dönemlerinde) yaşlılık evresine yönelik yeti kayıplarının oluşmasını önleme.
3. **Rehabilitasyon ve Terapi;** yaşamın yaşlılık evresinde, kaybolan yetilerin yeniden elde edilmesi, güçlendirilmesi veya yerine yenilerinin konulması.
4. **Tersinmez Değişimlerin İdaresi;** geri çevrilemez durumlarla baş edebilmek, mevcut yetenek ve becerileri güvence altına almak (Tufan, 2015 yayınlanmamış ders notu).

Gerontolojik müdahale, bireyin anne rahmine düştüğü andan, ölümüne kadar olan sürede, bireyin kendine kattığı beceri, kabiliyet ve yetilerini, mevcut psikososyal çevresi ve imkanlara erişilebilirliği ile ilgilenmektedir. Yürütülecek politika ve modellerin bu kapsamda planlanması oldukça önemlidir.

Bireylere sağlıklı yaşam tarzı ve iyilik hali ile ilgili eğitimlerin erken yaşlarda verilmesi, onların kişisel rezervlerinin daha iyi olanaklarla doldurmasını sağlayacak ve oluşabilecek yeti kayıplarından daha az etkilenmelerini sağlayacaktır. Bireyin

davranışları da göz önünde bulundurularak planlama yapılması gerekmektedir. Mevcut hizmetin kime verileceği, oluşturulan oyun alanlarından kimin veya kimlerin faydalanacağı tespit edilerek detaylı hizmet tasarımı ortaya konulmalıdır. Son olarak hizmet sunumu gerçekleştirilir ve çark dönmeye başlar. Bu aşamada yeni koşullar veya yeni problemler gelişebilir, çarkın dönmesi için tekrar başa dönülerek sorunun nerden kaynaklandığına yönelik araştırmalar yapılmaya başlanır (Şekil 2.2).



İnsanoğlu değişken bir varlıktır. Bir kültürün içine doğar, kültürden etkilenir ve kültürü etkiler. Meydana gelen demografik ve yapısal değişimler en başta insanı etkiler. Bu kapsamda ihtiyaç ve problemleri değişiklik göstermeye başlar.

Bu açıdan kişiye özgü oyun alanlarının oluşturulması çok önemlidir. Unutulmamalıdır ki, bir kişi veya toplum için uygun olan oyun alanı, başka bir kişi veya toplum için uygun olmayabilir. Bireylerin kendini gerçekleştirebilecekleri oyun alanları oluşturulurken, gelişim süreci içerisinde müdahale gerontolojisi ile

desteklenmiş olur. Aynı zamanda ihtiyaca yönelik oyun alanlarının oluşturulması için ise Tufan Çark modelindeki aşamalardan geçilmesi gerekir. Bu açıdan bahsi geçen 3 kavram, bireyin psikososyal durumu, kendini iyi hissetmesi ve sağlıklı olmanın ötesine geçebilmesi açısından oldukça önemlidir (Şekil 2.3).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sosyo-demografik faktörlerin bireylerin iyilik haline etkisi değerlendirilmiştir. Antalya kent merkezinde yaşamını idame ettiren 60+ bireylerin iyi olma hali durumları arasındaki farklılıkların nedenleri ele alınmış ve bu farklılıkları etkileyen faktörlerin neler olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile demografik faktörlerin ne derece etkili oldukları araştırılmıştır. Ele alınan faktörler ile iyi olma hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığının ortaya konulması araştırmanın temel amacını oluşturmuştur. Bu alanda mevcut çalışmanın az olması araştırma konusuna olan ilgiyi arttırmış ve literatüre katkıda bulunmak amacı ile yola çıkmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın katılımcılarını Antalya ilini temsil etmesi açısından üç büyük ilçe Konyaaltı, Kepez, Muratpaşa ilçeleri ve ilçelere bağlı merkez mahallelerde ikamet eden 60 yaş ve üzeri 400 birey oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini oluşturan 60 yaş üstü bireylerin sayısı bilinmekte olup, 138.436 olarak rapor edilmiştir (TÜİK, 2018). Bu nedenle araştırmada görüşme yapılacak örneklem büyüklüğü, evreni bilinen

örneklemden (N) $n = \frac{N.P.Q.Z^2}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$ formülü kullanılarak, %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile belirlenmiştir. Yapılan hesaplama sonucunda, örneklem büyüklüğü 384 olarak bulunmuş ve bu sayı araştırmanın güvenilirliğini artırmak için 400 olarak belirlenmiştir. Olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri olan tabakalı örnekleme tekniği seçilmiştir. Her bir ilçenin bilinen 60 üstü yaşlı nüfusuna oranlanmasıyla, katılımcı sayısı Konyaaltı için 64 (31 E, 33 K), Kepez için 137 (66 E, 71 K) ve Muratpaşa için 199 (92 E, 107 K) olmak üzere 211 kadın, 189 erkek bireyle görüşme yapılmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından yüz yüze gerçekleştirilmiş olup, ortalama 15 dakika sürmüştür. Saha çalışması boyunca görüşmeler ilçelerin halka açık alanlarında park, bahçe, pazar yerlerinde ve bazı durumlarda hanelerde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla gönüllülük esasına dayalı olmak üzere ölçeklerdeki sorular yöneltilmiştir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Antalya ili kent merkezinde yaşayan 60+ bireylerin sahip oldukları iyilik hali ile ilişkili faktörlerin açıkça ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sosyo-demografik faktörler bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtildiği gibidir:

H₀: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali ile ilişkisi yoktur.

H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali ile ilişkisi vardır.

H₀ Sosyo-demografik faktörlerin iyilik hali ile ilişkisi yoktur.

H₂ Sosyo-demografik faktörlerin iyilik hali ile ilişkisi vardır.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Bilimsel araştırmalarda Nitel ve Nicel olmak üzere iki önemli araştırma yöntemi kullanılmaktadır. Bu çalışmada; sağlıklı yaşam biçimi ve sosyo-demografik faktörler gibi değişkenlerin iyilik hali ile ilişkisi inceleneceği için nicel araştırma tasarlanmıştır. Nicel araştırma yöntemleri arasında sıklıkla tercih edilen anket tekniği ile araştırma verileri toplanmıştır. Görüşmeler gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiş olup, katılımcılara araştırmanın amacını anlatan aydınlatılmış onam sunulmuştur.

3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Literatür çalışmaları sonucunda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir durumu, algılanan sağlık durumu ve sağlıkla ilgili bilgilerin yer aldığı sosyo-demografik bilgi formu geliştirilmiş ve iki farklı ölçek olmak üzere 3 bölümden oluşmuştur. Soru formu, pilot çalışma kapsamında 96 kişilik bir örnekleme denenmiş ve gerekli revizyonlarla geliştirilmiştir. Katılımcılarla bir defa görüşme yapılmış ve sonrasında ilişki kesilmiştir. Bu açıdan kesitsel ampirik araştırma kapsamına girmektedir. Kullanılan ölçekler aşağıdaki gibidir.

3.4.2. İyilik Hali Ölçeği

Fidan ve Usta tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Ölçek; katılımcıların iyilik haline ilişkin algılarını ele almaktadır ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesini sağlayan (self-report) bir ölçme aracıdır.

Katılımcılardan ölçek maddelerine 1-kesinlikle katılmıyorum yanıtından 7-tamamen katılıyorum yanıtına kadar değişkenlik gösteren 7'li Likert tipi bir derecelendirmede görüş bildirmeleri mümkündür. Ölçekte yer alan tüm maddelerin puanları toplanarak toplam bir iyilik hali puanı elde edilmektedir. Elde edilebilecek en yüksek puan 56, en düşük puan ise 8'dir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır (Fidan ve Usta, 2013).

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bahar ve ark. tarafından 2008 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçekte beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47), kişilerarası iletişim (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52) olmak üzere 6 faktör ve 52 soru bulunmaktadır. 1-hiçbir zaman ve 4-düzenli olarak yanıtına kadar değişkenlik gösteren bir puanlama ile değerlendirilmektedir. Ters puanlanan soru yer almamaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208 olarak hesaplanmıştır (Bahar ve ark., 2008).

3.4.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences²⁵ (SPSS 25.0) veri seti analizi programı ile yapılmıştır. Veri analizine başlamadan önce *eksploratif veri analizi* ile veri kaydı kontrolü yapılmıştır. Katılımcı sayısı 400 olduğu için dağılıma bakılmaksızın parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Toplanan veriler; betimsel istatistik, bağımsız iki grup için T-testi, çoklu karşılaştırmalar için One Way ANOVA ve gruplararası ilişki için korelasyon testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için TukeyHSD değerleri incelenmiştir.

3.5. Araştırma Takvimi

Alan çalışması 1 Mart 2019-31 Ağustos 2019 tarihleri arasında söz konusu ilçeler ziyaret edilerek, araştırmacı tarafından yüzyüze yapılmıştır. 400 katılımcı ile görüşmeler yapıp, yeterli sayıya ulaşıldıktan sonra veri depolanması ve analizi 1 Eylül 2019-31 Ekim 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Elde edilen veri analizleri 1 Kasım-1 Aralık tarihleri arasında yorumlanmıştır. Araştırmanın tartışma ve sonuç raporu 1 Ocak 2020 tarihine kadar yazılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Bulgulara Genel Bakış

Araştırmanın bağımlı değişkenlerine ve elde edilen bulgulara genel bakış, katılımcıların genel profilini anlamamıza katkı sunacaktır. Bahsi geçen değişkenlere ait bulgular ve nasıl test edildikleri ayrıntılı olarak anlatılacaktır. Sosyo-demografik bilgi formunda cinsiyet, yaşanan ilçe, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı gibi değişkenler kategorik olarak ele alınmış olup *katılımcıların sosyo-demografik profilini* oluşturmaktadır. Yaş değişkeni ise kategorileştirilmemiş Tablo 4.4.'de, açık uçlu sorulara verilen yanıtlarla birlikte ele alınmıştır. Katılımcıların son günlerde sağlık durumu, düzenli ilaç kullanımı, alkol sigara gibi alışkanlıkları, engel durumları, gözlük-ışitme cihazı-baston-tekerlekli sandalye-ortopedik protez ve takma diş kullanımına yönelik değişkenler kategorik olarak ele alınmış olup *katılımcıların sağlıkla ilişkili profilini* oluşturmaktadır. Bireylerin beden kitle endeksine erişebilmek için boy ve kiloları ölçülmüş BKİ değerleri hesaplanmıştır. Tansiyonları sistolik ve diastolik olarak yazılmış ve beden sıcaklıkları (ateş) ölçülerek açık uçlu olarak kayda geçmiştir. Bu kapsamda aşağıda yer alan katılımcı profilleri oluşturulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Profili

	N	%	
Cinsiyet	Kadın	211	52,8
	Erkek	189	47,2
	Total	400	100,0
Yaşadılan ilçe	Muratpaşa	199	49,8
	Konyaaltı	64	16,0
	Kepez	137	34,2
	Total	400	100,0
Medeni Durum	Evli	283	70,8
	Bekar	117	29,2
	Total	400	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	132	33,0
	Lise	125	31,2
	Üniversite	143	35,8
	Total	400	100,0
Algılanan Gelir	Gelirim giderimden fazla	43	10,8
	Gelirim giderime eşit	208	52,0
	Gelirim giderimden az	149	37,2
	Total	400	100,0
Sosyal Güvence	Var	384	96,5
	Yok	14	3,5
	Total	398	100,0

Araştırma, evreni bilenen örneklemden yola çıkarak 211 (%52,8) kadın, 189 (%47,2) katılımcıdan oluşmaktadır. Muratpaşa, Kepez ve Konyaaltı ilçelerinden görüşülen katılımcılar araştırmanın tabakalarını oluşturmuştur. Bu kapsamda katılımcılar 199 Muratpaşa (%49,8), 64 Konyaaltı (%16,0), 137 Kepez (%34,2) olmak üzere dağılım göstermektedir. Katılımcıların medeni durumu 283'ü (%70,8) evli, 117'si (%29,2) bekar; eğitim durumu 132 (%33,0) ilköğretim, 125 (%31,2) lise, 143 (%35,8) üniversite mezunudur. Katılımcıların algıladıkları gelir durumuna bakıldığında; 43'ünün (%10,8) geliri giderinden fazla, 208'inin (%52,0) geliri giderine eşit ve 149'unun (%37,2) geliri giderinden azdır. Katılımcıların 384'ünün (%96,5) sosyal güvencesi var, 14'ünün (%3,5) sosyal güvencesi yoktur. 2 katılımcı ise bu soruyu yanıtlamak istememiştir. Bireylerin iyilik halini etkileyeceğini tahmin edilen diğer değişkenler ve frekansları ise aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlıkla İlişkili Profili

	N	%	
Son Günlerde Sağlık Durumu	İyi	182	45,5
	Orta	174	43,5
	Kötü	44	11,0
	Total	400	100,0
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	267	67,1
	Hayır	131	32,9
	Total	398	100,0
Sigara Kullanımı	Evet	78	19,5
	Hayır	322	80,5
	Total	400	100,0
Alkol Kullanımı	Evet	58	14,5
	Hayır	341	85,5
	Total	399	100,0

