



Toplumda Yaşayan Asırlık Bireylerin Yaşam Tarzı ve Klinik Özellikleri: Küçük Örneklemle Bir Çalışma

A Study with a Small Sample of Centenarians in the Community: Lifestyle and Clinical Characteristics

Can Deniz AVCI^{1*}, Neslihan KAYAHAN SATIŞ¹, Mehmet İlkin NAHARCI¹

¹ Department of Geriatrics, Gulhane Faculty of Medicine & Gulhane Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi (Received): 24.03.2023

Kabul Tarihi (Accepted): 10.10.2023

Yayın Tarihi (Published): 29.12.2023

Öz

Amaç: 100 yaş ve üzeri bireylerin sağlık durumları, yaşam tarzları hakkında ülkemizde yeterli bilgi birikimi bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı asırlık bireylerin sosyal, demografik ve klinik karakteristik özelliklerini tanımlamak ve sağlık politikalarının yeniden düzenlenebilmesine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bir Geriatri polikliniğine başvuran 100 yaş ve üzeri bireyler hastane bilgi sistemi üzerinden retrospektif olarak taranmıştır. 100 yaş ve üzerinde olup verileri tam olan 7 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik değişkenleri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları, fiziksel işlevsellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği (SYBDÖ-II) kullanılarak yapılan sosyal açıdan değerlendirilmeleri not edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen bireylerin hepsi kadın olup yaş ortalamaları 101'di. Çoğu günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlıydı. Buna rağmen bu bireyler SYBDÖ-II'ye göre sağlıklarının orta veya iyi düzeylerde olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu yaşamlarının büyük bir kısmını köy ve kırsal alanda geçirmişti. Hiçbir katılımcı hayatları boyunca sigara ve alkol kullanmamıştı. Hipertansiyon (%85,7) en sık görülen kronik hastalık ve bireylerin kullandıkları ortalama ilaç sayısı 7'di.

Sonuç: Bu sonuçlar toplumumuzda sağlıklı yaşam biçimini korumanın 100 yaşına ulaşmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir ve ülkemizde sağlıklı yaşlanma ve artan bu popülasyonun hakkında geliştirilecek politikalara fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Asırlık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Kırsal Alan.

&

Abstract

Objective: In our country, there is not enough knowledge regarding the health state and way of life of those who are 100 years old and older. Our study's objectives include defining the social, demographic, and clinical traits of centenarians and making a contribution to the restructuring of health policies.

Materials and Methods: The hospital information system was retroactively scanned for those 100 years of age and older who applied to a geriatrics outpatient clinic. The study comprised seven people with complete data who were 100 years of age or older. The Healthy Lifestyle Behaviors-II Scale (SYBDS-II) was used to collect information about the participants' demographic characteristics, chronic illnesses, medications, physical capabilities, and social assessments.

Results: The study's participants were all female, and their average age was 101. The majority were totally dependent on everyday living activities. Despite this, according to the HLBS-II, these people reported that their health was either moderate or good. The majority of the participants had lived mostly in small towns and rural areas. None of the participants had ever smoked a cigarette or drunk alcohol. The most prevalent chronic illness was hypertension (85,7%), and the average number of medications taken by people was 7.

Conclusion: These findings indicate that leading a healthy lifestyle in our culture can be crucial to living beyond 100 years old and may help with the development of policies about healthy aging and the growing elderly population in our nation.

