



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.997788>

Orijinal Araştırma

Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life in Elderly Individuals

Fatma KOZAK ^{ID}*,^a, Raşan ÇEVİK AKYIL ^{ID}^b

^a *Uzm. Dyt.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Birimi, AYDIN, TÜRKİYE

^b *Prof. Dr.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma analitik-kesitsel olarak Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 152 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu, Mini Mental Durum Testi, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) ve Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov testi, Bağımsız Örneklemeler t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H testi, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 25.53±11.18 olan yaşlıların %75.6'sı Sorunlu/Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ise 74.5±12.9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu ilişkili bulunmuştur(p<0.05). Genel yaşam kalitesi ile medeni durum, gelir durumu ve eğitim düzeyi ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca Avrupa sağlık okuryazarlığı genel puan değişkeninin yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Bu araştırmada yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu ve yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi, Yaşlı

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the relationship between Health Literacy (HL) and quality of life of the elderly.

Methods: The study was conducted analytically and cross-sectionally with 152 people aged 65 and over who applied to the diet outpatient clinic of Aydın Adnan Menderes University Hospital between September 2020 and February 2021. There search data were collected using the introductory information form, the Mini Mental State Test, the European Health Literacy Scale (HLS-EU) and the World Health Organization Quality of Life Module for the Elderly (WHOQOL-OLD). Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Independent Samples t Test, One Way Analysis of Variance (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis H test, Spearman correlation analysis and Hosmer Lemeshow test were used in the analysis of the data.

Results: In the study, 75.6% of the elderly with HLS-EU general scores of average 25.53±11.18 were found to have Problem/Limited HL. The general quality of life scores of average the elderly were found to be 74.5±12.9. Participants HLS-EU general scores of average were associated with age, education status, and income (p<0.05). The general health literacy scores of average the participants were found to be associated with age, education level, and income status (p<0.05). In addition, a positive statistically significant relationship was found between the quality of life of the European health literacy general score variable.

Conclusion: In this study, it was concluded that the HL levels of the elderly were insufficient and that the quality of life of the elderly in creased as HL levels increased.

Key words: Health Literacy, Quality of Life, Elderly

*Sorumlu Yazar: Fatma KOZAK

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Birimi, AYDIN / TÜRKİYE

e-posta: fatmakaradas92@hotmail.com

Geliş tarihi:01.10.2021

Kabul tarihi:16.11.2021

GİRİŞ

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte ilaç endüstrisinin gelişimi, aşılama ile bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavi sistemlerinin geliştirilmesi, beslenme koşullarının daha iyi hale gelmesi, tıbbın ilerlemesi ile hastalıklar erken dönemde teşhis ve tedavi edilebilmektedir. Bunun sonucunda dünya genelinde yaşlı nüfus oranında artış olduğu belirtilmektedir (Söylemez, 2020). 2019 yılı nüfus tahminlerine göre dünya nüfusunun 7 604 656 633 birey, yaşlı nüfusun ise 703 711 487 kişi olduğu belirtilmektedir. Bu verilere göre dünya nüfusunun %9.3'ünü yaşlı bireyler oluşturmaktadır (TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). 2020 yılı verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus 7 953 555 kişidir ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9.5'tir. Yapılan nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfusun artışının devam edeceği öngörülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre 2025 yılında yaşlı nüfus oranının %11.0, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında ise %16.3 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfusun artması yaşlılıkta sık görülen fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunlar nedeniyle ülkelerin yaşlılıkla birlikte görülen problemlere ilgisini arttırmaktadır ve yaşlı nüfus halk sağlığı açısından öncelikli bir grup haline gelmektedir (Ekşioğlu Ahad, 2016). Bu bağlamda yaşlıların temel düzey sağlık bilgilerine ulaşabilmeleri, bu bilgileri yerinde kullanabilmeleri ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri önem kazanmaktadır (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Ülkelerin sağlık politikaları ise yaşlıların bağımsız yaşamalarını ve topluma katılımlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Yine artan yaşlı hasta sayısı sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili yaşlı bireylerin bilgi seviyelerini, karşılaştıkları zorlukları ve hastalıkların yönetimini daha önemli kılmaktadır (Ekşioğlu Ahad, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını (SOY) ‘*Genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleri*’ olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, daha düşük sağlık davranışları, daha yüksek hastane yatışı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimde zorluk ve zayıf sağlık durumunun bir yordayıcısıdır (Aryankhesal A. ve ark., 2019). Avrupa Birliği’ne üye 8 farklı ülkede 8000 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen SOY çalışmasında tüm ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (Sørensen ve ark., 2012). Ülkemizde 23 farklı ilde beş bine yakın kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise bireylerin %64.6’sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu belirtilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark.,

2014). ABD’de yapılan bir çalışmada ise 2011 yılında yaklaşık 80 milyon Amerikalı yaşlının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Aryankhesal, 2019).

Sağlık okuryazarlığı hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alıp alamayacaklarını etkileyen önemli faktörlerden biridir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar, fiziksel ve bilişsel yeti kaybı, ekonomik ve sosyal anlamda yaşanan gerilemeler gibi nedenler bireylerin SOY düzeylerinin düşük olmasına neden olmaktadır (Nutbeam, 2000). Düşük SOY düzeyleri ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve daha kötü sağlık durumunun bağlantılı olduğu ve bu yaşlılarda mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Berkman, 2011). Yetersiz SOY, daha düşük sağlık davranışları ve daha zayıf sağlık durumunun habercisidir bu nedenle yeterli düzey SOY sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmede kritik görünmektedir (Mancusa, 2008; Wang ve ark., 2017; González-ChicaD.A ve ark., 2016).