	Evet	315	78,8
	Hayır	85	21,2
Gözlük Kullanımı	Total	400	100,0
	Evet	7	1,8
	Hayır	393	98,2
İşitme Cihazı Kullanımı	Total	400	100,0
	Evet	15	3,8
	Hayır	384	96,2
Baston Kullanımı	Total	399	100,0
	Evet	1	,2
	Hayır	399	99,8
Tekerlekli Sandalye Kullanımı	Total	400	100,0
	Evet	6	1,5
	Hayır	394	98,5
Ortopedik Protez Kullanımı	Total	400	100,0
	Evet	174	43,5
Takma Diş Kullanımı	Hayır	226	56,5
	Total	400	100,0
	Evet	10	2,5
	Hayır	390	97,5
Engel Durumu	Total	400	100,0

Araştırmaya katılan 400 bireyin sağlık ve iyilik halini etkileyeceği öngörülen değişkenler kapsamında katılımcıların sağlıkla ilişkili profili oluşturulmuştur. Bireylerin son günlerde sağlıklarını nasıl bulduğuna yönelik soru doğrultusunda; 182 katılımcının (%45,5) iyi, 174 katılımcının (%43,5) orta ve 44 katılımcının (%11,0) kötü yanıtı verdiği görülmüştür. Araştırmaya katılan katılımcıların düzenli ilaç kullanmasını gerektirecek kronik bir hastalığının varlığına yönelik soruda, 267 katılımcının (%67,1) düzenli olarak ilaç kullandığı, 131 katılımcının (%32,9) düzenli ilaç kullanmadığı ve 2 katılımcının bu soruya yanıt vermek istemediği görülmüştür. İlaç kullanımının hangi hastalık/hastalıklardan kaynaklı olduğu tespit etmek için ek sorular yöneltilmiş, frekansları hesaplanmış ve Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Katılımcılardan 78'inin (%19,5) sigara kullandığı, 322'sinin (%80,5) sigara kullanmadığı, 58'inin (%14,5) alkol kullandığı, 341'inin (%85,5) alkol kullanmadığı ve 1 kişinin ise soruyu cevaplamak istemediği görülmüştür. Kullanılan cihaz ve protezler kapsamında, katılımcılardan 315'inin (%78,8) gözlük kullandığı, 85'inin (%21,2) gözlük kullanmadığı, 7'sinin (%1,8) işitme cihazı kullandığı, 393'ünün (%98,2) işitme cihazı kullanmadığı görülmüştür. Katılımcılardan 15'inin (%3,8) baston kullandığı, 384'ünün (%96,2) kullanmadığı ve 1'inin bu soruyu yanıtlamak istemediği görülmüştür. Tekerlekli sandalye kullanımına bakıldığında 400 katılımcıdan 1'inin (%0,2) tekerlekli sandalye kullandığı, 399'unun (%99,8) kullanmadığı tespit edilmiştir. Ortopedik protez kullanımına bakıldığında katılımcılardan 6'sının (%1,5) ortopedik protez kullandığı ve 394'ünün (%98,5) kullanmadığı, ayrıca 174'ünün (%43,5) takma diş kullandığı ve 226'sının (%56,5) takma diş kullanmadığı görülmüştür. Son olarak katılımcıların engel durumu analiz edildiğinde 10 katılımcının (%2,5) engelli olduğu, 390 katılımcının (%97,5) engelli olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. İlaç Kullanıma Bağlı Kronik Hastalık

	N	%
Hastalık		
Diyabet	79	19,8
Yüksek tansiyon	133	33,3
Kanser	7	1,8
Solunum Yolları	19	4,8
Böbrek	4	1,0
Kalp Dolaşım	67	16,8
Osteoporoz	21	5,3
Diğer	95	23,8
Total	400	100,0

Araştırmaya katılan 60 yaş üzeri bireylerde en sık görülen hastalıklar; yüksek tansiyon (%33,3) diyabet (%19,8) kalp-dolaşım (%16,8) iken, az görülen hastalıklarda böbrek (%1,0) kanser (%1,8) solunum yolları (%4,8) olarak görülmüştür. Bu hastalıkların yanı sıra katılımcıların vitamin, mineral gibi takviye edici ilaçları diğer kategorisine koyduğu görülmüştür. Katılımcılara yöneltilen yaş, sistolik ve diastolik kan basıncı ve beden sıcaklığı (ateş) gibi açık uçlu sorulara yönelik analizler ise aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.4. Katılımcılara Ait Diğer Bulgular

	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Yaş	400	67,1350	5,98844	60,00	86,00
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	321	124,78	17,110	80	220
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	321	76,59	14,097	40	200
Vücut sıcaklığı – Ateş (°C)	263	36,0184	,65654	32,50	38,00

Araştırmada yer alan katılımcıların yaş aralığı 60 ile 86 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 67,1 olarak hesaplanmıştır. Kan basıncı değerlerine göre; 120/80 mm/Hg normal, 120-130/80-89 mm/Hg prehipertansiyon, 140/90 mm/Hg ve üzeri değerler ise Hipertansiyon olarak bilinmektedir. Katılımcıların kan basıncı ölçümlerinden elde edilen bulgular sonucunda sistolik kan basıncı 80 mm/Hg ile 220 mm/Hg arasında değişmekle birlikte sistolik kan basıncı ortalamasının 124,7 mm/Hg olduğu, diastolik kan basıncının ise 40 mm/Hg ile 200 mm/Hg arasında değişmekle birlikte diastolik kan basıncı ortalamasının 76,5 mm/Hg olduğu görülmüştür. Son olarak katılımcıların vücut sıcaklığı ise; 32,5 °C ile 38,0 °C arasında değişiklik göstermiş, vücut sıcaklığı ortalaması 36,0 °C olduğu görülmüştür.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları bilinen katılımcıların beden kitle endeksi Boy uzunluğu (m) / Vücut ağırlığı² (kg) formülü ile hesaplanmıştır. BKİ değerlerine göre 0-24,99 arası normal, 25-29,99 arası hafif şişman ve 30 ve üzeri sonuçlar obez olarak bilinmektedir. Bu doğrultuda elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.5. Beden Kitle Endeksi (BKI)

	N	%	
BKI	Normal	94	23,6
	Hafif Şişman	204	51,3
	Obez	100	25,1
	Total	398	100,0

Katılımcılardan 94'ünün (%23,6) normal, 204'ünün (%51,3) hafif şişman ve 100'ünün (%25,1) obez olduğu görülmüştür.

4.2. Sosyo-Demografik Faktörlere İlişkin Bulgular

Sosyo-demografik faktörlerden biri olan *cinsiyet* değişkeni ile iyilik hali arasındaki fark Independent T Test (Bağımsız T Test) ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Cinsiyete Göre İyilik Hali Durumu

	Cinsiyet	N	Ortalama	
İyilik hali ortalama	Kadın	211	5,4840	t=3,498
	Erkek	189	5,0311	p=,001

Bağımsız t testi sonucuna göre; cinsiyet ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,001$ $t=3,498$). Kadın katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,48 iken erkek katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,03 olduğu ve kadınların iyilik hali düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik faktörlerden biri olan *yaş* değişkeni ile iyilik hali arasındaki ilişkiyi anlamak için korelasyon testi yapılmıştır.

Tablo 4.7. Katılımcıların Yaşa Göre İyilik Hali Durumu

		Yaş	İyilik hali ortalama
Yaş	Pearson Korelasyonu (r)	1	,035
	Anlamlılık değeri (p)		,486
	N	400	400

Korelasyon testi sonucuna göre; yaş ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,486$).

Sosyo-demografik faktörlerden biri olan *medeni durum* değişkeni ile iyilik hali arasındaki fark Independent T Test (Bağımsız T Test) ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Duruma Göre İyilik Hali

	Medeni Durum	N	Ortalama	
İyilik hali ortalama	Evli	283	5,2482	$t=-,516$
	Bekar	117	5,3226	$p=,606$

Bağımsız t testi sonucuna göre; medeni durum ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,606$ $t=-,516$). Evli katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,24 iken, bekar katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,32 olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik faktörlerden biri olan *eğitim durumu* ile iyilik hali arasındaki fark One Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile test edilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Duruma Göre İyilik Hali

		N	Ortalama	Standart Sapma	
İyilik hali ortalaması	İlköğretim	132	5,0758	1,30268	
	Lise	125	5,2310	1,31668	F=3,441
	Üniversite	143	5,4834	1,29073	p=,033
	Total	400	5,2700	1,31077	

Katılımcıların eğitim durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,033$ $F=3,441$). İlköğretim, lise ve üniversite olmak üzere gruplar-arası farklılık söz konusudur. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla TukeyHSD testi yapılmıştır.

Tablo 4.10. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Gruplar-arası Farklılığın Sebebi

İyilik Hali Ortalama				
	Eğitim durumu	N	Alfa için altgruplar = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	İlköğretim	132	5,0758	
	Lise	125	5,2310	5,2310
	Üniversite	143		5,4834
	Anlamlılık oranı			,595

Homojen alt gruplardaki gruplar için araçlar görüntülenir.

a. Kullanılan Harmonik Ortalama Boyutu = 132,927.

b. Grup boyutları eşit değildir. Grup büyüklüklerinin harmonik ortalaması kullanılır. Tip I hata seviyeleri garanti edilmez.

İlköğretim ile lise mezunu olan katılımcılar arasında ve lise ile üniversite mezunu olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplar-arası farklılığın kaynağı, ilköğretim mezunu katılımcılar ile üniversite mezunu katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Sosyo-demografik faktörlerden bir diğeri olan *algılanan gelir* ile iyilik hali arasındaki fark One Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile test edilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Algılanan Gelir Durumuna Göre İyilik Hali

		N	Ortalama	Standart Sapma	
İyilik hali ortalama	Gelirim giderimden fazla	43	5,2500	1,42626	
	Gelirim giderime eşit	208	5,5192	1,18767	F=9,205
	Gelirim giderimden az	149	4,9279	1,36986	p=,000
Total		400	5,2700	1,31077	

Katılımcıların algılanan gelir durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,000$ $F=9,205$). Gelirim giderimden fazla, gelirim giderime eşit ve gelirim giderimden az olmak üzere gruplar-arası farklılık söz konusudur. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla TukeyHSD testi yapılmıştır.

Tablo 4.12. Katılımcıların Algılanan Gelir Durumuna Göre Gruplararası Farklılığın Sebebi

İyilik Hali Ortalama				
	Algılanan Gelir	N	Alfa için altgruplar = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	Gelirim giderimden az	149	4,9279	
	Gelirim giderimden fazla	43	5,2500	5,2500
	Gelirim giderime eşit	208		5,5192
	Anlamlılık değeri (p)		,227	,354

Homojen alt gruplardaki gruplar için araçlar görüntülenir.

a. Kullanılan Harmonik Ortalama Boyutu = 86,269.

b. Grup boyutları eşit değildir. Grup büyüklüklerinin harmonik ortalaması kullanılır.

Tip I hata seviyeleri garanti edilmez.

Gelirim giderimden az ile gelirim giderimden fazla arasında ve gelirim giderimden fazla ile gelirim giderime eşit diyen katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplar-arası farklılığın kaynağı, gelirim giderimden az diyen katılımcılar ile gelirim giderime eşit diyen katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Sosyo-demografik faktörler kapsamındaki *sosyal güvence* ile iyilik hali arasındaki fark Independent T Test (Bağımsız T Test) ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumuna Göre İyilik Hali

	Sosyal Güvence	N	Ortalama	
İyilik hali ortalama	Evet	384	5,2783	t=,878
	Hayır	14	4,9643	p=,380

Bağımsız t testi sonucuna göre; sosyal güvence ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,380 t=,878).

Sosyal güvencesi olan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,27 iken, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 4,96 olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik faktörler kapsamındaki son değişken olan *katılımcıların yaşadıkları ilçe* ile iyilik hali arasındaki fark One Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile test edilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Yaşadıkları İlçeye Göre İyilik Hali

		N	Ortalama	Standart Sapma	
İyilik hali ortalama	Muratpaşa	199	5,3204	1,25482	
	Konyaaltı	64	5,0977	1,39381	F=,701
	Kepez	137	5,2774	1,35299	p=,497
	Total	400	5,2700	1,31077	

Katılımcıların yaşadıkları Muratpaşa, Konyaaltı ve Kepez ilçeleri ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,497$ $F=,701$).

4.3. Sağlıkla İlişkili Bulgular

Sağlıkla ilişkili faktörlerden biri olan *son günlerde algılanan sağlık durumu* ile iyilik hali arasındaki fark One Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile test edilmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların Algılanan Sağlık Durumuna Göre İyilik Hali

		N	Ortalama	Standart Sapma	
İyilik hali ortalama	İyi	182	5,4038	1,43627	
	Orta	174	5,2040	1,15992	F=2,281
	Kötü	44	4,9773	1,29041	p=,104
	Total	400	5,2700	1,31077	

Katılımcıların son günlerde algıladıkları sağlık durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,104$ $F=2,281$). Algılanan sağlık durumu iyileştikçe iyilik hali puanlarında artış görülmüştür. Katılımcıların *düzenli ilaç kullanımları* ile iyilik hali arasındaki anlamlılık düzeyi ise Independent T Test (Bağımsız T Test) ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların düzenli ilaç kullanımına Göre İyilik Hali

İyilik hali ortalama	Düzenli ilaç kullanım	N	Ortalama	
	Evet	267	5,2631	$t=-,117$
	Hayır	131	5,2796	$p=,907$

Bağımsız t testi sonucuna göre; düzenli ilaç kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,907$ $t=-,117$). Düzenli olarak ilaç kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,26 iken düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,27 olduğu görülmüştür.