Keywords: Centenarian, Health-Promoting Lifestyle, Rural Area

Atıf/Cite as: Avci C, Kayahan N, Naharci MI. Toplumda Yaşayan Asırlık Bireylerin Yaşam Tarzı ve Klinik Özellikleri: Küçük Örneklemle Bir Çalışma. Abant Med J. 2023;12(3):163-170. doi:10.47493/abantmedj.1270322

Copyright © Published by Bolu Abant İzzet Baysal University, Since 2023 – Bolu

*Sorumlu Yazar (Corresponding Author): Can Deniz Avci, e-mail: dnzcm@hotmail.com

Giriş

Tıp ve teknolojideki gelişmeler neticesinde insan ömrü uzamakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 2021 yılı içinde Türkiye’de toplam nüfusun %9,7’sini yaşlıların oluşturduğu ve de ileri yaşlı nüfusun daha hızlı bir artış sürecinde olduğu bildirilmiştir (1). Nitekim ülkemizde gelecek yıllara göre tahmin yapıldığında, 2030 yılında %12,9, 2080 yılında ise her 4 kişiden birinin yaşlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, önümüzdeki yıllarda ülkemizin sağlık politikalarında yaşlanmaya verilen önemin daha da artacağı aşikârdır.

Uzun ömür, modern toplumun en büyük başarılarından biri olarak kabul edilir. Toplumların yaşlanmasıyla beraber, yaşlanmanın birçok hastalık için risk faktörü olduğu da görülmüştür. Birkaç çalışma uzun ömürlülüğün %15-40 oranında genetik ile ilişkili olduğunu göstermiş olsa da çevre, beslenme, yaşam tarzı ve tıbbi bakımın epigenetiği etkileyebildiği de savunulmaktadır (2). Yapılan bir çalışmaya göre rakım farkı ve ılıman iklimde yaşamak yaşam sürelerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkilemektedir (3). Ayrıca dengeli beslenme ve fiziksel egzersiz sağlıklı yaşlanmanın önemli yapı taşlarından (4). Olumlu düşünmenin stres halini azaltarak genel sağlığı iyileştirdiği ve ömrü uzattığı bilinmektedir (5). Bununla birlikte bu faktörlerin bireylerin uzun ve sağlıklı yaşamlarını nasıl ve ne ölçüde etkiledikleri henüz net olarak ortaya konmamıştır.

100 yaş üstü asırlık bireylerin uzun yaşamları incelendiğinde ömürleri boyunca tıbbi, sosyal ve fiziksel birçok problemle karşı karşıya geldikleri görülebilir. Bu kişiler zamanla yıpratıcı etkenler sebebiyle günlük yaşamlarında birçok yönden bağımlı hale gelebilmektedirler. Bu nedenle yaşlılık çağındaki bireylerin tıbbi yönden değerlendirilmesinde, başarılı yaşlanma hedefinin ortak nokta olarak alınıp birden çok uzmanlık alanının katılımı sağlanmalıdır. Diğer taraftan, tıbbi bakım yanında yaşam tarzı da yaşam süresinin belirlenmesine önemli katkı sağlamaktadır. Bir çalışmada, uzun yıllar takip edilen yetişkin bir grupta, erkeklerin sadece %12,8’sinin ve kadınların ise %14,6’sının sağlıklı hayat tarzı beslenmeyi yapabildiği görülmüştür. Bunun yanında, başarılı yaşlanmanın ana belirleyicilerinin başta sosyoekonomik durum olmak üzere sigara içmemek, diyet, egzersiz, az alkol alımı ve meslek sahibi olmak olduğu tespit edilmiştir (6). Nitekim başarılı yaşlanma, sağlıklı ve iyi yaşlanma tanımlarını içeren çok boyutlu bir kavram olup yaşam kalitesini koruyarak yaşlanmanın neden olduğu sağlık yükünü azaltmayı hedefler (7). Ayrıca başarılı yaşlanmayla korunan bilişsel ve fiziksel işlevsellikler, uzun süreli bakım ihtiyacını da gözle görülür şekilde azaltmaktadır.