Yaşlanmanın önemli konularından birinin de yaşam kalitesi olduğu belirtilmektedir. Bu terim bireylerin yaşamın farklı alanlarında hissettikleri memnuniyet veya memnuniyetsizlik miktarı olarak da tanımlanmaktadır. DSÖ ise yaşam kalitesini ‘*kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması*’ şeklinde tanımlamaktadır (WHO 2003). Yaşam kalitesi, kişinin ruhsal ve fiziksel halini, inançlarını ve toplum içindeki ilişkilerini içermektedir. Hastalık bilgisi, davranış değişiklikleri ve sağlık durumlarının yönetimine daha aktif katılım bireylerde yaşam kalitesini etkilediği ve yaşlanma ile yaşam kalitesinin gözle görülür biçimde azaldığı bildirilmektedir (Ercan Şahin, 2015).

Yaşam kalitesine bakıldığında ülkemizde yaşayan yaşlı bireylerin batılı ülkelerde yaşayanlardan daha dezavantajlı olabileceği belirtilmektedir (Sözen ve ark., 2020). 22 ülkeyi kapsayan DSÖ yaşam kalitesi anketi (WHOQOL) geliştirme projesi sonuçlarına göre Türk yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer ülkelerdeki yaşlılardan daha düşüktür. Yaşam kalitesi toplam puan açısından bakıldığında ise ülkemizdeki yaşlıların Litvanya dışındaki diğer ülkelerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları belirtilmiştir (Saygun ve Eser, 2012).

Ülkemizde yaşlı nüfus ve kronik hastalık olgularındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılarda yaşam kalitesi ve hastalık yönetiminde SOY önemli bir faktördür (Çimen 2015). 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu ve yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaşam kalitelerinin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016)(Aryankhesalve ark. 2019) (González-ChicaD.A ve ark.

2016). Düşük SOY' un tıbbi koşullar ve alınan sağlık hizmeti konusunda bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim yoksunluğu, yüksek ölüm oranı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanılması, daha kötü sağlık durumu, hastanede yatışların artması ve sağlık bakım maliyetlerinin artması gibi kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi hastaların tedavi hakkında bilgi sahibi olmaları ve sürece dâhil olmalarını, hastaların verilen hizmetleri ve hizmet kalitesini doğru algılamalarını ve olumlu tepki göstermelerini sağlayabilmektedir (Çatı ve ark. 2018). Ayrıca yaşlılarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarabilmekte ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir (Çiftçi, 2019).

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ilişkisini saptamak için yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yetişkin diyet polikliniğine başvuran yaşlı bireyler ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında diyet polikliniğine başvuran, 65 yaş ve üzeri, okuma yazma bilen, Mini Mental Test puanı 24 ve üzeri olan, iletişim kurma engeli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bütün bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme "Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes" başlıklı çalışmada incelenen "access" değişkeninin tanımlayıcı istatistikleri referans alınarak güç analizi yapılmış, etki büyüklüğü 0.229, alfa 0.05 ve istatistiksel güç 0.80 olmak üzere 151 kişi olarak bulunmuştur.

Veri toplama araçları

Araştırma kapsamında 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Mini Mental Durum Testi', 'Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)' ve 'Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)' olmak üzere dört ayrı veri toplama formu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi formu

Tanıtıcı bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi değerlendirmesinin sorgulandığı toplam beş sorudan oluşmaktadır.

Mini Mental Durum Testi (MMSE)

Test 11 sorudan oluşmaktadır ve Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. 24-30 puan arası normal kabul edilmektedir. 18-23 puan aralığı hafif demans 17 puan ve altı ciddi düzey demans olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik geçerlilik çalışması 2002 yılında Gülgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gülgen ve ark., 2002).

Avrupa SOY Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)

Avrupa SOY ölçeği Avrupa SOY projesi dâhilinde farklı ülkelerdeki 9 enstitüden oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. Her ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1000 kişi toplamda da 8102 kişilik bir örnekleme anket uygulanmıştır. Anket raporları 2012 yılında yayımlanmıştır. Ankette yer alan sağlık hizmeti alanı, sağlıkla ilgili tıbbi ve klinik bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu konularda bilinçli kararlar alıp önerilere uyma kabiliyetini içermektedir. Hastalıklardan korunma alanı sağlık ile ilgili olası risklerle ilgili bilgilere ulaşma, bu alandaki bilgileri anlama, değerlendirme, yorumlama ve bu risk faktörlerine karşı önlem alma konusunda bilinçli kararlar verme kabiliyetini içermektedir. Sağlığı geliştirme alanı ise fiziksel ve sosyal çevrede sağlık belirleyicileriyle ilgili mevcut bilgilerini güncelleme, bu bilgileri yorumlama ve sağlığın belirleyicileri ile ilgili mantıklı kararlar verip ortak faaliyetlere katılma kabiliyetini içermektedir (Deniz, 2018).

ASOY ölçeği Türkçe versiyonu 2016 yılında Abacıgil ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 47 maddeden meydana gelmektedir. Her madde için çok zor, zor, kolay, çok kolay ve bilmiyorum seçenekleri yer almaktadır. Seçeneklerin puan değerleri sırasıyla 1, 2, 3, 4 'tür. Bu şekilde ölçekten alınabilecek en düşük puan 47 en yüksek puan 188'dir. Hesaplama kolaylığı açısından ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ve 50 olarak standardize edilmektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört alt boyut (genel SOY, sağlık hizmeti SOY, hastalıklardan korunma SOY, sağlığın geliştirilmesi SOY) için kesme noktaları belirlenmiştir. SOY düzeyi, puan aralıklarına göre dört seviyede değerlendirilmektedir. 0 puandan 26 puana kadar yetersiz SOY, 26 puandan itibaren 34 puana kadar sorunlu – sınırlı SOY, 34 puandan 43 puana kadar yeterli SOY ve 43 puandan itibaren 50 tam puan mükemmel SOY düzeyini ifade etmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014; Abacıgil ve ark., 2016; Deniz, 2018). Bu araştırmada tüm ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,973 olarak güvenli bulunmuştur

Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

Ölçek DSÖ tarafından yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe

sürümünün güvenilirlik geçerliliği Eser öncülüğünde (2010) yapılmıştır.