Sağlıkla ilişkili faktörlerden birisi *Beden Kitle Endeksi (BKI)*'dir. Katılımcıların beden kitle endeksi Boy uzunluğu (m) / Vücut ağırlığı² (kg) formülü ile hesaplanmıştır. BKI ile iyilik hali arasındaki fark One Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile test edilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Beden Kitle Endeksi Değerlerine Göre İyilik Hali

		N	Ortalama	Standart Sapma	
İyilik hali ortalama	Normal	94	5,4162	1,36024	
	Hafif Şişman	204	5,2543	1,25039	F=1,107
	Obez	100	5,1375	1,37913	p=,332
	Total	398	5,2632	1,31025	

Katılımcıların beden kitle endeksleri ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,332$ $F=1,107$). BKİ sonuçları normal aralıkta olan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması, hafif şişman ve obez olan katılımcılara nazaran daha yüksektir.

Sağlık ve iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülen alkol ve sigara kullanımı, gözlük-ışitme cihazı-baston-tekerlekli sandalye-ortopedik protez-takma diş kullanımı ve katılımcıların engel durumları ile iyilik hali arasındaki anlamlılık düzeyi ise Independent T Test (Bağımsız T Test) ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların Alkol Sigara ve Medikal Cihaz Kullanımına Göre İyilik Hali

		N	İyilik hali puan ortalaması	
Sigara Kullanımı	Evet	78	5,0978	t=-1,295
	Hayır	322	5,3117	p=,196
Alkol Kullanımı	Evet	58	5,0453	t=-1,388
	Hayır	341	5,3032	p=,166
Gözlük Kullanımı	Evet	315	5,2710	t=,030
	Hayır	85	5,2662	p=,976
İşitme Cihazı Kullanımı	Evet	7	5,7143	t=,905
	Hayır	393	5,2621	p=,366
Baston Kullanımı	Evet	15	5,5333	t=,787
	Hayır	384	5,2614	p=,432
Tekerekli Sandalye Kullanımı	Evet (tek kişi dahil edilmemiştir.)	1	4,5000	t=-,588
	Hayır	399	5,2719	p=,557
Ortopedik Protez Kullanımı	Evet	6	5,0208	t=-,469
	Hayır	394	5,2738	p=,640
Takma Diş Kullanımı	Evet	174	5,1796	t=-1,211
	Hayır	226	5,3396	p=,227
Engel Durumu	Evet	10	5,2750	t=,012
	Hayır	390	5,2699	p=,990

Bağımsız t testi sonucuna göre; sigara kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,196$ $t=-1,295$). Sigara kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,09 iken sigara kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,31 olduğu görülmüştür.

Alkol kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,166$ $t=-1,388$). Alkol kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,04 iken alkol kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,30 olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen alkol ve sigara kullanan katılımcıların iyilik hali puanları kullanmayan katılımcılardan daha düşük çıkmıştır.

Araştırmada gözlük kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,976$ $t=,030$). Gözlük kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,27 iken gözlük kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,26 olduğu görülmüştür.

İşitme cihazı kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,366$ $t=,905$). İşitme cihazı kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,71 iken işitme cihazı kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,26 olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, işitme cihazı kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalamaları kullanmayan katılımcılardan yüksektir.

Baston kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,432$ $t=,787$). Baston kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,53 iken baston kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,26 olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, baston kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalamaları kullanmayan katılımcılardan yüksektir.

Tekerlekli sandalye kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,557$ $t=-,588$). Tekerlekli sandalye kullanan katılımcının iyilik hali puan ortalaması 4,5 iken tekerlekli sandalye kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,27 olduğu görülmüştür. Tekerlekli sandalye kullanmayan katılımcıların iyilik hali puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ortopedik protez kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,640$ $t=-,469$). Ortopedik protez kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,02 iken ortopedik protez kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,27 olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen ortopedik protezi olmayan katılımcıların iyilik hali puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Takma diş kullanımı ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamaktadır ($p=0,227$ $t=-1,211$). Takma diş kullanan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,17 iken takma diş kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 5,33 olduğu görülmüştür ve takma diş kullanmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması daha yüksektir.

Son olarak katılımcıların engel durumlarına bakılmış ve engel durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,990$ $t=,012$). Engelli olan bireylerin iyilik hali puan ortalamaları 5,27 iken engelli olmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,26'dır.

4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iyilik hali arasındaki ilişkiyi anlamak için korelasyon testi yapılmıştır.

Tablo 4.19. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Göre İyilik Hali

		İyilik hali ortalama	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları
Pearson Korelasyonu (r)		1	,370**
Anlamlılık değeri (p)			,000
İyilik hali ortalama	N	400	400

** Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (Çift Kuyruklu Sınama)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt faktörden oluşmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p=0,0001$ $r=0,370$). Bu ilişkinin varlığının hangi alt faktörden kaynaklı olduğunu anlamak amacıyla, alt faktörler ile iyilik hali arasında korelasyon testi tekrarlanmıştır.

Tablo 4.20. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Faktörlerine Göre İyilik Hali

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İletişim	Stres Yönetimi
İyilik hali ortalama	Pearson Korelasyonu (r)	,246**	,154**	,166**	,446**	,385**	,290**
	Anlamlılık değeri (p)	,000	,002	,001	,000	,000	,000
	N	400	400	400	400	400	400

** Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir (Çift Kuyruklu Sınama)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt faktörleri ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusudur. Sağlık sorumluluğu ile iyilik hali arasında pozitif yönlü, zayıf ($p=0,0001$ $r=0,246$); fiziksel aktivite ile iyilik hali arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf ($p=0,002$ $r=0,154$); beslenme ile iyilik hali arasında pozitif yönlü, zayıf ($p=0,001$ $r=0,166$); manevi gelişim ile iyilik hali arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ($p=0,0001$ $r=0,446$); kişilerarası iletişim ile iyilik hali arasında pozitif yönlü, zayıf ($p=0,0001$ $r=0,385$) ve stres yönetimi ile anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf ($p=0,0001$ $r=0,290$) ilişki bulunmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Antalya Muratpaşa, Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sosyo-demografik faktörlerinin iyilik hali ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçları üzerinde genel bir değerlendirme yapılmış, literatüre katkıda bulunmak ve sonuçların paydaşların kullanımına sunulması amaçlanmıştır. Elde edilen veriler şöyle özetlenebilir:

Farklı *cinsiyetteki* katılımcıların iyilik hali ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Kadınların iyilik hali puanları, erkeklerden daha yüksek çıkmıştır. Araştırmanın bu bulgusu literatürde iyilik halinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini söyleyen çalışmalar ile uyumaktadır. Oleckno ve Blacconiere (1990) yaptıkları çalışmada kadınların genel iyilik hali düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Makinson (2001), ergen bireylerle yaptığı bir araştırmasında, kızların genel iyi olma durumlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Doğan ve Yıldırım (2006), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada iyilik haline bağlı arkadaşlık ve sevgi boyutlarının kadın öğrencilerde daha yüksek olduğunu, buna bağlı olarak kadınların iyilik hali düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu söylemiştir. Benzer bulgular Bishop ve Yardley'in (2010) araştırmasında görölmüştür. Kadınların iyi oluş ve iyilik hali açısından erkeklerden daha yüksek puanlara sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Yurtiçi ve yurtdışındaki mevcut çalışmalarda kadınların iyilik hali düzeyinin yüksek olduğunu söyleyen çalışmalar olduğu gibi, erkeklerin lehine sonuçlanan çalışmalar da bulunmaktadır. İlköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite öğrencileri gibi farklı eğitim ve yaş grupları ile yapılan bazı çalışmalarda ve sağlık personelleri ile yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin iyilik hali düzeylerinin kadınlardan yüksek olduğu görölmüştür (Doğan, 2006; Myers ve Bechtel, 2004; Aşçı, 2002; Cenkseven ve Akbaş, 2007; Eryılmaz ve Ercan, 2011; Korkut-Owen ve ark., 2016).

Korkut-Owen ve arkadaşlarının ortaöğretim öğrencileri ile yaptıkları araştırmada; kadınların sosyal iyilik halinin, erkeklerin ise fiziksel iyilik halinin daha yüksek olduğu görölmüştür. Cinsiyetler arasında iyilik haline yönelik farklılık çıkmış fakat bu alt boyutlara göre değişiklik göstermiştir.

Askegaard (2000) yılında yaptığı araştırmada; kadınların stres yönetimi ve beslenme, erkeklerin ise fiziksel aktivite alt boyutunda iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde öznel, psikolojik ve genel iyilik hali alanında yapılan çalışmalarda farklı cinsiyetteki bireylerin farklı boyutlarda anlamlı sonuçları olduğu görülmüştür (Dixon Rayle ve Myers, 2003; Rootman ve ark., 2003; Doğan, 2006; Korkut-Owen ve ark., 2018; Cirhinlioğlu, 2006). Bu durum iyilik halinin ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılıklar oluşturabildiği sonucunu desteklemektedir.

Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmalarda durumun tam tersi olduğu, iyilik hali ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Kurtkapan (2019)'ın 55 yaş üstü emekli bireylerin iyi oluşları üzerine yürüttüğü araştırmasında cinsiyete göre değişiklik bulunmamıştır. Yaşlı bireylerin iyilik haline yönelik yürütülen az sayıdaki çalışmalarda durum benzerlik göstermektedir. Antalya 60+ Tazelenme Üniversite öğrencilerinin iyilik hali ve iyi oluşlarının değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmalarda farklı cinsiyet gruplarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bahar ve Başbüyük, 2019; Tufan ve ark., 2018).

Katılımcıların yaşa bağlı olarak iyilik hali ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Araştırmanın bu bulgusu alanyazında mevcut bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Connolly (2000), bütüncül iyilik hali ve algılanan önemlilik düzeyi üzerine yapmış olduğu araştırmasında benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Genç ve yetişkin bireyler arasında yapılan çalışmada yaşa göre bireylerin psikolojik iyi oluşları arasında farklılık görülmemiştir. Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi öğrencileri ile yapılan çalışmanın sonuçları da yaş ile bireylerin iyi oluşları arasında anlamlı bir fark olmadığı yönündedir. Bunun yanı sıra iyilik hali ile yakından ilişkili olan yaşam doyumu ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.

Alanyazında bulunan ve farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda bu durumun tam tersini görmek mümkündür. Yani bireylerin yaşı değiştikçe toplam iyilik hali durumlarının veya alt boyutlarının, öznel ve psikolojik iyi oluşlarının değişiklik gösterdiğini söylemektedir. Preskitte ve ark., (2015) 12-17 yaş grubu ile yaptığı çalışmada katılımcıların yaşı arttıkça iyilik hali durumlarının düştüğünü söylemiştir. Benzer bulgu Eryılmaz ve Ercan (2011) ise 14-17 yaş grubundaki bireylerin psikolojik iyi oluşlarının 19-25 yaş grubundan daha yüksek olduğunu öne sürmüştür.

Kurtkapan (2018) ise 55 yaş ve üzeri bireylerle İstanbul'da yaptığı çalışmasında 55-64 yaş grubundaki bireylerin, 75 yaş ve üzeri bireylerden daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bahar ve Başbüyük (2019), Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesinde yaptığı çalışma da yaş arttıkça bireylerin iyilik halinin düştüğünü öne sürmüştür. Farklı yaş grupları ve örneklemelerde yapılan çalışmalarda benzer bulgularla bu sonuçları destekleyen araştırmalar mevcuttur (Demirbaş-Çelik ve ark., 2016; Enkvist ve ark., 2012). Yaşla birlikte yaşa bağlı hastalıkların artması, yaşlılığın yoksullaşması, rol kaybı gibi birçok etkene bağlı olarak iyilik halinin düştüğü söylenebilir.

Yaşla bağlı olarak iyilik halindeki bu azalmasını tam tersini öne süren araştırmalarda mevcuttur. Vural (2016), 36-60 yaş grubundaki bireylerin iyilik halinin 22-35 yaş grubundan yüksek olduğunu söylemiştir. Gill (2005) 55 yaş ve üzeri bireylerin iyilik halinin, 18-35 ve 36-55 yaş grubundaki bireylerden yüksek olduğunu belirtmiştir. Myers ve ark., (2003) ise yüksek lisansa yeni başlayan öğrenciler ile doktora öğrencilerinin iyi oluşlarını araştırmış ve doktora öğrencilerinin lehine sonuçlar elde etmiştir. Bu sonuç doğrudan eğitim durumu ile ilişkilendirilebilir fakat yaşla bağlı olarak değişiklik gösteren eğitim kademesi göz önünde bulundurularak yaş ve iyilik hali arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığından bahsedilebilir.