Avrupa (8), Asya (9) ve ABD’ de (10) asırlık bireylerin sosyo-demografik ve klinik karakteristikleri ile ilgili farklı çalışmalar bulunmasına rağmen, ülkemizde bu konu ile ilgili yeterli bilgi birikimi bulunmamaktadır. Toplumumuzdaki asırlık yaşlı birey dağılımının bilinmemesi, başta sağlıklı yaşlanma konusuna ilgiyi ve de bu gruba verilecek sağlık hizmetini de olumsuz etkileyebilir. Bu konuda yapılan çalışmalar arttıkça, kazanılan farkındalıklar ile hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının yaşlanan topluma bakış açıları değişebilir, ülke genelindeki sağlık politikaları yeniden düzenlenebilir, geliştirilebilir ve toplumlara göre uyarlanabilir. Bu çalışmada amaç, bir geriatri polikliniğine başvuran 100 yaş üstü bireylerin sosyal, demografik ve klinik karakteristik özelliklerin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntemler

Örneklem

Temmuz 2022 sonuna dek üçüncü basamak bir hastanedeki tüm polikliniklere ayaktan başvuran olgular hastane bilgi sisteminden taranmış ve tüm başvuranlar arasında 13 bireyin 100 yaş üzeri olduğu ve halen yaşadığı tespit edilmiştir. Bunlardan 7 bireyin geriatrik değerlendirmelerinin yapıldığı ve bulgularının tıbbi kayıtlara eklendiği görülmüştür. Çalışmaya dahil edilme için 100 yaş ve üzerinde olma yeterli görülmüştür. 100 yaş altında olan ya da verileri eksik olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.01.2023 tarih ve 2022/134 sayılı karar ile onaylanmıştır. Çalışma 2013 Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak yürütülmüştür.

Demografik Değişkenler

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş, cinsiyet (kadın/erkek), medeni durum (evli, bekar/dul), eğitim düzeyi (eğitim yılı olarak), kiminle yaşadığı (eş, eş dışı aile üyesi, yalnız), çocuk sayısı, meslek geçmişi, sigara ve alkol kullanımı, yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yer (köy, şehir, köy ve şehir) bilgileri kayıt altına alınmıştır.

Kronik Hastalıklar ve İlaçlar

Her bir katılımcının hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), serebrovasküler olay (SVO), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik böbrek hastalığı (KBH), konjestif kalp yetmezliği (KKY), koroner arter hastalığı (KAH), atriyal fibrilasyon (AF) ve demans tanılarının varlığı “var” ya da “yok” şeklinde kayıt edilmiştir. Bireylerin kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçlar hastane bilgi sisteminde hasta ve/veya yakınlarından alınan tıbbi öykü aracılığı ile tespit edilmiştir. 5 ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi (çok ilaç kullanımı) olarak kabul edilmiştir (11).

Fiziksel Değerlendirme

Katılımcıların işlevselliklerinin belirlenmesi için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Lawton Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılmıştır (12). Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği banyo yapma, giyinme, tuvalet yapma, bağımsız transfer, kontinans ve beslenmenin toplam 6 puan üzerinden değerlendirildiği bir ölçektir. 5 veya 6 puan “bağımsız”, 3 veya 4 puan “orta düzey bağımlı”, 2 puan ve altı ise “tam bağımlı” olarak değerlendirilmektedir (13). Lawton Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile ise telefon kullanabilme, alışveriş, yemek hazırlama, ev temizliği, çamaşır, yolculuk, ilaçlarını kullanabilme sorumluluğu ve mali işler toplam 8 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 7 veya 8 puan “bağımsız”, 5 veya 6 puan “orta düzey bağımsız”, 3 veya 4 puan “orta düzey bağımlı” ve 2 puan ve altı ise “bağımlı” olarak değerlendirilmektedir (14).