WHOQOL-OLD modülü, altı alt boyut içeren 24 sorudan oluşmaktadır. Her birinde eşit soru bulunan bu alanlar “Duyusal İşlevler”, “Özerklik”, “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri”, “Sosyal Katılım”, “Ölüm ve Ölmek” ve “Yakınlık”’tır. Alt boyutlardan en düşük 4 en yüksek 20 puan alınabilmektedir. Ayrıca, her bir tekil puan skorlarının toplamı ile “toplam puan” elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. “Duyusal işlevler” alt boyutunda duyu organlarının işlevleri ve bu işlevlerin azalmasının yaşam kalitesi üzerinde oluşturduğu etkileri değerlendirmektedir. “Özerklik” alt boyutu yaşlılık dönemindeki bağımsızlık anlamına gelmektedir ve kendi kendine yaşama kabiliyetini değerlendirmektedir. “Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri” alt boyutu yaşamdan sağlanan doyum ve gelecekle ilgili düşünceleri göstermektedir. “Sosyal katılım” alt boyutu toplum içerisinde günlük yaşam faaliyetlerinde yer edinmekle ilgilidir. “Ölüm ve ölmek” alt boyutu ise ölüm ve ölme ile ilgili korku ve endişeleri değerlendirmektedir. “Yakınlık” alt boyutu ise bireysel ve özel ilişkiler kurma kabiliyetini içermektedir (Demir, 2013). Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış genel alfa değeri 0,74 olarak güvenli bulunmuştur.

Verilerin Toplanma Yöntemi

Araştırmanın verileri, sorumlu araştırmacı tarafından diyet polikliniğine, hafta içi beş gün gidilerek yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama işlemi sonlandırılmıştır. Veriler diyet polikliniği veya beslenme ve diyet biriminde toplanmıştır. Bir yaşlıdan veri toplamak ortalama 45 dakika sürmüştür.

Araştırma diyet polikliniğine başvuran ve dâhil edilme kriterlerine uyan yaşlılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra tamamen gönüllülük esası ile doldurulmuştur. Sorular araştırmacı tarafından okunup katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Araştırmanın veri toplama kısmında 21 kişi araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir. Bu kişilerin verileri hiçbir şekilde araştırmada kullanılmamıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Bağımsız gruplar normal dağılan değişkenler bakımından bağımsız örneklem t testi ya da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılmayan değişkenler bakımından ise Mann Whitney U ya da Kruskal Wallis H testi ile karşılaştırılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma, normal

dağılmayan nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise medyan (25-75. persantil) şeklinde gösterilmiştir. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans n(%) olarak ifade edilmiştir. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri, 26.02.2020 tarihli ve 2019/068 protokol numaralı etik kurul ve hastane yönetiminden gerekli izinler alındıktan sonra katılımcılardan ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ imzalatılarak toplanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlıların %52,6’sı erkek, %47,4’ü kadındır. Araştırmaya katılanların %69,7’si 65-74 yaş aralığında %30,3’ünü 75-89 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 71,5 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 105’inin (%69,1) evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %17,8’inin okuryazar, %54,6’sının ilköğretim, %8,6’sının ortaokul, %10,5’inin lise, %8,5’unun ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. ASOY ölçeğinden alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar sırasıyla 0 ve 50’dir. Yaşlıların ortalama ASOY genel puanı 25.53±11.18’tir (Tablo 1). Bu puan araştırmaya katılan yaşlıların SOY düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin ASOY Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

İndeksler	$\bar{x}\pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel SOY	25,53±11,18	23,74	27,32
Sağlık Hizmeti SOY	30,41±10,97	28,65	32,17
Hastalıklardan Korunma SOY	23,03±13,49	20,87	25,19
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	22,99±11,09	21,22	24,77
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	20,14±13,39	17,99	22,28
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	33,18±11,15	31,39	34,97
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	17,02±11,05	15,17	18,86
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	29,83±10,60	28,13	31,53

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

Tablo 2’de yer alan SOY alt boyutları incelendiğinde bireyler sağlık hizmeti SOY alt boyutunda sınırlı sağlık okuryazarı, hastalıklardan korunma SOY ve sağlığın geliştirilmesi SOY alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır. Diğer alt boyutlara bakıldığında yaşlılar sağlık bilgisini anlama SOY ve sağlık bilgisini uygulama SOY alt boyutlarında sınırlı sağlık okuryazarı sağlık bilgisini değerlendirme SOY ve sağlık bilgisini uygulama SOY alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların genel yaşam kalitesi ortalama puanı 75.53±9.13’tür. WHOQOL-OLD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan (16.35±2.54) yakınlık alt boyunda, en düşük puan (7.37±3.35) ise ölüm ve ölmek alt boyutundadır (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlıların Genel Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Ortalama Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	$\bar{x}\pm SS$	%95 Güven Aralığı	
Genel Yaşam Kalitesi	75,53±9,13	74,06	76,99
Duyusal İşlevler	8,67±2,23	8,31	9,03
Özerklik	15,53±2,63	15,10	15,95
Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri	14,77±2,87	14,31	15,23
Sosyal katılım	12,84±3,74	12,24	13,44
Ölüm ve ölmek	7,37±3,35	6,83	7,90
Yakınlık	16,35±2,54	15,94	16,75