Medeni durumu farklılık gösteren katılımcıların iyilik hali ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Yapılan analizlere göre anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen, evli olan katılımcıların iyilik hali puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmanın bu bulgusu Bahar ve Başbüyük (2019)'ün 60 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bahsi geçen araştırmada medeni duruma göre bireylerin iyilik halinde farklılık çıkmamıştır. Fakat bekâr ve boşanmış bireylerin iyilik hali puanının evli bireylerden yüksek olduğu görülmüştür. Benzer bir örnekte gerçekleşen Tufan ve ark., (2018)'in çalışması sonucunda da medeni durumun bireylerin iyilik haline etki etmediği görülmüştür. Granello (1999)'nun iyilik hali ve sosyal eğilim üzerine yaptığı araştırması, çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Bunun yanı sıra medeni durum ile iyilik hali, öznel ve psikolojik iyi oluş arasında anlamlı farklılıklar olduğunu söyleyen araştırmalar mevcuttur.

55 yaş ve üzeri bireylerle çalışan Kurtkapan (2019), evli bireylerin iyi oluşlarının, bekar bireylere göre daha düşük olduğunu öne sürmüştür. Walton ve Takeuchi (2010) yaptığı araştırmada, Asya kökenli Amerikalı kadınlarla çalışmış ve evli olan kadınların iyilik düzeylerinin hiç evlenmemiş kadınlardan daha yüksek olduğunu söylemiştir. Henrick ve Henrick (2002) ise bu durumu, aşk yaşayan bireylerin iyilik halinin yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu yönünde açıklamıştır. Bazı araştırmalarda ise, iyilik hali alt boyutları değerlendirilmiştir. Myers ve Degges-White (2007), evli olan bireylerin yaratıcılık yeteneği, sevgi düzeyi, kendini gerçekleştirme ve düşünce faktörü yönüyle evli olmayan bireylerden daha yüksek iyilik haline sahip olduğunu belirtmiştir. Alanyazında bu bulguyu destekleyen başka çalışmalar bulunmaktadır (Diener ve ark., 2003; Sarı, 2003; Kamp Dush ve Amato, 2005).

Araştırmaya katılan bireylerin *eğitim durumları* ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır. Gruplar-arası farklılığın sebebi, ilköğretim ve üniversite mezunu katılımcılar arasında çıkmıştır. Başka bir ifadeyle birbirini takip eden eğitim düzeyleri arasında (ilköğretim-lise/lise-üniversite) anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Fakat ilköğretim mezunu bireylerin yaşam tarzları, hayata bakış açıları, yaşam memnuniyeti ve doyumunu gibi durumları ile üniversite mezunları arasında farklılık bulunmuştur. Alanyazında mevcut çalışmalar eğitim düzeyi arttıkça bireylerin iyilik düzeylerinin arttığı yönündedir (Bahar ve Başbüyük, 2019; Korkut-Owen ve ark., 2017; Çolak ve ark., 2018). Cummins (2000)'in araştırması da eğitimle birlikte bireylerin iyi oluşlarının arttığını, eğitim ile iyi oluş arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğunu öne sürmüştür. Bu durumun eğitimle birlikte bireylerin gelir düzeylerindeki artışa ve bireylerin refah düzeyinin, alım gücünün artması ile birlikte sağlık, beslenme, fiziksel aktivite gibi birçok faktörü etkileyerek iyi oluşa olumlu katkıda bulunmasına bağlamaktadır. Kasapoğlu (2014), eğitimle birlikte bireylerin toplam iyilik hali ve sevgi, serbest zaman alt faktörlerinin arttığını söylerken, kendini yönetme, maneviyat, arkadaşlık ilişkileri gibi faktörlerde fark olmadığını belirtmiştir. Enochs (2001), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada 4. sınıf öğrencilerinin toplam iyilik hali puanlarının 1. sınıflardan yüksek olduğunu bulmuştur. Doğrudan eğitim düzeyinde kademe farkı olmasa bile, bireylerin eğitimle geçirdikleri her yılın iyilik haline olumlu etkisi görülmektedir. Benzer yaş ve eğitim düzeyi ile yapılan başka bir çalışma ise bu bulguları desteklememektedir.

Saygın (2008) üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve öznel iyi oluşları üzerine bir araştırma yürütmüştür. Üniversite 1 ve 2 sınıf öğrencilerinin 3. sınıf öğrencilerinden daha yüksek öznel iyi oluş puanına sahip olduğunu öne sürmüştür. Yapılan araştırmalarda bireylerin eğitim durumları ile iyilik hali arasında anlamlı farklılıklar çıkmasına rağmen literatürde bu durumu desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (Gill, 2005; Tufan, ve ark., 2018). Araştırmalar arasında tutarlı sonuçların çıkmaması iyilik haline etki eden faktörlerin birden fazla olduğu ve tek başına açıklamakta yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin ekonomik durumları, *algılanan gelir durumu* olarak ele alınmıştır. Katılımcıların algılanan gelir durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Gelirim giderimden fazla, gelirim giderime eşit ve gelirim giderimden az olmak üzere gruplar-arası farklılık söz konusudur. Gelirim giderimden az ile gelirim giderimden fazla diyen katılımcıların ve gelirim giderimden fazla ile gelirim giderime eşit diyen katılımcıların iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Gruplar-arası farklılığın kaynağı, gelirim giderimden az diyen katılımcılar ile gelirim giderime eşit diyen katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Temel gereksinimlerini karşılamakta zorluk çeken bireylerin, bu ihtiyaçlarını nispeten daha rahat karşılayan bireylere göre iyilik hali puanları daha düşük çıkmıştır. Geliri giderime eşit olan bireylerle, geliri daha fazla bireyler arasında farkın çıkmaması temel ihtiyaçların karşılanıp, bireylerin mevcut durumlarından memnun olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Alanyazında mevcut çalışmalar bu durumu destekler niteliktedir. Örneğin; Diener ve ark., (1999) yaptığı çalışmada; gelirin bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli bir kaynak olduğunu ve yoksul bireylerin gelirinin arttıkça, iyilik halinin de arttığını söylemiştir. Diener ve Diener (1996) yaptığı başka bir çalışmada ise; bireylerin geliri artıp belli bir seviyeye geldikten sonra gelirlerinin artmaya devam etmesinin iyi oluş üzerinde daha az etkili olduğunu belirtmiştir. Göçen (2013), yaptığı çalışmada bireyleri gelir durumuna göre alt, orta ve üst sınıf olarak gruplandırmıştır. Bireylerin iyilik hali ve öznel iyi oluşları arasında ilişki gruplar-arası farklılık göstermiştir. Alt ve orta sınıf arasında anlamlı ve belirgin farklılıklar varken, orta ve üst sınıf arasındaki puan farkı yok denilecek kadar az düzeyde çıkmıştır.

Bu açıdan bireylerin gelir seviyesinin iyilik hali üzerinde etkili olduğunu fakat yüksek gelirin bir üst seviyesine iyilik hali ve iyi oluşun azami ölçüde değiştiğini veya hiç değişmediğini söylemek mümkündür (Biswas ve ark., 2004; Kasser ve Ryan, 1993; Dost, 2004). Fakat elde edilen bu bulguların, boylamsal düzeyde diğer araştırmalardan kısmen ayrılıyor olması ve destekleyen başka çalışmaların varlığı iyilik hali açısından oldukça çarpıcı ve önemlidir.

Alanyazında gelirin toplam iyilik hali, öznel ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini inceleyen başka araştırmalarda bulunmaktadır. Bahsi geçen çalışmalar araştırmanın bulgusunu destekler niteliktedir.

Çallı (2014), bireylerin genel iyilik hali üzerinde çalışmış ve geliri 500 TL altı olan bireylerin, geliri 1500 TL ve üzeri olan bireylerden daha düşük puanlar aldığını belirtmiştir. Akkaya (2018), hekimlerle yaptığı araştırmasında, mesleki gelirini yeterli bulan hekimlerin, gelirini yeterli bulmayan hekimlere nazaran daha yüksek puan aldıklarını ve bu bireylerin çalışma performanslarının daha yüksek olduğunu söylemiştir. Yavuz Güler ve İşmen Gazioğlu (2008) ise gelirini düşük algılayan bireylerin iyilik halinin, gelirini ortalama üstü algılayan bireylere göre daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Mevcut çalışmalar içerisinde gelir ile iyilik hali arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve gelire birlikte iyilik halinin arttığını söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (Özen, 2005; Tuzgöl Dost, 2010).

Bu bulguların yanı sıra bireylerin ekonomik durumları ve algıladıkları gelir ile iyilik hali ve iyi oluş arasında anlamlı bir farkın olmadığı çalışmalar da mevcuttur. Nur Şahin (2011), bireylerin kendi gelirleri ve ailenin geliri ile iyilik hali arasında ilişki olmadığını bulmuştur. Sosyal onay ve iyilik hali üzerine yapılan araştırma Yalçınkaya ve ark., (2019), 55 yaş ve üzeri bireylerle Kurtkapan (2019) ve 60 yaş ve üzeri bireylerle yapılan Tufan ve ark., (2018)'in araştırma sonuçları bu durumu desteklemektedir.

Katılımcıların *sosyal güvenceye* sahip olma durumları ile iyilik hali arasında ilişki incelenmiştir. Sosyal güvencesi olan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması 5,27 iken sosyal güvencesi olmayan katılımcıların iyilik hali puan ortalamasının 4,96 olduğu görülmüş fakat gruplar-arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sosyal güvencenin yokluğu, bilhassa sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Katılımcıların çoğunun sosyal güvenceye sahip olması nedeniyle böyle bir sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir. Yapılan mevcut çalışmalar incelendiğinde, bireylerin sosyal güvenlik durumları ile iyilik hali üzerine çalışmaya sık rastlanmamıştır. Bu açıdan araştırmanın bu bulgusu oldukça önem arz etmektedir. Çallı (2014), Tip 2 Diyabetli hastalarla yaptığı araştırmasında bireylerin sosyal güvencesi ile iyilik hali arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamamıştır. Bunun yanı sıra iyilik hali ile bağlantılı yaşam doyumu üzerine yapılan bir araştırma, sosyal güvence ile yaşam doyumu arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir (Altay ve Avcı, 2009). Talbott (2010), bireylerin iyi oluşları üzerine yaptığı araştırmasında sosyal güvence ile pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmanın katılımcıları Konyaaltı, Muratpaşa ve Kepez ilçelerinde ikamet eden bireylerden oluşmaktadır. *Yaşanılan yer* bireylerin imkânlar erişimi, sosyokültürel faaliyetlerin sıklığı, çevresel faktörler, ulaşım, yeşil alanların varlığı, beslenme, konaklama gibi faktörler açısından oldukça önemlidir. Bu faktörler dolaylı yollardan bireylerin yaşam kalitesini, yaşam memnuniyetini ve dolayısıyla iyilik halini etkilemektedir. Katılımcıların yaşadıkları ilçe ile iyilik hali arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Şehrin merkezinde yer alan ilçelerin imkân ve koşulları birbirleriyle benzerlik göstermektedir. Antalya'nın merkez ilçeleri olarak kabul edilen Konyaaltı, Muratpaşa ve Kepez arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Alanyazında mevcut çalışmalar incelendiğinde bireylerin yaşadıkları yer ile iyilik halini yordayan araştırma sayısı oldukça azdır. Var olan çalışmalar ise, yaşlı diyebileceğimiz 60 yaş ve üzeri kişilerle yapılmamıştır. Bu açıdan elde edilen bu bulgu oldukça önemlidir. Nur Şahin (2011), üniversite öğrencilerinin kendini açma, öznel iyi oluş ve sosyal destek düzeyleri üzerine bir araştırma yapmıştır. Araştırmaya göre il, ilçe, kasaba ve köylerde yaşayan öğrencilerin öznel iyi oluşları arasında anlamlı bir fark olmadığını söylemiştir. Çolak ve ark., (2018) ise, ailesiyle, yurttan veya tek başına kalan bireyler ve taşrada, merkezde yaşayan bireylerin iyilik hali arasında bir fark bulmamıştır. Elde edilen bu bulgular araştırmamız ile örtüşmektedir.

Kurtkapan (2019) bireylerin yaşadığı ilçe veya merkeze uzaklığından ziyade, ev sahibi olanlar ile kirada oturanların iyilik halini ele almıştır ve ev sahibi olanların daha yüksek puanla aldığını ifade etmiştir. Araştırmanın bu bulgusu yapılacak yeni çalışmalar için farklı bakış açısı oluşturabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin *algıladıkları sağlık durumları* ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Belirgin bir fark olamamasına rağmen bireylerin algıladıkları sağlık durumları iyileştikçe, iyilik hali puanlarının arttığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, algılanan sağlık durumu değişkeni ile iyilik halini ele alan araştırma sayısı oldukça azdır. Jensen ve ark., (2004), yaşlı bireylerle yaptığı araştırmasında algılanan sağlık ile bireyin iyilik hali arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra sağlık ile iyilik hali, öznel ve psikolojik iyi oluş arasında ilişki olduğunu söyleyen araştırmalar da mevcuttur. Cloininger ve Zahar (2011) ve Çallı (2014) algılanan sağlık ile iyilik halinin ilişkili olduğunu söylerken, algılanan sağlığın yaşam doyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ele alan araştırmalar da bulunmaktadır (Vaez, 2004; Yılmaz ve Çağlayan, 2016). Yılmaz ve Çağlayan (2016), algılanan sağlık durumunu iyi, orta ve kötü olarak kategorileştirmiş ve yaşlı bireylerin genel sağlık durumları arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiğini ifade etmiştir.