Sosyal Değerlendirme

Katılımcıların, kendi sağlıklarını ve hayatlarından memnuniyet durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ait yanıtları “kötü”, “orta” ve “iyi” şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılara uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği (SYBDÖ-II) ile bireylerin yaşam tarzı ve alışkanlıkları tespit edilmiştir. Bu ölçek 52 soru içermektedir. Her soru 1 ila 4 puan arasında puanlanmakta ve en fazla 208 puan alınabilmektedir. Bireyler sağlık sorumluluğu (8-32 puan), fiziksel aktivite durumu (8-32 puan), beslenme durumu (9-36 puan), manevi gelişimi (9-36 puan), kişilerarası ilişkileri (9-36 puan) ve stres yönetimi (8-32 puan) olmak üzere altı alt grupta incelenmektedir. Başlangıçta kişilere ölçekle ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra her soruya ait alınan yanıtlar puanlanmakta ve sonrasında toplam puan ve alt grupların ayrı ayrı puanları kaydedilmektedir. Toplam puan ise ayrıca “kötü” (52-90 puan), “orta” (91-129 puan), “iyi” (130-168 puan), “mükemmel” (169-208 puan) olacak şekilde sınıflandırılmaktadır (15).

İstatistiksel Analiz

Tüm analizler Statistical Package for Social Sciences yazılımı v16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) ve Microsoft Excel paket programları kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler mutlak sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ise ortanca ve çeyrekler arası aralık olarak verilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya toplam 7 birey dahil edilmiş olup yaş ortalamaları 101 (100-102) idi. Katılımcıların hepsi kadındı ve %71,4’ü dul idi. Bireylerin 4’ü (%57,1) hiç eğitim almamıştı ve 1 katılımcı lise, 2 katılımcı ise ilkökul mezunuydu. 5 kişi (%71,4) eş dışında bir aile üyesiyle, 1 kişi eşiyile ve 1 kişi ise aile dışı bir bakım veren desteği ile yalnız yaşamaktaydı. Bireylerin sahip oldukları ortanca çocuk sayısı 6 (0-10) idi. Sahip oldukları meslekler değerlendirildiğinde 5’inin (%71,4) ev hanımı, 1’inin çiftçi, diğer katılımcının ise hizmet

sektöründe çalışmış olduğu öğrenildi. Hiçbir bireyde sigara ve alkol kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Katılımcıların 4'ü (%57,1) yaşamını köyde, 1'i şehirde, 2'si ise köy ve şehirde dönüşümlü olarak geçirmişti.

Temel günlük yaşam aktivitelerine göre bireylerin 5'i (%71,4) tam bağımlı, 2'si ise (%28,6) orta bağımlı olarak sınıflandırılmıştı. Katılımcıların çoğu (%85,7) enstrümantal yaşam aktivitelerinde tam bağımlı idi bağımsız katılımcı bulunmamaktaydı. Bireylerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde 5'i (%71,4) "orta"; diğer iki hastadan 1'i "kötü", 1'i ise "iyi" olarak tanımlamıştır. Benzer şekilde hayattan memnun olup olmadıkları sorulduğunda 1 kişi dışında katılımcıların çoğunluğu (% 85,7) "orta" ve "iyi" olarak ifade etmiştir.

Hipertansiyon, %85,7 oran ile katılımcılar arasında en sık tespit edilen kronik hastalıktı. Bunu %28,6'lık eş görülme oranları ile kalp yetmezliği, serebrovasküler olaylar ve atriyal fibrilasyon izlemekteydi. Bireylerin kullandıkları ortanca ilaç sayısı 7 olup polifarmasi sıklığı ise %85,7 idi (Tablo 1).

Tablo 1.