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

Tablo 3’de yaşlıların kişisel özelliklerine göre ASOY genel puan ortalamaları ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumlarına göre ASOY genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların daha ileri yaşta olanlarının ASOY genel puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. Farklı eğitim düzeyinde olan yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları istatistiksel olarak birbirinden farklıdır ($p>0.05$). Gelir durumunu iyi olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyet ve yaş özellikleri ile genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Evli olan yaşlıların genel yaşam kalitesi puanları evli olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeyine göre genel yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıdır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumunu iyi olarak ifade edenlerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları kötü ve orta olarak ifade edenlerinkinden anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 3. Yaşlıların Kişisel Özelliklerine Göre ASOY Genel Puan ve Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ASOY Genel				Genel Yaşam Kalitesi			
	n	%	($\bar{x}\pm SS$)	Test değeri/p	n	%	($\bar{x}\pm SS$)	Test değeri/p
Cinsiyet								
Kadın	72	47,4	25,49±11,90	$t=0,049/0,961$	72	47,4	76,06±10,56	$t=-0,666/0,507$
Erkek	80	52,6	25,58±10,57		80	52,6	75,05±7,64	
Yaş								
65-74	106	69,7	26,94±10,83	$t=2,389/0,018$	106	69,7	76,41±8,81	$t=1,817/0,071$
75-89	46	30,3	22,29±11,42		46	30,3	73,50±9,62	
Medeni Durum								
Evli	105	69,1	25,89±10,82	$t=0,585/0,560$	105	69,1	77 (71-82)	$t=-2,278/0,023$
Evli Olmayan	47	30,9	24,74±12,03		47	30,9	75 (67-78)	
Eğitim Durumu								
Okuryazar	27	17,8	17,68±9,18	$F=17,547/0,001$	27	17,8	69,74±9,58	$F=5,166/0,001$
İlkokul	83	54,6	23,85±9,42		83	54,6	75,52±8,03	
Ortaokul	13	8,6	25,78±9,49		13	8,6	78±8,16	
Lise	16	10,5	37,23±6,89		16	10,5	80,75±7,75	
Üniversite ve Üzeri	13	8,5	37,97±11,25		13	8,5	11 (8-12,5)	
Gelir Durumu								
Kötü	35	23	21,06±10,38	$F=18,470/0,001$	35	23	71 (66-81)	$F=9,460/0,009$
Orta	82	54	23,65±9,57		82	54	76 (71,75-79,25)	
İyi	35	23	34,42±10,92		35	23	80 (73-87)	

$\bar{x}\pm SS$: Ortalama±standart sapma

ASOY genel ve alt boyutları ile yaşam kalitesi ile boyutlarından olan özerklik, sosyal katılım ve yakınlık arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). ASOY genel ve alt boyutları ile geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). ASOY genel ve alt boyutları ile ölüm ve ölmek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). SOY indekslerinden sağlık bilgisine ulaşma SOY dışındaki alt boyutlar ve ASOY genel ile duysal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), sağlık bilgisine ulaşma SOY ile duysal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Genel yaşam kalitesi ile SOY indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlıların ASOY Genel ve Alt Boyutları ile Genel Yaşam Kalitesi ve Alt boyutları Arasındaki İlişki

SOY İNDEKSLERİ	YAŞAM KALİTESİ ALT BOYUTLARI						
	Genel Yaşam Kalitesi	Duyusal İşlevler	Özerklik	Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri	Sosyal katılım	Ölüm ve ölmek	Yakınlık
Genel SOY	$r=0,548$ $p<0,001$	$r=0,207$ $p=0,010$	$r=0,449$ $p<0,001$	$r=0,570$ $p<0,001$	$r=0,462$ $p<0,001$	$r=0,025$ $p=0,756$	$r=0,371$ $p<0,001$
Sağlık Hizmeti SOY	$r=0,543$ $p<0,001$	$r=0,174$ $p=0,032$	$r=0,450$ $p<0,001$	$r=0,565$ $p<0,001$	$r=0,462$ $p<0,001$	$r=0,034$ $p=0,676$	$r=0,365$ $p<0,001$
Hastalıklardan Korunma SOY	$r=0,500$ $p<0,001$	$r=0,199$ $p=0,014$	$r=0,378$ $p<0,001$	$r=0,525$ $p<0,001$	$r=0,458$ $p<0,001$	$r=0,037$ $p=0,650$	$r=0,326$ $p<0,001$
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	$r=0,502$ $p<0,001$	$r=0,211$ $p=0,009$	$r=0,446$ $p<0,001$	$r=0,522$ $p<0,001$	$r=0,370$ $p<0,001$	$r=0,070$ $p=0,390$	$r=0,350$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisine Ulaşma SOY	$r=0,559$ $p<0,001$	$r=0,142$ $p=0,082$	$r=0,436$ $p<0,001$	$r=0,594$ $p<0,001$	$r=0,447$ $p<0,001$	$r=0,086$ $p=0,293$	$r=0,340$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	$r=0,500$ $p<0,001$	$r=0,232$ $p=0,004$	$r=0,430$ $p<0,001$	$r=0,507$ $p<0,001$	$r=0,434$ $p<0,001$	$r=0,002$ $p=0,980$	$r=0,323$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	$r=0,479$ $p<0,001$	$r=0,221$ $p=0,006$	$r=0,352$ $p<0,001$	$r=0,535$ $p<0,001$	$r=0,469$ $p<0,001$	$r=-0,056$ $p=0,492$	$r=0,361$ $p<0,001$
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	$r=0,498$ $p<0,001$	$r=0,197$ $p=0,015$	$r=0,441$ $p<0,001$	$r=0,510$ $p<0,001$	$r=0,378$ $p<0,001$	$r=0,070$ $p=0,393$	$r=0,367$ $p<0,001$