Araştırmada kronik hastalıklara bağlı *düzenli ilaç kullanımı* ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Katılımcıların iyilik hali puan ortalamalarına bakıldığı zaman yok denecek kadar küçük farklar olduğu görülmektedir. Alanyazında kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı değişkenleri ile iyilik hali üzerine araştırma sayısı çok azdır. Çallı (2014), kronik hastalığın sayısı ve hastalıkla geçen süre arttıkça iyilik halinin düştüğünü belirtmiştir. Doğrudan iyilik hali ile ilişkili olmasa da, yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmada (Şimşek ve ark., 2010), kronik hastalıkların sayısı ve çeşidi arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Hatta birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Arslantaş ve ark., 2009).

Katılımcıların Boy uzunluğu (m) / Vücut ağırlığı² (kg) formülü ile *Beden Kitle Endeksi (BKI)* değerleri hesaplanmış ve iyilik hali ile ilişkisine bakılmıştır. BKI sonuçları normal aralıkta olan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması, hafif şişman ve obez olan katılımcılara nazaran daha yüksektir.

Fakat yine de BKI ile iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu durumun BKI değerlerinin iyilik halini açıklamak için tek başına yeterli olmadığı, bel/kalça ve bel/boy oranlarının bilinmesi gerekliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Alanyazında mevcut çalışmalar bu duruma işaret etmektedir (Meseri ve ark., 2013; Ashwell ve ark., 2012). Şimşek ve ark., (2010) aile ortamı ve huzurevinde yaşayan bireylerle yaptığı araştırmada BKI değerlerinin yaşam kalitesi ve iyilik hali üzerinde etkili olmadığını ifade etmiştir. Son olarak Tunay (2015), kilolu ve obez kadınlarla yaptığı çalışmada BKI değerleri yüksek olan katılımcıların kilo verdiklerinde yaşam kalitesi ve iyilik halinin yükseldiğini söylemiştir. Yaşlı bireylerin antropometrik ölçüleri ve Beden Kitle Endeksleri ile ilgili araştırmalar mevcuttur (Bektaş ve ark., 2017; Özgün Başbüyük ve Akın, 2007; Saruhan ve Pekcan, 2001). Fakat yaşlı bireylerin bel/boyun, bel/kalça gibi antropometrik ölçümleri ve BKI değerlerinin iyilik hali ile ilişkisine yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan araştırmanın bu bulgusu yeni bakış açıları kazanılması ve yeni araştırmalara zemin hazırlaması açısından önemlidir.

Alkol ve sigara kullanımı, gözlük-işitme cihazı-baston-tekerlekli sandalye-ortopedik protez-takma diş kullanımı gibi medikal cihaz kullanımı ve katılımcıların engel durumları ile iyilik hali arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde alkol ve tütün ürünleri kullanımı ile araştırmaların sayısı oldukça azken, medikal cihaz kullanımı ve engellilik durumunun iyilik hali ile ilişkisine yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Doğan (2004; 2006) üniversite öğrencilerinin iyilik haline yönelik yaptığı araştırmasında sigara kullanımı ve alkol kullanma sıklığının iyilik hali üzerine etkisi olmadığı ifade etmiştir.

Bunun yanı sıra iyilik hali alt boyutlarından olan maneviyat ve serbest zamanın sigara kullanımı ile ilişkili değilken, alkol kullanımı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Hiç alkol kullanmayan bireylerin en yüksek puanı aldıklarını ve ayda bir kez alkol kullananlar ile haftada birkaç kez alkol alanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğunu söylemiştir. Alkol ve tütün tüketiminin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Malkina-Pykh, 2001) fakat bu yaşlı bireylerin kullanımının iyilik hali ile ilişkisi hakkında yorum yapmak için yeterli değildir. Bu açıdan benzer çalışmaların yapılması gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca alkol, sigara veya uyuşturucu madde kullanımının bireylerin iyilik hali, öznel ve psikolojik iyi oluş, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediğini öne süren araştırmalar mevcuttur (Abass ve Moses, 2016; Jensen ve ark., 1992; Laska ve ark., 2009).

Bireylerin gözlük-işitme cihazı-baston-tekerlekli sandalye-ortopedik protez-takma diş kullanımı gibi medikal cihaz kullanımı ve iyilik hali ile ilişkili bir araştırmaya rastlanmamıştır. Fakat iyilik hali ile ilişki olduğunu bilinen yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna üzerine bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kankaya ve Karadakovan (2017) yardımcı cihaz kullanımının yaşam doyumuna üzerinde etkisi olmadığını dile getirirken, Şimşek ve ark., (2010), yardımcı cihaz kullanımının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve yardımcı cihaz kullanan bireylerin puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Son olarak bireylerin engel durumları ve iyilik hali ile ilişkili araştırmaya rastlanmamıştır. Fakat Altıparmak (2009) engel durumunun yaşam doyumuna ile ilişkisi olmadığını belirtmiş ve bu bulgu nispeten araştırmanın bu sonucunu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların sahip oldukları *Sağlıklı yaşam biçimi davranışları* ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Alanyazında yapılan araştırmalar incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimini yordayan ve etkileyen araştırmalar bulunmaktadır. Fakat bireylerin sağlıklı yaşam biçimleri ile iyilik halini birlikte ele alan çalışma yok denecek kadar azdır. Bahar ve Başbüyük (2019)'un 60 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmanın sonuçları araştırmanın bu bulgusu ile örtüşmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi ile iyilik hali arasında pozitif yönlü ilişki vardır. Demirbaş-Çelik ve Korkut-Owen (2017), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali üzerinde %68 etkili olduğunu ve iyilik halini yordadığını ifade etmiştir. Bahsi geçen bu çalışma, araştırmayı desteklemektedir ve yeni çalışmalar açısından oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalara göre, benimsenen sağlıklı yaşam tarzının bireylerin yaşam kalitesinin yükselmesine etkisi bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Bayrak Özarslan, 2013; Koçoğlu ve Akın, 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt faktörden oluşmaktadır. Alt faktörlerin bireylerin iyilik haline etkisine bakılmıştır. Bireylerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme kişilerarası iletişim ve stres yönetimi ile iyilik hali arasında pozitif yönlü zayıf ilişki varken; manevi gelişim ile iyilik hali arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki söz konusudur. Bahar ve Başbüyük (2019), manevi gelişim ve kişilerarası iletişimin bireylerin iyilik hali üzerinde etkili olduğunu, diğer alt faktörlerin etkili olmadığını söylemiştir. Benzer yaş grupları ile çalışılmasına rağmen, kısmen farklı sonuçların çıkması çalışmaların yürütüldüğü örneklemin farklı olmasında kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olması, araştırmanın bulgularının karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Fakat iyilik halinin bireyin çaba ve gayreti ile yükseltilebileceği görülmektedir. Bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak farklı deneyimleri yaşaması, düzenli ve sağlıklı beslenme, uygun fiziksel aktivite, uyumlu sosyal ilişkiler, kendini iyi hissettirecek etkinlikler bireyin iyilik halinin yükselmesine zemin hazırlayacaktır. Bunun yanı sıra bireylerin sağlık sorumluluğunun farkında olması yani, ihtiyaç duyduğunda profesyonel sağlık hizmeti alması, kendi bedenini tanıması ve olumsuzlukları fark edebilmesi, erken teşhis ve tedaviye açık olması ve düzenli sağlık kontrollerini yaptırması da bireyin iyilik halini olumlu yönde etkileyecek değişkenlerdendir. Bireyler sağlıklı yaşam biçimini benimseyip, hayatlarının ayrılmaz parçası haline getirdikleri takdirde iyilik haline ulaşmaları daha kolay olacaktır. Ayrıca elde edilen bulguların sadece yaşlılık dönemini değil, yaşamın tüm evrelerini kapsadığı düşünülebilir. Yani sağlıklı yaşam tarzını daha erken benimsemek ve iyilik haline daha hızlı ulaşmak mümkündür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Antalya ili Kepez, Muratpaşa ve Konyaaltı ilçelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin sahip oldukları sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sosyo-demografik faktörlerin iyilik hali ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik bilgiler kapsamında cinsiyet, yaş, ikamet edilen ilçe, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı gibi bilgiler ele alınmıştır. Ayrıca sağlıkla ilişkili; boy, kilo değerleri ve beden kitle analizi (BKI), algılanan sağlık, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, engel durumu ve medikal cihaz kullanımı gibi değişkenler incelenmiştir. Elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir:

Araştırmaya katılan 60 yaş ve üzeri bireylerde, cinsiyet ile iyilik hali arasında fark bulunmaktadır. Kadın katılımcıların iyilik hali puanı erkeklere nazaran daha yüksek çıkmıştır. Bu durumun kadınların sosyal çevre ve arkadaşlık ilişkilerinde daha girişken, farklı etkinlik ve aktivitelere ilgili ve fiziksel aktivite, beslenme gibi unsurlar üzerinde daha dikkatli olmalarından kaynakladığı düşünülebilir. Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde, cinsiyet ile iyilik hali arasındaki ilişkinin farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmaların çoğunluğu ortaöğretim öğrencileri, üniversite öğrencileri ve sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Yapılan araştırmaların farklı yaş grupları ve örneklemlerde gerçekleşmiş olması bu farklılığın sebebi olabilir. Ancak, her yaş döneminin kendine özgü özelliklerinin olduğu ve yaşlılığın özel bir yaşam dönemi olduğu unutulmamalıdır. Bu açıdan bakıldığında, yaşlı bireylerin iyilik halini ele alan araştırmalara daha fazla ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Öte yandan sosyo-demografik faktörler içerisinde cinsiyetin iyilik halinin yordayıcılığının oranı tam olarak bilinmemektedir. Sosyo-demografik faktörlerin sayısının fazla olması ve iyilik halini etkileyecek başka değişkenlerin olması, cinsiyetin iyilik halini açıklamada tek başına yeterli olmadığını göstermiştir. Araştırmalar arasında çıkan farklılığın diğer sebebinin iyilik hali ile ilişkili etkenlerin fazla, araştırmaların az olmasından kaynakladığı düşünülmektedir.

Sosyo-demografik faktörler içerisinde ele alınan diğer değişken yaştır. Bireylerin yaşları ile iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş arttıkça iyilik halinin azaldığını söyleyen araştırmalar mevcuttur. Yapılan çalışmaların sonuçlarında tutarsızlık söz konusudur.

Bu durumun farklı yaş grupları ve farklı örneklemelerin öznel durum ve yapılarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, bireylerin medeni durumu ile iyilik hali arasında ilişki bulunmamaktadır. Evliliğin bireylere ekonomik fayda sağlıyor olması, bireylerin sorunlarla baş edebilmesi için sosyal ve manevi destek sağlıyor olması, bireylerin kişisel gelişim ve güvenlik ihtiyacını karşılıyor olması nedeniyle iyilik hali ile ilişkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar genellikle çalışma hayatına atılan veya lisans üstü eğitime devam eden, yetişkin bireylerle yürütülmüştür. Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda bu durum farklılıklar göstermektedir. Gruplar-arası bir farklılık görülmemesine rağmen bireylerin iyilik hali puanlarının incelenmesi ve benzer araştırmaların değerlendirilmesi neticesinde, araştırmanın bu bulgusu iki farklı duruma yorum getirmektedir. Öncelikle 60 yaş ve üzeri bireylerde medeni durum eşlerden birinin ölümü nedeniyle değişmiş ise bireylerin iyilik halinde düşüş görülmektedir. Bireylerin elinde olmayan böylesi sebeplerden dolayı gerçekleşen ayrılıklar, bireylerin hayatını olumsuz yönde etkilemekte ve rol kaybının getirdiği sorunlarla baş başa kalmasına sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra eşinden boşanmış veya hiç evlenmemiş bireylerin iyilik halinin evli bireylere nazaran yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun yolunda gitmeyen uyumsuz bir evlilik hayatının sonlanması ve bireylerin kendi istedikleri hayatı yaşamaya başlamalarından veya ihtiyaç duydukları manevi desteği çocuk, akraba, arkadaşlardan karşılayarak eş desteğine ihtiyaç duymamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin eğitim durumu ile iyilik hali arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. İlköğretim mezunu bireylerin iyilik hali puanı, üniversite mezunu bireylerden daha düşük çıkmıştır. Birbirini takip eden eğitim düzeyleri arasında fark bulunmamaktadır. Eğitimin bireylere yaşamı bir amaca bağlayabilecek, hayata bakış açısını değiştirebilecek sebep verdiği düşünülebilir. Bunun yanı sıra yaşam boyu eğitim ve öğrenmenin bireylerin hayatına katkısı tartışılmaz bir gerçektir. Bu açıdan Türkiye’de sosyal sorumluluk projesi olarak ilk kez hayata geçirilen 60+ Tazelenme Üniversitesi gibi eğitim programlarının, halk eğitim merkezlerinin, aktif yaşam merkezlerinin yaygınlaştırılması ve verilen hizmetlerin çoğaltılması gerekmektedir.