Katılımcıların demografik, sosyal ve tıbbi özellikleri

Demografik özellikler		Sosyal özellikler		Tıbbi özellikler	
Yaş	101 (100-102)	Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri		Kororbiditeleri	
Cinsiyet, kadın	7 (100)	Bağımsız	-	Hipertansiyon	6 (85,7)
Medeni durum		Orta düzey bağımlı	2 (28,6)	Diabetes mellitus	1 (14,3)
Evli	%14,3	Tam bağımlı	5 (71,4)	Serebrovasküler olay	2 (28,6)
Dul	%71,4	Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri		KOAH	1 (14,3)
Bekâr	%14,3	Bağımsız	-	Kronik böbrek hastalığı	1 (14,3)
Eğitim düzeyi, yıl	0 (0-12)	Orta düzey bağımsız	-	Konjestif kalp yetmezliği	2 (28,6)
Kiminle yaşadığı		Orta düzey bağımlı	1 (14,3)	Koroner arter hastalığı	1 (14,3)
Eş	1 (14,3)	Bağımlı	6 (85,7)	Atrial fibrilasyon	2 (28,6)
Eş dışı aile üyesi	5 (71,4)	Sağlık durumu		Demans	1 (14,3)
Yalnız	1 (14,3)	Kötü	1 (14,3)	İlaç sayısı	7 (3-13)
Çocuk sayısı	6 (0-10)	Orta	5 (71,4)	Polifarmasi (var)	6 (85,7)
Meslek geçmişi		İyi	1 (14,3)		
Ev hanımı	5 (71,4)	Hayatından memnuniyeti			
Çiftçi	1 (14,3)	Kötü	1 (14,3)		
Hizmet sektörü	1 (14,3)	Orta	3 (42,9)		
Sigara kullanımı (yok)	7 (100)	İyi	3 (42,9)		
Alkol kullanımı (yok)	7 (100)				
Yaşadığı yer					
Köy	4 (57,1)				
Şehir	1 (14,3)				
Köy ve şehir	2 (28,6)				

Veriler sayı (yüzde%) veya ortanca (çeyrekler arası aralık) şeklinde gösterilmiştir. KOAH: kronik obstruktif akciğer hastalığı,

Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 'ne göre katılımcıların %28,6'sı sağlıklarının "iyi", %71,4'ünün ise "orta" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt grup değerlendirmesine bakıldığında ise en düşük puan "fiziksel aktivite" ile ilgili parametrelerden alınırken en yüksek puanların ise "sağlık sorumluluğu" ve "kişiler arası ilişkiler" alanlarında olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2.

Katılımcıların SYBDÖ-II Değerlendirme Puanları

SYBDÖ- II, toplam, ortanca (aralık)	117 (92-146)
SYBDÖ- II, toplam, s (%)	
Kötü (52-90)	-
Orta (91-129)	5 (71,4)
İyi (130-168)	2 (28,6)
Mükemmel (169-208)	-
SYBDÖ- II, alt grup, ortanca (aralık)	
Sağlık sorumluluğu*	22 (14-26)
Fiziksel aktivite*	9 (8-19)
Beslenme **	21 (18-27)
Manevi gelişim **	22 (17-30)
Kişilerarası ilişkiler **	24 (18-31)
Stres yönetimi*	21 (10-26)

SYBDÖ- II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

*: İlgili kategorilerden alınabilecek maksimum puan 32'dir.