TARTIŞMA

Araştırma yaşlılarda SOY ile yaşam kalitesi ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların ASOY genel puan ortalamalarının 25.53±11.18 olduğu saptanmıştır. Bozkurt (2017)’un yaptığı araştırmada yaşlıların ASOY genel puanı 27.09 iken Yılmaz Kartal’ın (2019) araştırmada 28.7±7.09 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ve Avrupa’da daha genç katılımcılar ile yapılan araştırmalarda bireylerin ASOY genel puanları daha yüksektir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Dünya genelinde bütün yaş gruplarında SOY puanlarının istenilenin altında olduğu bu doğrultuda global olarak SOY farkındalık oluşturacak çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık hizmeti alanında SOY

düzeylerinin nispeten daha iyi düzeyde oldukları, hastalıklardan korunma (%57.9) ve sağlığın geliştirilmesi (%60.5) alanlarında daha yetersiz sağlık okuryazarı oldukları saptanmıştır. Sağlık bilgisine ulaşma (% 67.5) ve sağlık bilgisini değerlendirme (%72.4) alanlarında ise sağlık bilgisini anlama (%25.7) ve uygulama (%40.8) alanlarına göre daha düşük SOY düzeyindedirler. Bozkurt'un yaşlılar ile yaptığı araştırmada da bu araştırmaya paralel olarak katılımcılar sağlık hizmeti alanında, sağlığın geliştirilmesi alanına göre daha iyi düzeyde sağlık okuryazarıdır (Bozkurt, 2017). Ünver (2020)'in Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada da bireylerin sağlık hizmeti alanında daha iyi düzeyde sağlık okuryazarı oldukları belirtilmiştir. Bu durumun mevcut sağlık sisteminin tedavi amaçlı hizmetleri daha fazla desteklemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yaşlılar ile yapılan araştırmalarda bu araştırma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları 75.53±9.13 olarak saptanmıştır. Çıbık (2016) tarafından yaşlılarla yapılan bir araştırmada ise genel yaşam kalitesi ortalama puanı 74.5±12.9 olarak belirtilmiştir. Çıbık'ın araştırmasında en yüksek puan ortalaması yakınlık (15.8±2.8) alt boyutunda, en düşük ise ölüm ve ölmek (7.9±3.3) alt boyutundadır. Doğan'ın kronik hastalığı olmayan bireylerle yaptığı araştırmada bireylerin yaşam kalitesi ortalama puanı 71.73±18.65'tir ve bu araştırmada farklı olarak bireyler ölüm ve ölmek alt boyutu en yüksek, sosyal katılım alt boyutu en düşük puan olduğu belirtilmiştir, bu farklı bireylerin kronik hastalığının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Doğan, 2018). İran'da yapılan bir araştırmada bireylerin genel yaşam kalitesi puanı 77.72±10.44 olarak belirtilmiş ve bu araştırmaya benzer olarak bireyler ölüm ve ölmek (10.89±4.10) alt boyutunda en düşük puan alırken en yüksek puan duyuşal işlevler (13.98±3.16) alt boyutundadır ([Rezaeipandari](#), 2020). Çin'de yapılan bir araştırmada ise yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalaması 73.01±11.99'tir (Zhang ve ark., 2018). Eser ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise genel yaşam kalitesi puan ortalaması 56.02'dir. Katılımcıların en yüksek ve en düşük puan aldıkları alt boyutlar ise bu araştırma ile benzerdir (Eser ve ark. 2010). İslami bakış açısıyla ölümün, korku ve endişeye sebep olacak bir durum olmadığı düşünülmektedir. Ölüm ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ifade eden ölüm ve ölmek alt boyut puanlarının bu araştırmada bu durumla ilişkili olarak düşük çıktığı düşünülmektedir. Bu araştırmada ve ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda kişilerin bireysel ve özel ilişkiler kurabilme kabiliyetini ifade eden yakınlık alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun ülkemizin kültürel özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada erkek ve kadınların genel ASOY ve alt alan puanlarının yetersiz düzeyde olduğu ve ASOY genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın

olmadığı bulunmuştur. Bozkurt'un yaşlılarla yaptığı araştırmada kadınların SOY düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmektedir (Bozkurt, 2017). Genç katılımcılarla yapılan bazı araştırmalarda da bu araştırma ile benzer olarak cinsiyet ve SOY arasında anlamlı bir fark olmadığı (Abacıgil ve ark., 2016; Hazer ve Ateşoğlu, 2019) bazı araştırmalarda ise kadınların daha düşük SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Bu durumun araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin eğitim düzeylerinin eşit olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre SOY düzeylerine bakıldığında 65-74 yaş grubu bireylerin SOY düzeyleri 75-89 yaş grubu bireylerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$). 65-74 yaş grubu bireyler sınırdaki sağlık okuryazarıken, 75-89 yaş grubu bireyler yetersiz sağlık okuryazarıdır. Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda da daha ileri yaştaki bireylerin SOY puan ortalamaları daha düşüktür (Abacıgil ve ark.,2016; Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Vogt ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise 76 yaş ve üzerindeki bireylerin daha genç bireylere göre SOY seviyeleri daha düşüktür. Bu doğrultuda yapılan araştırmalar bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (Hazer ve Ateşoğlu, 2019; Ha Nguyen, 2013; Baker, 2006; HLS-EU Consortium, 2012; IOM, 2004). Bu durumun yaşlıların daha düşük eğitim seviyesinde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada evli olan grubun ASOY genel puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çimen'in (2015) ve Hazer ve Ateşoğlu'nun (2019) yaşlı bireylerle yaptığı araştırmalarda ve Yılmaz Kartal'ın (2019) yaptığı araştırmada evli olanların SOY puanları daha yüksektir. Evli bireylerin SOY düzeylerinin daha yüksek olması eşlerin birbirlerine verdikleri sosyal destek ve sağlık bilgisi paylaşımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Farklı eğitim düzeyindeki yaşlıların ASOY genel puanları istatistiksel açıdan birbirinden farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Okuryazar, ilkökul ve ortaokul mezunu olan yaşlıların ASOY genel puan ortalamalarının yetersiz düzeyde olduğu, lise ve üniversite mezunu olanların ise yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Farklı yaş gruplarında yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların SOY puanlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014; Abacıgil ve ark., 2016; Öztaş, 2018; Çimen, 2015; Bozkurt, 2017; HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Ha Nguyen ve ark., 2013; IOM, 2004; Hazer ve Ateşoğlu, 2019). Eğitim düzeylerinin artmasıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabildiği, anlayabildiği ve bu bilgileri daha kolay değerlendirebildiği ve bu nedenle daha yüksek eğitim düzeyinin SOY düzeyini arttırdığı düşünülmektedir (Güven, 2016).

Araştırma verilerine göre gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden yaşlıların ASOY genel puan ortalamaları yeterli, gelir durumunu ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak ifade edenlerin yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden yaşlıların SOY puanları ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak ifade edenlerinkinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Durusu Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) yetişkinlerle yaptığı bir çalışmada da benzer olarak sosyoekonomik düzey düştükçe SOY düzeyinin de düştüğü belirtilmektedir. Üçpunar (2014)’ın yaptığı çalışmada ise ekonomik durumunu ‘iyi’ olarak değerlendiren bireylerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Farklı ölçekler kullanılarak farklı yaş gruplarında yapılan birçok çalışmada da gelir durumunu iyi olarak değerlendiren, ekonomik düzeyi daha iyi olan bireylerin SOY puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Baker, 2006; Özdemir ve ark., 2010; Çimen, 2015; Schaffler ve ark. 2018; IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı yaşanan sosyal ortama bağlı edinilebilen bir kabiliyet olabildiği için yaşlıların sosyoekonomik düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucu çıkarılabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalama ve dağılımları incelendiğinde; yaşlılarda yaş ile genel yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulu (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da bu araştırma ile benzer olarak yaş ile genel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ileri yaşta daha düşük olmasına rağmen katılımcı sayısından kaynaklı olarak ilişkinin anlamlı çıkmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadın ve erkeklerin genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. Eser (2010) ve arkadaşları Çıbık (2016) ve Arslantaş (2006) tarafından yapılan çalışmalarda da erkeklerin genel yaşam kalitesi puanları kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Bulu, 2018; Altay ve ark., 2016; Tavşanlı 2013). Erkek ve kadın cinsiyetine özel toplumsal rollerin, erkek ve kadınla ilgili fiziksel ve ruhsal farklılıkların bu durumun oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir ve cinsiyet faktörünün yaşam kalitesine etkisiyle ilgili daha ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir (Tavşanlı, 2013).

Araştırmaya katılan yaşlıların evli olanların genel yaşam kalitesi puanları evli olmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bu konuda yapılan diğer bazı çalışmalarda evli olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek iken (Aydın ve Karaoğlu 2012; Özyurt, 2007; Arpacı ve ark. 2015) bazı çalışmalarda da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Bulu, 2018; Söylemez, 2020; Çıbık, 2016). Evlilerin yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olması, yaşlıların duygusal ve sosyal

olarak kendilerine yakın olan birileriyle olmaları ve birbirlerine yardımcı olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Altay ve ark., 2016).

Bu çalışmada farklı eğitim düzeyindeki yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. En düşük genel yaşam kalitesi puanları sadece okuryazar olanlarda, en yüksek ise üniversite ve üstü eğitim alan yaşlılarda bulunmuştur. Söylemez (2020)’in yaptığı bir çalışmada ilkökul ve üstü eğitim düzeyindekilerin genel yaşam kalitesi puanlarının okuryazar olmayanlar ile ilkökul mezunlarından anlamlı olarak yüksek çıktığı bildirilmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda da eğitim seviyesi yüksek olanların yaşam kalitesi puanlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (Arpacı ve ark., 2015; Campos ve ark., 2014; Yağcıoğlu, 2013; Lucas-CarrascoveRomano, 2010). Eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla bireylerin daha yüksek gelire sahip olması, daha nitelikli işlerde çalışması, daha iyi sosyal ağ ve ilişkiye sahip olması ve bunlarla bağlantılı olarak da yaşam kalitelerinin daha yüksek olması beklenmektedir (Tavşanlı, 2013; Aydın Boylu ve Terzioğlu, 2007).