Bilgili ve bilinçli bir yaşlılık dönemi geçiren bireylerin iyilik hali seviyesi daha yüksek olacaktır. Bireyler ortaya çıkması muhtemel hastalıkların farkında olacak ve erken tanı ve tedavi fırsatı yakalayacaktır. Bu şekilde sağlık harcamalarına yapılan bütçenin azalması mümkün olacaktır. Her kesimden ve her yaş grubundan bireylerin iyilik halinin yüksek olması, toplumun iyilik halini yükseltecek en büyük etkidir.

Algılanan gelir ile iyilik hali arasında anlamlı farklıklar bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi, gelirim giderimden az ve gelirim giderime eşit diyen katılımcılar arasında görülmüştür. Yapılan araştırmalar, demografik faktörler içerisinde algılanan ekonomi durumun en güçlü yordayıcılardan olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra, geliri giderimden az olan ve ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk yaşayan bireylerin gelirleri arttığı zaman iyilik hallerinde artış görülmüştür. Fakat geliri giderime eşit olan ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilen bireylerin gelirleri artığında, iyilik halleri aynı oranda artış göstermemiş, daha az etkili olmuştur. Bu noktada, gelirin bireylerin amaçlarına ulaşmak için bir kaynak olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bireylerin gelir düzeyleri arttıkça amaçlarına ulaşmaları, ihtiyaçlarını karşılamaları mümkün olacaktır. Bu durum aynı zamanda sosyal hayata katılımı etkileyecek, kişilerarası ilişkileri artıracak, sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesini kolaylaştıracaktır. Bireylerin gelirlerinin artmasına yönelik girişimlerin olması, bireyin aynı zamanda toplumun refah ve iyilik düzeyini arttıracaktır.

Bireylerin sosyal güvenlik durumunun iyilik hali üzerinde etkisine bakıldığı zaman anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu durumun sebebi, araştırmada yer alan katılımcıların çoğunun bir sosyal güvenlik sistemine bağlı olmasından kaynaklı olabilir.

Bireylerin iyilik hali, yaşadıkları ilçe açısından ele alınmıştır. Yaşanılan ilçe ile iyilik hali arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Konyaaltı, Muratpaşa ve Kepez ilçeleri Antalya'nın merkez ilçelerindedir. Kentsel çalışmalar oldukça fazla ve ulaşım imkânları oldukça gelişmiştir. Yaşanılan yerin güvenliği, sağlık hizmetlerinin gelişmişliği, yeşil alanların varlığı, sosyal hayata katılım olasılığı gibi etkenler birbirine benzer durumdadır. Ayrıca yaşanılan bölgede ev ve çevresel faktörlerin uygunluğu da iyilik hali için oldukça önemlidir. Araştırmanın merkez ilçelerde yapılması ve görece olarak homojen çevre oluşları farklılığın çıkmamasına sebep olmuş olabilir.

Fakat birçok yönden kısıtlanmış ve geri planda kalmış kırsal alanların araştırılmasına ihtiyaç vardır. Hem yaşlılık alanında iyilik hali çalışmalarının sınırlı olması, hem de kır-kent karşılaştırmasının yapılmasına olanak sağlaması bağlamında bu ihmal edilmiş araştırma alanının çalışılması kırsal hizmet modellerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Algılanan sağlık durumu ve kronik hastalıklara bağlı düzenli ilaç kullanımının iyilik hali ile ilişkisi incelenmiştir. Algılanan sağlık durumu ve düzenli ilaç kullanımı ile iyilik hali arasında fark bulunamamıştır. Bireylerin kullandıkları ilaçlar ile hastalıklarının kontrol altına aldıkları düşünülmektedir. Buna bağlı olarak sağlık durumları, ilaç kullanmadıkları zamana kıyasla daha iyi algılanmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, algılanan sağlık ve ilaç kullanımına bağlı olarak yaşlı bireylerin iyilik halini değerlendiren bir çalışma olmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırmamız bu yönüyle öncü niteliği taşımaktadır. Kronik hastalıkların, ilaç kullanımının ve sağlık durumunun bireylerin yaşam kalitesine etki ettiğini söyleyen çalışmalar mevcuttur. Ancak iyilik hali ile ilişkisini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Katılımcıların Boy uzunluğu (m) / Vücut ağırlığı² (kg) formülü ile *Beden Kitle Endeksi (BKI)* değerleri hesaplanmış ve iyilik hali ile ilişkisine bakılmıştır. BKI sonuçları normal aralıkta olan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması, hafif şişman ve obez olan katılımcılara nazaran daha yüksektir. Fakat yine de BKI ile iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. BKI değerleri iyilik halini açıklamak için tek başına yeterli değildir. Bel/kalça ve bel/boy oranları gibi antropometrik ölçümlerin bilinmesi gerekmektedir. Alanyazında yaşlı bireylerin antropometrik ölçümleri ile ilgili araştırmalar bulunmasına rağmen iyilik hali ile birlikte ele alınmamıştır. Araştırmanın bu bulgusu yeni araştırma soruları oluşması açısından oldukça önemlidir.

Son olarak bireylerin sağlık ve iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülen alkol, sigara tüketimi, medikal cihaz kullanımı, engel durumları ele alınmış ve anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Alkol ve sigara kullanmayan bireylerin iyilik hali puanının kullanmayan bireylerden daha yüksek olduğu, ancak aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Gözlük kullanımı ile ilgili puan farkı yok denecek kadar azken, işitme cihazı kullanan bireylerin kullanmayanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu durum, en azından bazı katılımcıların işitme cihazına ihtiyaç duydukları fakat bunun farkında olmadıkları veya kullanmak istemedikleri kuşkusunu akla getirmektedir. Benzer bulgu, baston kullanan bireylerde de görülmüştür. Baston kullanan bireylerin puanlarının yüksek çıkması, bireylerin ihtiyaç duydukları ama kullanmadıkları fikrini açığa çıkarmıştır. Bunun yanı sıra tekerlekli sandalye, ortopedik protez ve takma diş kullanan bireylerin puanları daha düşük çıkmış, fakat aralarında istatistiksel bir fark olmadığı görülmüştür. Tüm bu değişkenler kapsamında bireylerin yaşam kalitesi ve doyumuna yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Fakat iyilik halini ele alan araştırmaya rastlanmamıştır. Bahsi geçen değişkenler ile yaşlı bireylerin iyilik haline yönelik araştırmaların çoğalması önleyici ve iyileştirici modellerin oluşturulmasına katkı sağlanacaktır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireylerin iyilik hali ele alındığında, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt faktörleri ile iyilik halinin ilişkisine bakılmıştır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile iyilik hali arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam tarzının iyilik hali üzerinde güçlü etkisi olduğunu göstermektedir. Sağlıklı yaşam tarzının sonradan öğrenilebilir ve benimsenebilir durumda olması, iyilik halinin de ulaşılabilir olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonucunda sosyodemografik faktörlerden cinsiyet, eğitim durumu, algılanan gelir durumunun ve benimsenen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik hali ile ilişkili olduğu ve araştırmanın hipotezlerini desteklediği görülmüştür. Elde edilen bulgular sonucunda teorik ve uygulamalı alanda eksiklikler olduğu fark edilmiş ve öneriler şöyle özetlenebilir:

- Araştırma, Antalya ile Muratpaşa, Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerle gerçekleştirilmiştir. Yaşlı bireylerin iyilik halini ele alan araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Toplumun farklı kesimlerinden farklı bireylerle benzer çalışmalar yapılmalıdır.

- Araştırma merkez ilçe olarak kabul edilen 3 ilçede gerçekleştirilmiştir. Kırsalda yaşayan bireylerin, imkân ve kısıtlılıklarının farklı olduğu unutulmamalıdır. Kırdaki yaşlı bireylerin iyilik haline yönelik bir araştırmaya rastlanmamış olup bu alanda araştırma yapılmalıdır.
- Bireylerin eğitim durumları ile iyilik hali arasında ilişki çıkmıştır. 3. Yaş Akademisi, 60+ Tazelenme Üniversitesi gibi yaşam boyu eğitim ve öğretimi benimseyen projelerin yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- Yaşlı bireylerin antropometrik ölçüleri, bedensel deformasyonları ve iyilik haline yönelik bir araştırma bulunmamaktadır. Bu alanda çalışmaların yapılması ve uygun hizmet modelinin tasarlanması gerekmektedir.
- Yaşlı bireylerin iyilik haline etki eden faktörler tespit edilmeli ve oluşturulacak hizmet modelinde gerontologları söz sahibi olmalıdır.
- Bireylerin medikal cihaz kullanımı ve iyilik hali ile ilişki araştırmaya rastlanmamıştır. Medikal cihaz kullanımının sağlık, sağlığın da iyilik hali ile ilişkili olduğu düşünülürse bu alandaki eksiklerin giderilmesi gerekmektedir.
- Bireylerin benimsedikleri sağlıklı yaşam tarzı ile iyilik hali arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bireylere sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bahsi geçen eğitimler sadece yaşlı bireylere değil, yaşlı bireylerin ailelerine, kamu kurum ve kuruluşlarına, merkezi ve yerel yönetim çalışanlarına da verilmelidir. Unutulmamalıdır ki; yaşam birbirini takip eden evreler bütünüdür. Emeklilik öncesi dönemde benzer eğitimlerin verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Sağlıklı yaşam biçiminin erken yaşlarda benimsenmiş olması daha sağlıklı bir yaşlılık dönemi ve daha sağlıklı bir toplum inşa etmek anlamına gelmektedir. İlköğretim müfredatlarına sağlıklı yaşam biçimi, iyilik hali ve yaşlılık dönemi hakkında eğitimler verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abass AO, Moses MO. Health and wellness lifestyles of private industrial workers in Kumasi, Ghana. *International Journal of Sport Culture and Science*. 2016; 4(3): 304-314.
- Akın G, Özgün Başbüyük G, Sönmez G. Geroantropoloji’de Antropometrik Yaklaşım, Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı, 26-27 Kasım 2015, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Müdürlüğü, Ankara 2015.
- Akkaya N. Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi’nde Çalışan Araştırma Görevlilerinin İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Prof. Dr. S Yanturalı).
- Aktan CC. Yeni değişim dinamikleri ve devletin yeni rolü. 2008. <http://www.canaktan.org/yeni-trendler/devlet-felsefe/degisim-devletin-rolu.htm>, Erişim Tarihi: 25 Ekim 2019.
- Akyıldız Y. Yaşlılara yönelik sosyal bakım gereksinimleri. 2013. <http://hdl.handle.net/20.500.11857/496>, Erişim Tarihi: 17 Kasım 2019.
- Alaydın NN. Türkiye'deki yaşlılık çalışmalarına lisansüstü tezler üzerinden bakmak: Bir içerik analizi çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2019; 12(1): 60-72.
- Altay B, Avcı Aİ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 36(4): 275-282.
- Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2009; 23(3): 159-164.
- Ardell DB. The history of wellness. *Ardell Wellness Report*. 1998; 50: 3-11.
- Arslantas D, Ünsal A., Metintas S, Koç F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48: 127-131.
- Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*. 2012; 13: 275-286.
- Askegaard ML. The Impact Of College Wellness Course On Wellness Knowledge, Attitude, and Behavior. The University of North Dakota, Doktora Tezi, 2000, Amerika Birleşik Devletleri (Danışman: Dr. M Olson).
- Aşçı FH. An investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*. 2002; 37(146): 365-371.

Bahar NT, Başbüyük HH. Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi öğrencilerinin iyilik halinin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 8(1): 160-173.

Bahar Z, Açıl D. Sağlık 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 Hemşirelik Dergisi. 2008; 12(1): 1-13.

Baltes PB, Baltes MM. Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P.B. Baltes, J. Mittelstrass, U.M. Staudinger, Alter und Altern. (s.1-34). Berlin: De Gruyter. 1992

Başbüyük HH. Biyogerontolojide güncel gelişmeler: Yeni araştırma perspektifleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YASAD) Elderly Issues Research Journal (EIRJ). 2017; 10(1): 51-59.

Bayrak Özarslan Ö. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Akdemir).

Bektaş Y, Özgün Başbüyük G, Çınar Z, Ay F, Alan A. Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütriyon sıklığı. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 3(2): 339-348.

Bishop F, Yardley L. The development and initial validation of a new measure of lay definitions of health: The wellness beliefs scale. Psychology and Health. 2010; 25(3): 271-287.

Biswas Diener R, Dean B. Positive Psychology Coaching Putting the Scientific Happiness to Work for Your Clients. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2007.

Cenkseven F, Akbaş T. Üniversite öğrencilerinde öznel ve psikolojik iyi olmanın yordayıcılarının incelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007; 3(27): 43-65.

Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness, Journal of Affective Disorders. 2011; 128: 24-32. doi:10.1016/j.jad.2010.06.012

Connolly K. The Relationship Among Wellness, Mattering, and Job Satisfaction. University of North Carolina, Doktora Tezi, 2000, Amerika Birleşik Devletleri (Danışman: JE Myers).

Connolly KM, Myers JE. Wellness and mattering: the role of holistic factors in job satisfaction. Journal of Employment Counseling. 2003; 40(4): 152-60.

Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. Journal of Happiness Studies. 2000; 1: 133-158.

Çallı D. Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Denizli (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Kartal).

Çolak FD, Akyürek G, Abaoğlu H, Bumin G. Üniversite öğrencilerinde zaman yönetimi becerileri ile iyilik hali arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2018; 6(1): 43-48.

Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Electronic Journal of Social Sciences. 2016; 15(59): 1250-1262.