**: İlgili kategorilerden alınabilecek maksimum puan 36'dir.

Tartışma

Çalışmamız, bir geriatri polikliniğine ayaktan başvuran 100 yaş üstü bireylerin sosyal, demografik ve klinik karakteristik özelliklerini gösteren ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını detaylı değerlendiren önemli bir araştırmadır. Katılımcıların çoğu günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlıydı. Buna rağmen çoğu katılımcının sağlıklarını orta veya iyi düzeyde görmeleri, hayatlarından memnun olduklarını göstermektedir. Bununla beraber, sağlık durumlarını önemsemeleri ve kişiler arası ilişkilere verdikleri önem sağlıklı yaşam için önde gelen davranışlarıydı. Bireylerin çoğu yaşamlarının büyük bir kısmını köy ve kırsal alanlarda geçirmiştir. Hiçbirinin sigara ve alkol kullanmamış olması dikkat çeken bir diğer noktadır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye'de 100 yaş ve üstü bireylerin sağlıklı yaşam biçimini değerlendiren ilk çalışmadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirme amacıyla birçok çalışmada farklı ölçekler kullanılıyor (16) olup bu konuda en çok tercih edilen ölçeklerden biri de SYBDÖ-II'dir. Bu ölçeğe göre çalışmamızdaki bireylerin yaşam biçimleri ile ilgili sorulara verdikleri en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 92 ve 146'dır. Ayrıca ülkemizde çeşitli yaş gruplarıyla yapılan çalışmalara göre bu puanlar 120.8 ile 136.1 arasında değişmekte (17) olup elde ettiğimiz sonuçlar bu veriler ile örtüşmektedir. Yaşlanma ile artması muhtemel sağlık sorunları ve beklenen işlevsel bağımlılıklarından dolayı bu bireylerin sağlıklı yaşam kurallarına daha uygun davranması beklenmektedir. Bizim çalışmamızda da hastaların çoğu tam bağımlıydı ve bu durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklediğini ve geliştirdiğini düşünmekteyiz. Katılımcıların sağlık sorumluluklarının değerlendirildiği sorulardan yüksek puanlar almaları sağlık hizmetlerine ulaşmaya, şikayetlerini ifade etmeye daha açık olduklarını gösterebilir (18). Sağlık durumları hakkında farkındalıkları yüksek olan bireylerin, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi konularında başarılı oldukları da bilinmektedir (19). Dışa dönük bireylerin daha uyumlu, iletişime açık

olduğu ve sosyal izolasyonun ortadan kaldırıldığında psikososyal açıdan olumlu etkileneceği öngörülebilmektedir. Ayrıca uzun yaşamın değer algıları ve inanç yapısıyla desteklendiği bilinmektedir. Bu özelliklerin, uzun yaşayan bireylerin sağlık algılarını şekillendirdikleri olasıdır. Çalışmamızda, yüksek bağımlılık oranları görmemize rağmen, bireylerin hayattan memnuniyetlerinin de yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu durum gelişmiş maneviyat, aile ve yakın çevre ile olan iyi iletişim ve stresli durumlardaki iyi yönetimlerle açıklanabilir (20).

Bilindiği üzere sigara ve alkol serbest radikalleri, oksidatif stresi ya da aterosklerozu arttırmaları ile yaşlanmayı hızlandırmaktadırlar (21). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kadınların yaklaşık %12'si, erkeklerin ise %47'si sigara kullanmaktadır. Dünyada tütün kullanımı nedeniyle her yıl yaş grubu ayırılmaksızın 7 milyondan fazla insan hayatını kaybetmektedir (22). Bu alışkanlıkların başta iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler olaylar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve trakea-bronş-akciğer kanserleri için ana risk faktörü kabul edildiği bilinmektedir (23). Çalışmamızda bireylerin tamamının yaşamları boyunca sigara ve alkol kullanmaması dikkat çeken bir noktadır. Sigara ve alkol kullanılmayarak bu maddelerin sebep olacağı gastroenterolojik (24) ve endokrinolojik (osteoporoz, tip 2 DM, ACTH-kortizol ve endorfin düzey artışı) komorbiditelerden de korunmuş olmaları olasıdır (25, 26). Bu durumun uzun ve sağlıklı yaşamlarına büyük katkı sağladığı düşünülmektedir. Sonuç olarak bireylerin yaşları ne olursa olsun sigara ve alkol kullanımı her muayenede sorgulanmalıdır. Aktif içici bireyler belirlenerek, kötü alışkanlıkları bıraktırmaya yönelik önerilerde bulunulmalı ve ilgili merkezlere yönlendirmeler yapılmalıdır.