Araştırmaya katılan yaşlılardan gelir durumunu ‘iyi’ olarak ifade edenlerin genel yaşam kalitesi, ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak ifade edenlerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı (Paskulın ve ark., 2007; Knesebeck ve ark., 2007; Erkal ve ark. 2011; Bilgili ve Arpacı, 2014; Batkın ve Sümer, 2010) bazı çalışmalarda da gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir (Çıbık, 2016). Ekonomik şartların en hatırı sayılır belirleyicisi olan gelir durumunun; yaşlıların sağlıkları, yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde önemli göstergelerden biri olduğu belirtilmektedir (Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bu çalışmada ASOY genel puanları ile genel yaşam kalitesi puanları ve özerklik, sosyal katılım ve yakınlık puanları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ASOY genel ve sağlık bilgisine ulaşma dışındaki alt boyutlar ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunurken, sağlık bilgisine ulaşma ile duyuşal işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Genel yaşam kalitesi ile SOY alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İran’da yaşlılarla yapılan, SOY ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada genel SOY ve genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada yaşam kalitesi ile SOY alt boyutlarından olan sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme, sağlık bilgisini (karar verme) uygulama arasında negatif yönde

anlamli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Aryankhesal ve ark. 2019). Ülkemizde ASOY ölçeği kullanılarak kronik hastalığı olan yetişkin bireylerle yapılan başka bir araştırmada da katılımcıların yaşam kalitesi algısı ile ASOY puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Kartal, 2019). Diyabetli olan ve olmayan bireylerde SOY ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada ise SOY ile yaşam kalitesi arasında zayıf, istatistiksel açıdan anlamli pozitif bir ilişki vardır (Shayan, 2018). 2008 yılında yapılan bir araştırmada düşük SOY düzeyleri düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkilidir (Wallace ve ark., 2008). Bařka bir araştırmada ise daha yüksek düzey sağlık okuryazarı olan hastalar daha iyi yaşam kalitesi puanlarına sahiptir (Wang ve ark., 2017). İskemik kalp hastalığı olan bireylerde SOY ile yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada ise düşük SOY olan hastaların yaşam kaliteleri düşüktür (González-ChicaD.A, ve ark., 2016). SOY ve yaşam kalitesiyle ilgili farklı popülasyonlarda yapılan bazı araştırmalarda SOY ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki varken (Lee ve ark. 2016; Naimi ve ark. 2017; Shi ve ark. 2017), bazı araştırmalarda ilişki saptanmamıştır (Montbleau ve ark., 2017; Yehle ve ark. 2016). Düşük SOY seviyesinin kötü hastalık yönetimiyle ve bununla bağlantılı olarak daha kötü genel sağlık durumu ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilgili olduğu düşünölmektedir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan yaşlıların çoğunun 65-74 yaş aralığında, erkek, evli, ilkokul mezunu, gelir düzeyi orta seviyede olan bireyler olduğu belirlenmiş ve yaşlılarda ASOY genel puan ortalaması ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişkili olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda yaşlıların tedaviye uyumunu arttırmak için sağlık çalışanlarının yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerini göz önünde bulundurmaları önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde ve belirli bir zaman diliminde yapılması sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca yaşlılardan beslenme eğitimi sonrasında ve hastane ortamında veri toplanmasının da araştırmayı sınırlandırdığı düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. Okyay P, Abacıgil F, editörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025. s.21-41
2. Altay B. , Çavuşoğlu F., Çal A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 15(3) DOI: 10.5455/pmb.1-1438765038
3. Arpacı F, Tokyürek ř, Bilgili N. (2015). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015, 1: 1-11.

4. Arpacı F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık*. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları ;33-40.
5. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi. Tıp Dergisi*, 28 (2):81-89
6. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, Ranaei A, Kalteh EA, Naghdi B. (2019). Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *J Educ Health Promot.* 29;8:225. doi: 10.4103/jehp.jehp_310_19. PMID: 31867389; PMCID: PMC6904942.
7. Aydın S, Karaoğlan L. (2012). Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4): 24-33.
8. Aydın Boylu, A, Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15),137-150. DOI: 10.20990/kilisibfakademik.266011
9. Aydın Boyu A., Terzioğlu Günsel R., (2007) *Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi*. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel müdürlüğü yayınları: Bilim serisi 130.sayı/T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Genel Yayın, Türkiye
10. Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21; 878-883
11. Batkın D., Sümer H. (2010). Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*.20(2), 31- 39.
12. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, (et al.) (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/ Technology Assessment*; No:199. AHRQ publication number 11-E006.
13. Bilgili, N., Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 59(2), 415-421.
14. Bozkurt H. (2017). *Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.
15. Bulu Y. G. (2018). *Geriyatrik Bireylerde Ambulasyon Seviyesinin Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Mental Durumları ile İlişkisinin İncelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep.
16. Campos A. C. V., Ferreira, E. F., Vargas A. M. D., Albala C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1),1.