Demirbaş Çelik N, Korkut Owen F, Doğan T. Wellness of university students according to gender and age groups. International Journal of Innovative Research in Education. 2016; 3(4): 203-209.

Demirbaş Çelik N, Korkut Owen F. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyilik halini yordayıcılığı. Journal of Strategic Research in Social Science. 2017; 3: 69-88.

Diener E, Diener C. Most people are happy. Psychological Science. 1996; 7: 181-185.

Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review of Psychology. 2003; 54: 403-428.

Diener E, Suh EM, Lucas RE, Shmith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin. 1999; 125(2): 276-302.

Dixon Rayle A, Myers JE. Counseling adolescents toward wellness: The roles of ethnic identity, acculturation, and mattering. Professional School Counseling. 2004; 8: 81-90.

Doğan T, Yıldırım İ. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin “arkadaşlık” ve “sevgi” boyutlarının incelenmesi. Eğitim Araştırmaları. 2006; 24: 77-86.

Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. Türk PDR Dergisi. 2008; 26: 30-44.

Doğan T. Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İ Yıldırım).

Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi. Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; 30: 120-129.

Dost TM. Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004, Ankara (Danışman: Prof. Dr. NV Acar).

- Dunn H. Significance of levels of wellness in aging. *Geriatrics*. 1958; 13: 51-57.
- Els DA, De la Rey RP. Developing a holistic wellness model. *SA Journal of Human Resource Management*. 2006; 4(2): 46-56.
- Enkvist A, Ekström H, Elmstahl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54: 140-145.
- Enochs W. Wellness and Adjustment to College Based on Type of Residence Hall and Gender. University of Arkansas, Doktora Tezi, 2001, Amerika Birleşik Devletleri.
- Erbaş MM, Kağnıcı DY. Seçim kuramına dayalı psikoeğitim programının ergenlerin riskli davranışları ve iyilik hali üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2017; 16(64-ek sayı): 1594-1615.
- Eryılmaz A, Ercan L. Psikolojik iyi oluşun cinsiyet, yaş grupları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2011; 4(36): 139-151.
- Fidan M, Usta F. İyilik hali ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliğinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2013; 2(3): 265-269.
- Fişek N. Halk Sağlığına Giriş, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Çağ Matbaası. 1985
- Gill C. The Relationship Among Spirituality, Religiosity, and Wellness for Poor, Rural Women. University of North Carolina, Doktora Tezi, 2005, Amerika Birleşik Devletleri (Danışman: Dr. JE Myers).
- Granello PF. College students' wellness as a function of social support and empathic ability. *Journal of College Counseling*. 1999; 2: 110-120.
- Gür G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019; 6(2): 1-12.
- Gürkan U. Üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *E-Journal of New World Sciences Academy. Education Sciences*. 2014; 9(1): 18-35.
- Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. *International Journal of Social Science Research*. 2016; 5(2): 10-25.
- Hatfield T, Hatfield SR. As if your life depended on it: Promoting cognitive development to promote wellness. *Journal of Counseling and Development*. 1992; 71(2): 167-167.

Haybron DM. Happiness and the importance of life satisfaction. Department of Philosophy, Rutgers University. 2004; 1-22.

Hendrich S, Hendrich C. Love. Snyder CR, Lopez SJ (Ed.). Handbook of Positive Psychology, Part VI. New York: Oxford University Press; 2002, p: 472-484.

Hettler B. Wellness promotion on a university campus. Family & Community Health. 1980; 3(1): 77-95.

Ivey AE, Ivey MB, Myers JE, Sweeney TJ. Gelişimsel psikolojik danışma ve terapi: Yaşam boyu iyilik halini arttırmak. F. Korkut Owen, İngilizce ve Türkçe Ed.,(Orijinal kitabın basım tarihi 2005) Ankara: Türk PDRDER Yayınları; 2013.

Jensen CJ, Ferrari M, Cavanaugh JC. Building on the benefits: assessing satisfaction and well-being in elder care. Ageing International. 2004; 29(1): 88-110.

Jensen MA, Peterson TL, Murphy RJ, Emmerling DA. Relationship of health behaviors to alcohol and cigarette use by college students. Journal of College Student Development. 1992; 33(2): 163-170.

Kalınkara V, Kapıkıran Ş. Yerinde Yaşlanma: Yaşlı sosyoloizasyonunun sürdürülmesi, Yaşlılık Atölyesi (Bildiri Kitapçığı), 1-2 Ekim 2018, İstanbul. 2018; 91-108.

Kalınkara V. Dünyada demografik değişim dinamikleri: Yaşlı nüfus artışının yaratacağı toplumsal ve ekonomik sorunlar. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Mayıs 2009, Sivas. 2009; 163-171.

Kalınkara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2014.

Kamp Dush CM, Amato PR. Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. Journal of Social and Personal Relationships. 2005; 22(5): 607-627.

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 21-29.

Kasapoğlu F. İyilik hali ile özgecilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hikmet Yurdu Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 2014; 7(13): 271-288.

Kasapoğlu F. Üniversite Öğrencilerinde İyilik Hali ile Özgecilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Y Çırak).

Kasser T, Ryan R. A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. Journal of Personality and Social Psychology. 1993; 65(2): 410-422.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED). 2009; 2(4): 145-154.

Korkmaz N. Türkiye’de yaşlılık ve sosyal politika – Yaşlılık politikadan ayrı düşünülebilir mi? Korkmaz n. Ve Yazıcı S. (Ed.), Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş içinde, Ütopya Yayıncılık. Ankara;2014.

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N, Doğan T. Üniversite öğrencilerinde iyilik halinin yordayıcısı olarak psikolojik sağlamlık. Electronic Journal of Social Sciences. 2017; 16(64): 1461-1479.

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N, Doğan T. Yaş, cinsiyet ve yaşam doyumlarına göre ortaöğretim öğrencilerinde iyilik hali. Journal of History Culture and Art Research. 2018; 7(1): 379-397. doi:http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v7i1.1222

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N, Doğan T. Yetişkinlerde iyilik hali. Journal of International Social Research. 2017; 10(53): 600-611.

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N. Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10(4): 440-453.

Korkut Owen F, Doğan T, Demirbaş Çelik ND, Owen DW. Development of The Well Star Scale İyilik Hali Yıldızı Ölçeği'nin geliştirilmesi. Journal of Human Sciences. 2016; 13(3): 5013-5031.

Korkut Owen F, Owen DW. İyilik hali yıldızı modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 3(9): 24-33.

Kurt G, Yücel Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi / Turkish Journal of Forensic Medicine. 2010; 24(2): 32-39.

Kurtkapan H. A study on the status of well being of the elderly living in the city by social variables: the case of İstanbul. 8th International Social and Applied Gerontology Symposium. 2018; 108-110.

Kurtkapan H. Kentte yaşayan emeklilerin iyi oluş halleri: İstanbul örneği. Turkish Studies Social Sciences. 2019; 14(1): 119-131.

Kurtkapan H. Kentte Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları. İstanbul: Nobel Yayıncılık; 2018.

Laska MN, Pasch KE, Lust K, Story M, Ehlinger E. Latent class analysis of lifestyle characteristics and health risk behaviors among college youth. Preventive Science. 2009; 10(4): 376–386.

Makinson LS. The relationship of moral identity, social interest, gender, and wellness among adolescents. US: ProQuest Information ve Learning. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 2001; 62(6): 2037.

Malkina Pykh IG. Rhythmic Movement Psychotherapy. St Petersburg: INENCO Center of RAS; 2001.

Meseri R, Ucku R, Ünal B. Waist:height ratio: a superior index in estimating cardiovascular risks in Turkish adults. *Public Health Nutr.* 2013; 17: 2246-2256.

Myers JE, Becthel A. Stress, wellness, and mattering among cadets at West Point: Factors affecting a fit and healthy force. *Military Medicine.* 2004; 169: 475-482.

Myers JE, Degges White SE. Aging well in an upscale retirement community: The relationships among perceived stress, mattering, and wellness. *Adultspan Journal.* 2007; 6(2): 96-110.

Myers JE, Mobley K, Booth CS. Wellness of counseling students: Practicing what we preach. *Counselor Education & Supervision.* 2003; 42: 264-274.

Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development.* 2000; 78: 251-266.

Myers JE, Williard K. Integrating spirituality into counselor preparation: A developmental approach. *Counseling and Values.* 2003; 47: 142-155.

Nur Şahin G. Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma, Öznel İyi Oluş ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş Özben).

Oleckno WA, Blacconiere MJ. Wellness of college students and differences by gender, race, and class standing. *College Student Journal.* 1990; 24(4): 421-429.

Owens L. The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. The University of Memphis, Doktora Tezi, 2006, Amerika Birleşik Devletleri (Danışman: Prof. Dr. S Majun-Jackson).

Özen Ö. Ergenlerin öznel iyi oluş düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F Bilge).

Özgün Başbüyük G, Akın G. Sivas il merkezinde yetişkin kadın ve erkeklerde obezite değerleri. *Electronic Turkish Studies,* 2007; 2(4): 1239-1261.

Özgün Başbüyük G, Başbüyük HH. Yaş, yaşlanma ve antropoloji, (Basım Aşamasında), 2019.

Özkul M, Kalaycı I. Türkiye’de yaşlılık çalışmaları. *Sosyoloji Konferansları,* 2015; 52(2): 259-290.

Özmete E. Aile yaşam kalitesi dinamikleri: Aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal refah, fiziksel/materyal refahın algılanması. *Journal of International Social Research,* 2010; 3(11): 455-465.

Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 1992; 40(3): 106-112.

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

Preskitt JK, Menear KS, Goldfarb SS, Menachemi N. Wellness among US adolescents ages 12–17 years. *Child Care Health Development*, 2015; 41(6): 1207-1215.

Roothman B, Kirsten DK, Wissing M. Gender differences in aspects of psychological well being. *South African Journal of Psychology*, 2003; 33(4): 212-218.

Roysamb E, Harris JR, Magnus P, Vitterso J, Tambs K. Subjective well-being sex specific effects of genetic and environmental factors. *Personality and Individual Differences*, 2002; 32(2): 211-223.

Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989; 57(6): 1069-1081.

Saeidlou S, Bektaş Y, Bahar NT, Akkaya D, Özgün-Başbüyük G. 21.Yüzyılda Toplum Yaşlanması, I. Uluslararası Kapadokya Felsefe ve Sosyal Bilimler Kongresi, Nevşehir, Nisan 2019, s: 111-116.

Sarı T. Wellness and its' correlates among university students: Relationship status, gender, place of residence, and GPA. *Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2003, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. OY Güneri).

Saruhan S, Pekcan G. Yaşlılarda antropometrik yöntemlerle beslenme durumunun değerlendirilmesi, boy uzunluğu ve beden ağırlığının saptanmasında denklemler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2001; 30(2): 32-41.

Saygın Y. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2008, Konya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. C Arslan).

Şimşek TT, Öztürk A, Yümin ET, Sertel M, Yümin, M. Aile ortamı ve huzurevinde yaşayan kronik hastalığa sahip yaşlıların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2010; 3(1-2): 14-22.

T.C. Resmî Gazete. Huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri yönetmeliği. 21 Şubat 2001. Sayı:24325, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4414&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=huzurevleri> Erişim Tarihi: 20.10.2019

Talbott WJ. *Human Rights And Human Well-Being*. Oxford University, 2010; 11: 432.

Tufan İ, Seeberger B, Öztürk S, Ayan S, Özgür Ö. Antalya yaşlılık araştırması (AYAR©) yaşlıların sağlık durumu. Geriatrik Bilimler Dergisi, 2018; 1(2): 49-60.

Tufan İ, Seeberger B, Şahin S. Türkiye’de ileri yaşlılar. Tufan İ. ve Durak M. (Ed.), Gerontoloji Cilt I içinde, Nobel Yayıncılık. Ankara; 2017.

Tufan İ, Yurcu G, Aybar H, Akıncı Z. The effect of gero-recreational activities on psychological well-being. 8th International Social And Applied Gerontology Symposium (s. 66-76) içinde. Antalya, Türkiye, 2018.

Tufan İ. Antik Çağ’dan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma, Nobel Yayıncılık. Ankara; 2016.

Tufan İ. Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık, Aykırı Yayınları. İstanbul; 2002.

Tufan İ. Bakıma Muhtaç Türkiye’de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı, Koç Üniversitesi Yayınları. İstanbul; 2016.

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

Tufan İ. Gerontolojik Müdahale: Türkiye’de neden gereklidir, nasıl olmalıdır? GeroPape1r, 2005; 2: 1-5.

Tufan İ. Gerontolojik Önlemlere Neden İhtiyacımız Var?. <http://itgevakiftr.com/2019/04/20/gerontolojik-onlemlere-nicin-ihtiyacimiz-var/>. 2019. Erişim Tarihi: 20 Aralık 2019.

Tufan İ. İntervensiyon Gerontolojisi. <http://itgevakiftr.com/2018/10/17/intervensiyon-gerontolojisi/>. 2018. Erişim Tarihi: 20 Aralık 2019.

Tufan İ. Yaşlanma ve Yaşlılığa Gerontolojik Bakış. <http://itgevakiftr.com/2019/04/28/yaslanma-ve-yasligagerontolojik-bakis%ef%bb%bf/>. 2019. 20 Aralık 2019.