Dünya genelinde yapılan birkaç çalışma kırsal kesimde yaşayan asırlıkların kentte yaşayan asırlıklara oranla daha sağlıklı ve işlevsel olduğunu göstermektedir (27). Kırsal alandaki bireyler taze gıda ve temiz suya daha kolay ulaşmakta ve hava kirliliğinden uzak yaşamaktadırlar. Bu durumun sağlıklarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (28). Kentsel kesimde yaşayan bireylerin daha stresli bir hayat sürmeleri yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve beklenen yaşam sürelerini kısaltmaktadır (29). Buna rağmen kentsel kesimde yaşayanların sağlık durumları ile ilgili konularda daha dikkatli olduğu ve sağlıklarına daha fazla değer verdiklerini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Kentlerde yaşayan asırlıkların sağlıklarındaki bozulmaları daha hızlı bir şekilde ilgililere bildirdiği gözlemlenmiştir (30). Çalışmamızda katılımcıların çoğu kırsal kesimde yaşamaktaydı. Bu kişilerin 100 yaş üzerine ulaşmalarında yaşam alanı ve çevresel faktörlerin katkılarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Örneklem kümesinin azlığı çalışmamızın başlıca kısıtlılığıdır. Diğer bir kısıtlılık ise tüm katılımcıların kadın cinsiyette olmasıdır. Ayrıca çalışmanın geriye dönük tasarımı da bazı yöntemsel sınırlılıklar da doğurmaktadır. Çalışmamızın en temel güçlü yönü ise Türkiye'de yapılmış 100 yaş üzeri hastalık demografik, klinik ve sosyal yönlerini değerlendiren ilk çalışma olmasıdır. Bu popülasyon toplam nüfusun az bir kısmını temsil etmekte olup bu grubun özelliklerinin tanımlanması uzun yaşam sırlarını aydınlatmak adına önem arz etmektedir ve çalışmamızın önemini arttırmaktadır. Bu bağlamda elde ettiğimiz sonuçlar 100 yaş ve üstü bireylerde ileride yapılacak birçok çalışma için yol gösterici olabilir. Ancak elde edilen verilerin topluma uyarlanabilmesi için daha geniş örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuçlar

Sonuç olarak dünya genelinde büyümekte olan bir popülasyonu temsil eden 100 yaş üzeri bireylerin bu denli uzun bir yaşama nasıl sahip oldukları konusu merak uyandırmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarında kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğunun ön plana çıkması uzun yaşayan bireylerin kişilik özellikleri açısından dikkat çekmektedir. Ayrıca bu bireylerin sigara alkol kullanımının olmaması ve kırsal yaşamı tercih edenlerin daha uzun yaşaması da bu konuda farkındalık uyandırmak için önem arz etmektedir. Bu bireylerin sosyokültürel, demografik ve klinik karakteristik özelliklerini tanımlamak; hastaları yönlendirmek ve sağlık politikaları geliştirmek adına fark oluşturabileceği için bu konuda daha büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik Kurul Onamı: Çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.01.2023 tarih ve 2022/134 sayılı karar ile onaylanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam: Retrospektif bir çalışma olması nedeniyle katılımcılardan yazılı onam alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Yazar Katkıları: Fikir/konsept: M.İ.N. Tasarım: M.İ.N.; Süpervizyon: M.İ.N.; Materyal: C.A., N.K.S.; Veri toplama/işleme: C.A., N.K.S., M.İ.N.; Analiz/yorumlama: C.A., N.K.S.; Literatür tarama: M.İ.N., C.A., N.K.S.; Taslak oluşturma/makale yazımı: C.A., N.K.S., M.İ.N.; Eleştirel inceleme: C.A., N.K.S., M.İ.N. Yazarlar bu yazının tüm içeriğinin sorumluluğunu kabul etmiş ve yayınlanmak için gönderilmesini onaylamıştır.