17. Consortium Health Literacy Project European(HLS-EU) (2012),Healthliteracy and Public Health: A Systematic Reviewand Integration of Definitionsand Models. *BMC Public Health*;25;12: 80.
18. Çatı K., Karagöz Y., Yalman F., Öcel Y. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67- 88.
19. Çıbık B. (2016). *Yaşlılarda Polifarmasi Yaygınlığı, İlaç Etkileşimi, İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Çanakkale.
20. Çiftçi F. R. (2019) .65 yaş üstü kadınlarda tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri. Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
21. Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir
22. Demir, G., Ünsal, A., Arslan, GG., Çoban, A. (2013). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*; 2(1)
23. Deniz S. (2018). *Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi
24. Doğan S.,(2018). *Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bakım, Yaşam Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kars
25. Durusu Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. (2014) ‘*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*.’ 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 96 p.
26. Ekşioğlu Ahad, Y. (2016). Yaşlıların yaşlılık algısının yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkisi / Relationship of life quality and depression with perception of age (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
27. Ercan Şahin N. (2015). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
28. Erkal, S.,Şahin, H. , Sürgit, E. B. (2011). Huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi ile demografik ve kazaya ilişkin özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, , 14(1), 45-53.
29. Eser S.,Saatlı G., Eser E., Baydur H., Fidaner C., (2010). İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21(1): 37-48
30. González-ChicaD.A, Mnisi Z.,Avery J., Duszynski K., Doust J., Tideman P., Murphy A., Burgess J, Beilby J, Stocks N. (2016). Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian *General Practice*. DOI:10.1371/journal.pone.0151079
31. Gülgen C., Ertan T., Eker E., Yaşar R., Engin F. (2002) Standardize Mini Mental Test’in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):273-281*
32. Güven A. (2016) *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara
33. Ha Nguyen T.,Kirk J., Arcury T., Ip E., Grzywacz J. G., Saldana S. J., Bell R. A. (2013). Cognitivefunction is a risk for health literacy in older adult swith diabetes’ *Diabetes Research and Clinical Practice*, 145-147
34. Hazer O, Ateşoğlu L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. Akdemir N, editör. *Geriatric ve Gerontolojiye Disiplinlerarası Yaklaşım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.48- 56.
35. IOM, (2004). Healthliteracy: a prescription to end confusion. Washington DC: *Nationa lAcademies Press*
36. Knesebeck Von Dem, O.,Wahrendorf, M., Hyde, M., Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing and Society*. 27: 269-284.
37. Lee EH, Lee YW, Moon SH. (2016). A structuralequation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nurs Res.*;10(1):82-7.
38. Lucas-Carrasco Ramona (2010). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish oldera dults. *Aging&Mental Health*, 15:5, 595-604, DOI: 10.1080/13607863.548054
39. Mancusa MJ. Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences* 2008;10: 248-255.
40. Montbleau KE, King D, Henault L, Magnani JW. (2017). Health literacy, health-related quality of life, and atrial fibrillation. *Cogent Med*. 2017;4:1412121.
41. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. (2017) *Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran*, Iran, 2015-2016. *Electron Physician*. ;9(11):5712-20.
42. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a publicgoal: a challenge for contemporary health education and communication strate giesinto the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3):259-267
43. Ölmez, E.,H.,Barkan, O., B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, IV, 8: 121-127.

44. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 1;25(3):464–77
45. Öztaş Ö. (2018). *Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli
46. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*;10(3):117- 123.
47. Paskulin, L. M. G., Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research.* 29: 10-26.
48. Rezaeipandari H., Morowatisharifabad M. A., Mohammadpoorasl A., Shaghghi A. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the World Health Organization quality of life-old module (WHOQOL-OLD) for Persian-speaking populations' *Health Qual Life Outcomes.* 18: 67. [Health Qual Life Outcomes.](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01316-0); 18: 67. Published online Mar 11. doi: [10.1186/s12955-020-01316-0](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01316-0)
49. Saygun M, Eser E. (2012). Yaşlılık Döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz? “Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler” içinde. (Eds) Aslan D, Ertem M. Ankara, *HASUDER Publishing*, ISMN:978-975-97836-1-7.
50. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, Lambert SD. (2018). The Effectiveness of Self Management Interventions for Individuals with 73 Low Health Literacy and/or Low Income. A Descriptive Systematic Review *J Gen Intern Med*-33(4):510-523. doi: [10.1007/s11606-017-4265-x](https://doi.org/10.1007/s11606-017-4265-x).
51. Shayan N. A. (2018). *Diyabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, ANKARA
52. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R. (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Intern Emerg Med.* 12(6):765–76.
53. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*;25;12: 80.
54. Söylemez F. (2020). *Bitlis İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Yaşam Kalitesi, Depresyon Sıklığı, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık ve İlişkili Faktörler* * İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Malatya
55. Sözen F., Çolak MY., Ersoy K. (2020) Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *JourTurkFamPhy*; 11 (4): 191-199. Doi: [10.15511/tjftp.20.00491](https://doi.org/10.15511/tjftp.20.00491).
56. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). *Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi*. Erişim:09.02.2021 <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
57. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*, 25: 93-100.
58. TÜİK (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar*. Sayı: 37227. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2020-37227>
59. Üçpınar E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
60. Ünver S. (2020) *Aile sağlığı merkezine kayıtlı tip 2 diyabetes mellitus hastalarının diyabet ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi , Afyon
61. Vogt D., Schaeffer D., Messer M., Berens M., Hurrelmann K. (2018). Health literacy in old age: result of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*; 33:739–747 doi: [10.1093/heapromot/kay018](https://doi.org/10.1093/heapromot/kay018)
62. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. (2008) Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med.* 101(5):35–9.
63. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health.* ;16(1):58.
64. WHO (2013) *Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Erişim :08.06.2021
65. WHO (World Health Organization). (2003) *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Erişim: 24.01.2021
66. Yağcıoğlu, R. (2013). *Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
67. Yehle KS., Plake KS., Nguyen P., Smith D. (2016). Health-related quality of life in heart failure patients with varying levels of health literacy receiving telemedicine and standardized education. *Home Healthc Now.* ;34(5):267–72.
68. Yılmaz Kartal İ. B. (2019). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu ile İlişkisi*. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum,

-
69. Yılmaz M., Tiraki Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?' *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*9(4), 142-147.
70. Zhang X., Xia R., Wang S., Xue W., Yang J., Sun S., Zhuang G. (2018). Relative Contributions of Different Lifestyle Factors to Health-Related Quality of Life in the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 3;15(2):256. doi: 10.3390/ijerph1502