Tuna M. Tenlik Ö. Türkiye’de ve dünyada yaşlanma. Tufan İ. ve Durak M. (Ed.), Gerontoloji Cilt I içinde, Nobel Yayıncılık. Ankara; 2017.

Tunay M. Kilolu ve obez kadınlarda grup görüşmelerinin beden ağırlığına, iyilik haline ve sağlık denetim odağına etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Adana (Danışman: Doç. Dr. H Kurdak).

Turğut N. Hastanede çalışan hemşire ve sağlık personeli örneğinde “sosyal iyilik hali ölçeği” ve “toplulukçu yeterlilik ölçeği” geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Prof. Dr. YB Doğan).

Tuzgöl Dost M. Güney Afrika ve Türkiye’deki üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre öznel iyi oluş ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Eğitim ve Bilim, 2010; 35(158): 75-89.

Tümerden Y. Editöre mektup. Turkish Journal of Geriatrics, 2006; 9(3): 195-196.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2018 [Haber bülteni], <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>, 2019. Erişim Tarihi: 20.10.2019.

Türkiye İstatistik Kurumu. Yıllara, Yaş Grubuna ve Cinsiyete Göre Nüfus; Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr>, 2018. Erişim Tarihi: 20.10.2019.

Vaez M, Kristenson M, Laflamme L. Perceived quality of life and self-rated health among first year university students. A comparison with their working peers. *Social Indicators Research*, 2004; 68: 221-234.

Varışlı B. Türkiye’de yaşlanma ve demografi. Tufan İ. ve Durak M. (Ed.), *Gerontoloji Cilt I içinde*, Nobel Yayıncılık. Ankara; 2017, s: 27-35.

Vural EM. Yetişkinlerde alçakgönüllülük, dindarlık ve psikolojik iyi oluş ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A Ayten).

Walker, S., Hill Polerecky D. Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. II. Unpublished manuscript. Omaha, University of Nebraska Medical Center. 1996.

Walton E, David TT. Family structure, family processes and well-being among asian americans: Considering gender and nativity. *Journal of Family Issues*. 2010; 31(3): 301-332.

Witmer JM, Sweeney TJ. A holistic model for wellness and prevention over the lifespan. *Journal of Counseling and Development*. 1992; 71: 140-148.

Yavuz Güler Ç, İşmen Gazioğlu, AE. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık öğrencilerinde öznel iyi olma hali, psikiyatrik belirtiler ve bazı kişilik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008; 23:115-131.

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

EKLER

EK-1

AYDINLATILMIŞ ONAM

Değerli Katılımcı,

Araştırma, kentsel alanda yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sosyo-demografik faktörlerin iyilik hali ile ilişkisini anlamak amacıyla yapılmaktadır. Bu amaç kapsamında sizleri araştırmaya katılmaya davet ediyorum. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler önemli katkılar sağlayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde görüşme formunda isim yer almayacak ve sorulan sorulara verdiğiniz cevaplardan derlenen bilgiler bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır. Görüşmeler soru formu ile kayıt altına alınacaktır ve sadece bu araştırma için kullanılacak olup herhangi bir kişi ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda kıymetli zamanınızın bir kısmını ayırarak araştırmaya yapacağınız katkı için teşekkür ederim.

Saygılarımla..

Proje Yürütücüsü

Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK

KATILIMCI İMZASI

YARDIMCI ARAŞTIRMACI

Yüksek Lisans Öğrencisi

N. Tuğba BAHAR

Tarih:

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyet	KADIN		ERKEK		
Doğum Tarihiniz					
Boy:	Kilo:		Tansiyon:		Ateş:
Hangi ilçede yaşıyorsunuz?	Muratpaşa ()		Konyaaltı ()		Kepez ()
Medeni Durumunuz	Evli	Eşi Vefat etmiş	Bekar	Boşanmış	Ayrı Yaşiyor
Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil ()		İlkokul ()	Ortaokul ()	
	Lise ()				
	Üniv. ()		Diğer ()	Cevaplamadı ()	
Mesleğiniz					
Geliriniz					
Algılanan Gelir Durumu	Gelirim giderimden fazla		Gelirim giderime eşit		Gelirim giderimden az
Sosyal Güvenceniz Var mı?	Evet		Hayır		Cevaplamadı
Son günlerde sağlığını nasıl buluyorsunuz?	İyi		Orta		Kötü
Düzenli ilaç kullanmanızı gerektirecek kronik hastalığınız var mı?	Evet		Hayır		Cevaplamadı
	Şeker Hastası ()				
	Yüksek Tansiyon Hastası ()				
	Kanser Hastası ()				

Varsa nedir?	Solunum Yolları Hastası ()		
	Böbrek Hastası ()		
	Kalp Dolaşım Hastası ()		
	Osteoporoz Hastası ()		
	Parkinson Hastası ()		
	Diğer ()		
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Engelli misiniz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Gözlük Kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
İşitme cihazı kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Baston kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Tekerlekli sandalye kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Ortopedik protez kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı
Takma diş kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Cevaplamadı

İYİLİK HALİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
2	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve mutluluk verici.	1	2	3	4	5	6	7
3	Günlük aktivitelerimle meşgul oluyorum ve onlara ilgi duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Diğer insanların mutluluklarına ve iyi olmalarına aktif biçimde katkıda bulunuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
5	Benim için önemli olan aktivitelerde yeterli ve yetenekliyim.	1	2	3	4	5	6	7
6	İyi bir insanım ve iyi bir yaşam sürüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
7	Geleceğim hakkında iyimserim.	1	2	3	4	5	6	7
8	İnsanlar bana saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI II ÖLÇEĞİ

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

		Hiçbir	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak

19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

DESTEĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

ETİK KURUL ONAYI

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Hasan HÜSEYİN BAŞIBÜYÜK	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sosyo-Demografik Faktörlerin İyi Olma Hali ile İlişkisi: Antalya Kent Örneği	
DESTEKLEYİCİ	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 197	Tarih: 20.02.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye (izinli)

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Öğuz DURSUN
Üye (izinli)

Doç.Dr.Gülşah Özge BAYSAK
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (izinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (izinli)

ARAŞTIRMA İZİN BELGELERİ



T.C.
KEPEZ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 52792674-044-1386
Konu : Prof.Dr.Hasan Hüseyin
BAŞIBÜYÜK'ün Proje İzni.

DAĞITIMLI
08/03/2019

D O S Y A

İlgi : 28/02/2019 tarihli ve 50913635-044-E.6245 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Öğretim Üyesi Prof.Dr.Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK'ün BAP ve TUBİTAK 1002 Hızlı Destek Programı çerçevesinde yürütülecek olan çalışma kapsamında İlçemiz sınırları içerisinde anket uygulama çalışması yapması Kaymakamlığımızca uygun görülmüş olup; buna dair onay ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Hamdullah Suphi ÖZGÖDEK
Kaymakam

Ek: 1 Adet Onay

DAĞITIM :
Gereği:
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Bilgi:
Kepez İlçe Emniyet Müdürlüğü

08/03/2019 V.H.K.İ. : Sema DİRİ
08/03/2019 Yazı İşleri Müdürü : Mesut AKTAŞ

Barış Mah. Sakarya Bulvarı No:65 A
Telefon No: (242)335 41 11 Faks No: (242)335 41 01
e-Posta: kepez@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.kepez.gov.tr>

Bilgi için: Sema DİRİ
Veri Ha. Ve Kont.İşl.
Telefon No:



T.C.
KONYAALTI KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 90598606-044-E.698
Konu : Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK'ün
Proje İzni

DAĞITIMLI
05/03/2019

D O S Y A

İlgi : Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 01.03.2019 tarihli ve 6245 sayılı yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının '**Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK'ün Proje İzni**' konulu ilgi yazısı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

İlçemiz sınırlarında yapılacak anket çalışması için gerekli kolaylığın sağlanması hususunu;

Rica ederim.

Neriman TEKİN
Kaymakam a.
İlçe Yazı İşleri Müdürü

Ek: 10 Sayfa

Dağıtım:

KONYAALTI İLÇE EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ
KONYAALTI İLÇE JANDARMA KOMUTANLIĞI

04/03/2019 V.H.K.İ. : Erhan TUNCER
05/03/2019 Şef : Özgül ŞEN

*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine giderek (hCIJgK-d7dCNk-lmsL/Q-Qoga0n-LZpg/kh1) kodunu yazınız.

Öğretmenevleri Mahallesi 901. Sokak No:7 Kat:6
Telefon No: (242)229 94 91 Faks No: (242)229 94 92
e-Posta: İnternet Adresi: www.icisleri.gov.tr

Bilgi için: Erhan TUNCER
Ven Hazırlama Ve Kont.İşletmeni
Telefon No:



T.C.
MURATPAŞA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 57119060-000-E.3344
Konu : Prof. Dr. Hasan Hüseyin
BAŞIBÜYÜK'ün Proje İzni

09/04/2019

Sn: Prof. Dr. Hasan Hüseyin BAŞIBÜYÜK
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü

İlgi : a) 28.02.2019 tarih ve 6245 sayılı yazınız.
b) 06.03.2019 tarih ve 2421 sayılı yazınız.
c) 05.04.2019 tarih ve 5753 sayılı dilekçeniz.

İlgi (c) dilekçeniz Kaymakamlığımızca incelenmiş olup, projenizle ilgili yapacağınız alan çalışması için gerekli izin verilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Mehmet Ali ÇELEBİ
Kaymakam a.
İlçe Yazı İşleri Müdürü

*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (CzQD4Q-0VL9dc-ng1hKZ-yETa5/-WA17fQjQ) kodunu yazınız.

Sinan Mahallesi Ali Çetinkaya Caddesi 1250 Sokak 12/4 Muratpaşa
Telefon No: (242)244 75 50 Faks No: (242)244 75 92
e-Posta: muratpasa@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.muratpasa.gov.tr/>

Bilgi için: Aydan MECNUNOĞLU
Veri Hazırlama Ve Kont.İşletmeni
Telefon No:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nazmiye Tuğba	Uyruğu	TC
Soyadı	BAHAR	Tel no	05444013967
Doğum tarihi	13/07/1994	e-posta	ntugba_bahar@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Sıddık Demir Anadolu Lisesi	2012
Lisans	Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Gerontoloji Bölümü	2017
	Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, İşletme Bölümü	2019
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gerontoloji Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans	
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Mesleki Uygulama	Kamu kurumları ve yerel yönetimlere bağlı kuruluşlarda mesleki uygulama	20/09/2017 - 01/06/2018 Antalya
Mesleki Uygulama	Altınçatı Gordion Huzurevi ve Yaşlı Bakım Evi	2016 Ankara

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL – SAĞLIK	53,75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sosyo Demografik Faktörlerin İyi Olma Hali ile İlişkisi: Antalya Kent Örneği	Akdeniz Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	14/06/ 2019 - 15/06/2020

Burslar-Ödüller

Yayınlar ve Bildiriler

Bahar, N.T., Başbüyük, H.H. 2019. “Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi Öğrencilerinin İyilik Halinin Değerlendirilmesi”, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 160-173.

Bahar, N.T., Akkaya, D., Kılıç, B., Bozkurt, S., Başbüyük, H.H. “Bakım Sektöründen Gerontoloji’nin Rolü”, 10. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 25-27 Nisan 2019, Denizli [Sözlü bildiri ve tam bildiri kitabında basılı metin].

Saeidlou, S.N., Bektaş, Y., Başbüyük, G.Ö., **Bahar, N.T.** & Akkaya, D., 21. Yüzyılda Toplum Yaşlanması, 1. Uluslararası Kapadokya Felsefe ve Sosyal Bilimler Kongresi, 25-27 Nisan 2019, Nevşehir. [Sözlü Bildiri].

Akkaya, D., **Bahar, N.T.**, Ay, F., Çınar, Z. & Başbüyük, G.Ö., Türkiye’de Yaşlı Bireylerde Düşme, *Uluslararası Sağlık ve Spor Bilimleri Sempozyumu*, 18-20 Nisan 2019, Alanya. [Sözlü Bildiri].

Bahar, N.T., Başbüyük, H.H. “Sosyo - Demografik Faktörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi”, 3. Uluslararası, 12. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu, 27-28 Şubat 2019, İzmir [Poster bildiri ve özet bildiri kitabında basılı metin].

Bahar, N.T., Özgür, Ö., Budak, B., Asadi Faezi, S., Özgün Başbüyük, G. “Investigation of Obesity in 60+ Third Age University Students”, VIII. International Social & Applied Gerontology Symposium, 22-23 Ekim 2018, Antalya. [Poster Presentations].

Bahar, N.T., Başbüyük, H.H. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sosyo - Demografik Faktörlerin İyi Olma Hali ile İlişkisi”, VIII. Uluslararası Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Sempozyumu, 22-23 Ekim 2018, Antalya [Poster bildiri ve özet bildiri kitabında basılı metin].

Bahar, N. T., Yılmaz, D. “Çevresel Faktörlerin Uygunluğunun Yaşlılıkta Düşmeye Etkisi ve Toplum Beklentisi”, *Yayınlanmamış Lisans Tezi*, 2017.

Tufan, İ., **Bahar, N.T.** “Sosyal Bakım Sigortası”, 9. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 4-6 Mayıs 2017, Kırşehir [Sözlü bildiri ve bildiri kitabında basılı özet metin].