Kaynakça

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) [Internet]. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. Sayı: 45636. [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2021-45636>
2. Bocquet-Appel JP, Jakobi L. Familial transmission of longevity. *Ann Hum Biol* 1990;17(2):81-95.
3. Aliberti SM, De Caro F, Funk RHW, Schiavo L, Gonnella J, Boccia G, et al. Extreme Longevity: Analysis of the Direct or Indirect Influence of Environmental Factors on Old, Nonagenarians, and Centenarians in Cilento, Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3):1589.
4. Fara GM. Nutrition between sustainability and quality. *Ann Ig* 2015;27(5):693-704.
5. Darviri C, Demakakos P, Tigani X, Charizani F, Tsiou C, Tsagkari C, et al. Psychosocial dimensions of exceptional longevity: a qualitative exploration of centenarians' experiences, personality, and life strategies. *Int J Aging Hum Dev* 2009;69(2):101-18.
6. Britton A, Shipley M, Singh-Manoux A, Marmot MG. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(6):1098-105.
7. Zanjari N, Sharifian Sani M, Chavoshi MH, Rafiey H, Mohammadi Shahboulaghi F. Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Med J Islam Repub Iran* 2017;31:100.
8. Jeune B, Skytthe A, Cournil A, Greco V, Gampe J, Berardelli M, et al. Handgrip strength among nonagenarians and centenarians in three European regions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(7):707-12.
9. Shimizu K, Hirose N, Arai Y, Gondo Y, Wakida Y. Determinants of further survival in centenarians. *Geriatr Gerontol Int* 2001;1(1-2):14-7.
10. Perls TT. Centenarians prove the compression of morbidity hypothesis, but what about the rest of us who are genetically less fortunate? *Med Hypotheses* 1997;49(5):405-7.
11. Ferner RE, Aronson JK. Communicating information about drug safety. *BMJ* 2006;333(7559):143-145.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12): 914-919.
13. Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B. *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. New York: Springer. 2011.
14. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. *Multi-level assessment instrument manual for full-length MAI*. Madlyn and Leonard Abramson Center for Jewish Life. 2003.
15. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Healthy life style behavior scale II:a reliability and validity study]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):1-13.
16. Kadioglu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği [Validity and reliability of turkish version of perception of health scale]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(1):47-53.

17. Aksoy T, Ucar H. Healthy lifestyle behaviors of nursing students. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2014;1(2):53–67.
18. Branch LG, Jette AM. Personal health practices and mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1984;74(10):1126–9.
19. Unalan D, Senol V, Ozturk A, Erkorkmaz U. Meslek yükseköğretim kurumlarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [A research on the relation between the healthy life style behaviors and self-care levels of the students in health and social programs of vocational colleges]. *J Turgut Ozal Med Cent* 2007;14:101– 9.
20. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2144–62.
21. Nicita-Mauro V, Basile G, Maltese G, Nicita-Mauro C, Gangemi S, Caruso C. Smoking, health and ageing. *Immun Ageing* 2008;5:10.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı [Internet]. Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. 2012. [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11157/tutun-kontrolu-calismalarinda-kullanilan-200944-sayili-genelge-ekindeki-degisiklikler.html>
23. Çalışkan S, Metintaş S. Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2018;3(1):32-41.
24. Cryer B, Lee E, Feldman M. Factors influencing gastroduodenal mucosal prostaglandin concentrations: roles of smoking and aging. *Ann Intern Med* 1992;116(8):636-40.
25. Rimm EB, Chan J, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *BMJ* 1995;310(6979):555-9.
26. Meisinger C, Doring A, Thorand B, Lowel H. Association of cigarette smoking and tar and nicotine intake with development of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population: The Monica/Kora Augsburg cohort study. *Diabetologia* 2006;49(8):1770-6.
27. Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: Examining health in rural and nonrural areas. *Am J Public Health* 2004;94(10):1682–6.
28. Araújo J, Ramos E, Lopes C. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana [Lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly from rural and urban areas]. *Acta Med Port* 2011;24(Suppl 2):79-88.
29. Zeng Y, Feng Q, Gu D, Vaupel JW. Demographics, phenotypic health characteristics and genetic analysis of centenarians in China. *Mech Ageing Dev* 2017;165, 86–97.
30. Zimmer Z, Kwong, J. Socioeconomic status and health among older adults in rural and Urban China. *J Aging Health* 2004; 16.1:44–70.